



**EJÉRCITO DE NICARAGUA
CENTRO SUPERIOR DE ESTUDIOS MILITARES
«GENERAL DE DIVISIÓN JOSÉ DOLORES ESTRADA VADO »**

FACULTAD DE MEDICINA

***PATRIA *DEFENSA *LIBERTAD**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL TEMA:

**«CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA QUE TIENEN LAS MADRES DE
NIÑOS MENORES DE 12 MESES EN LA CONSULTA
EXTERNA DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
MILITAR DR. “ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS”, EN EL
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE MARZO AL 15
DE ABRIL DEL 2011»**

**TUTOR : Dr. Erasmo Martínez Rivas.
Especialista en pediatría**

**ALUMNOS : Br. Nelly Marcela Dávila Bodán
Br. Nubia Cristina Talavera Quiroz**

Managua, 15.06.2011

CD496^T137^2011

ÍNDICE

Nº. /O	DENOMINACIÓN	PÁGINA
I	INTRODUCCIÓN.	1
II	ANTECEDENTES.	3
III	JUSTIFICACIÓN.	7
IV	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	9
V	OBJETIVOS.	10
VI	MARCO TEÓRICO.	11
VII	DISEÑO METODOLÓGICO.	31
VIII	RESULTADOS.	41
IX	DISCUSIÓN.	45
X	CONCLUSIONES.	49
XI	RECOMENDACIONES.	50
XII	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	51

ÍNDICE DE ANEXOS

Nº. /O	DENOMINACIÓN
1	FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
2	TABLA Y GRÁFICO DE EDAD DE MADRES ENCUESTADAS, HOSPITAL MILITAR, 1 DE MARZO- 15 ABRIL 2011.
3	TABLA Y GRÁFICO DE ESCOLARIDAD DE MADRES ENCUESTADAS, HOSPITAL MILITAR1 DE MARZO- 15 ABRIL 2011.
4	TABLA Y GRÁFICO DE PROCEDENCIA DE MADRES ENCUESTADAS, HOSPITAL MILITAR, 1 DE MARZO- 15 ABRIL 2011.
5	TABLA Y GRÁFICO DE OCUPACIÓN DE MADRES ENCUESTADAS, HOSPITAL MILITAR1 DE MARZO- 15 ABRIL 2011..
6	TABLA Y GRÁFICO DE LUGAR DE TRABAJO DE MADRES ENCUESTADAS, HOSPITAL MILITAR, 1 DE MARZO- 15 ABRIL 2011.
7	TABLA Y GRÁFICO DE NÚMERO DE HIJOS DE MADRES ENCUESTADAS, HOSPITAL MILITAR, 1 DE MARZO- 15 ABRIL 2011.
8	TABLA Y GRÁFICO DE EDAD DE HIJOS DE MADRES ENCUESTADAS, HOSPITAL MILITAR, 1 DE MARZO- 15 ABRIL 2011..
9	TABLA Y GRÁFICO DE ESTADO CIVIL DE MADRES ENCUESTADAS, HOSPITAL MILITAR, 1 DE MARZO- 15 ABRIL 2011.
10	TABLA Y GRÁFICO DE NIVEL SOCIOECONÓMICO DE MADRES ENCUESTADAS, HOSPITAL MILITAR, 1 DE MARZO- 15 ABRIL 2011.
11	TABLA Y GRÁFICO DE PERSONA CON LA QUE PERMANECE EL NIÑO DE MADRES ENCUESTADAS, HOSPITAL MILITAR, 1 DE MARZO- 15 ABRIL 2011.
12	TABLA Y GRÁFICO DE CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE MADRES ENCUESTADAS, HOSPITAL MILITAR, 1 DE MARZO- 15 ABRIL 2011.
13	TABLA Y GRÁFICO DE PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE MADRES ENCUESTADAS, HOSPITAL MILITAR1 DE MARZO- 15 ABRIL 2011..
14	TABLA Y GRÁFICO DE CONOCIMIENTOS GENERALES VRS EDAD MATERNA DE MADRES ENCUESTADAS, HOSPITAL MILITAR1 DE MARZO- 15 ABRIL 2011.

15	TABLA Y GRÁFICO DE CONOCIMIENTOS GENERALES VRS ESCOLARIDAD DE MADRES ENCUESTADAS, HOSPITAL MILITAR1 DE MARZO- 15 ABRIL 2011.
16	TABLA Y GRÁFICO DE PRÁCTICAS GENERALES VRS NÚMERO DE HIJOS DE MADRES ENCUESTADAS, HOSPITAL MILITAR1 DE MARZO- 15 ABRIL 2011.
17	TABLA Y GRÁFICO DE PERSONA CON LA PERMANECE EL NIÑO VRS PRACTICAS GENERALES DE MADRES ENCUESTADAS, HOSPITAL MILITAR1 DE MARZO- 15 ABRIL 2011.
18	TABLA Y GRÁFICO DE CONOCIMIENTOS GENERALES VRS PRÁCTICAS GENERALES DE MADRES ENCUESTADAS, HOSPITAL MILITAR1 DE MARZO- 15 ABRIL 2011.

OPINIÓN DEL TUTOR

He tenido el gusto de supervisar y dirigir la realización del estudio *Conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria que tienen las madres de niños menores de 12 meses que asisten a la consulta externa de pediatría durante el período de primero de marzo al quince de abril del 2011*, realizado por las jóvenes doctoras *in fieri* Nubia Talavera y Nelly Dávila. Es un tema de interés e importancia porque nos permite evaluar la manera en que las madres alimentan a sus hijos durante el período de mayor crecimiento de la vida posnatal, y que se corresponde con el período en que por lo general inician los problemas de malnutrición en la edad pediátrica, y sus respectivas secuelas que pueden perdurar durante toda la infancia o incluso en la edad adulta.

Pienso que el estudio es un punto de partida en el tema, ya que no contamos con un estudio similar en el Hospital Militar, y nos permitirá emprender acciones a nivel individual o colectiva para mejorar los conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en las madres de lactantes que acudan a consulta de crecimiento y desarrollo o como parte de la atención integral al consultar por cualquier enfermedad. Poco a poco se han ido llenando los requerimientos metodológicos requeridos y desde ya les auguro éxito en la defensa de su tesis monográfica sobre un tema de vital importancia para los pediatras.

Erasmus Antonio Martínez Rivas
Médico especialista en pediatría
Hospital Militar Dr. "Alejandro Dávila Bolaños"

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a DIOS por permitirnos llegar al final de un camino que en algún momento pensamos que sería mucho más difícil de concluir, pero gracias a su bendición finalizamos esta primera etapa de nuestra formación médica.

A NUESTROS PADRES, por su amor, comprensión y apoyo, que sin ellos no hubiéramos podido cumplir este sueño.

A NUESTRO TUTOR, por su paciencia y dedicación.

A nuestros maestros, amigos y demás personas que colaboraron con nuestra formación, tanto académica como personal.

DEDICATORIA

A Dios por su amor, amistad y bendición incondicional.

A mi papá y sobre todo a mi mamá por su amor, apoyo y dedicación, sin la cual hubiera sido muy difícil concluir esta etapa de mi vida.

A mi mami, por ser uno de los motores para impulsar mi vida y nunca perder la confianza en mí.

A todos mis tíos y primos por siempre estar ahí brindándome una mano amiga en momentos de difíciles.

A Nubia y todos mis demás amigos por ser mi apoyo día a día y por siempre brindarme ayuda en los momentos de desánimo.

A mis maestros en general que han estado conmigo en toda mi carrera, gracias por su paciencia y por compartir su sabiduría y conocimientos.

Nelly Marcela Dávila Bodán

DEDICATORIA

A Dios principalmente por ser el pilar fundamental en mi vida, y a mi ángel de la guarda, ya que nunca me ha abandonado.

A mis padres por su amor y apoyo y más aun a mi madre por ser mi fuente de inspiración y la que me alienta a seguir adelante.

A mis hermanos Cynthia, Carlos y Armando por ser tan especiales conmigo.

A Juan por brindarme su amor y comprensión.

A Nelly y demás amigos por su entusiasmo contagiante que han logrado incentivar me a lo largo de mi carrera.

A mis profesores que por su ayuda y dedicación he logrado lo que soy.

Nubia Cristina Talavera Quiroz

I. INTRODUCCION.

Cuando la lactancia natural ya no basta para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, es preciso añadir otros alimentos a su dieta. La alimentación complementaria cubre el período que va de los seis a los 24 meses de edad, intervalo en el que el niño es muy vulnerable. Es entonces cuando muchos lactantes empiezan a sufrir de malnutrición y a engrosar la elevada cifra de menores de cinco años malnutridos que hay en el mundo. (1)

Iniciar la alimentación complementaria de forma temprana es una práctica cada vez más común entre las madres nicaragüenses y latinoamericanas, debido a diversos factores tales como: la pérdida de la cultura del amamantamiento, una mayor incorporación de la mujer al trabajo asalariado, poca información acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva, entre otros.

La alimentación complementaria, marca una pauta para conocer el comportamiento adecuado o inadecuado de las madres sobre la práctica de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses del año.

En nuestra sociedad, los mitos y creencias sobre lactancia materna exclusiva han inducido a que la alimentación complementaria sea aún más temprana de lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) o la Asociación Americana de Pediatría (AAP), perjudicando de esta manera el buen desarrollo de los niños.

La OMS, la AAP, Unicef y el Ministerio de Salud (MINSa) de Nicaragua proponen que la lactancia materna debe ser exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

(2,3)

No obstante, alimentar a los infantes a los seis meses, es una costumbre y práctica que podemos y debemos incentivar en las madres nicaragüenses, para esto tenemos que luchar con el entorno que muchas veces las obliga a alimentar a sus bebés de manera no adecuada, al igual que contra nosotros mismos los médicos por la poca información que les brindamos a las madres sobre la verdadera importancia de la alimentación complementaria en tiempo y forma y de esta manera terminar con este círculo vicioso y así contribuir con el buen desarrollo y crecimiento de los lactantes.

II. ANTECEDENTES.

En mayo del 2001, la 54a Asamblea Mundial de la Salud exhortó a los Estados Miembros a promover la lactancia materna exclusiva por seis meses como una recomendación mundial de salud pública. Esta recomendación fue elaborada por una Reunión de Expertos sobre la Duración Óptima de la Lactancia Materna Exclusiva convocada por la OMS en el 2001. Los expertos consideraron los resultados de una revisión sistemática de las pruebas existentes y concluyeron que la lactancia materna exclusiva por seis meses proporciona varios beneficios al niño y a la madre. Una mayor duración de la lactancia materna ha sido asociada con la reducción de enfermedades crónicas en la infancia y obesidad y con mejores resultados cognoscitivos. (4,5)

En un estudio de conocimientos, actitudes y practicas (CAP) sobre ablactación y destete realizado por el Dr. Rodolfo Jiménez en un Centro de Salud de la Paz-Bolivia en 1992, en las que se encuestaron a 274 madres de niños menores de 2 años, se encontró que la mitad de la población tiene conceptos definidos acerca de la lactancia materna exclusiva y el 69% sobre el inicio de la alimentación complementaria, sin embargo se encontró que solo un 10% de la población en estudio conoce que el destete debe ser progresivo, un 75% tiene actitudes y prácticas equivocadas al respecto. Esto demuestra que no se le da la relevancia que merece al proceso de retirar la leche materna y así mismo del adecuado inicio de la alimentación complementaria, para lograr mejores índices nutricionales en los niños de américa latina. (6)

Un estudio realizado en Bogotá, Colombia por doctores Sáenz Lozada y Camacho Lindo, en el período 2004-2005 sobre las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, incluyendo a 199 madres, demostró una buena práctica sobre el

inicio de la alimentación ya que el 63% lo realizo a los 6 meses, 28% a los 4 meses y solo una minoría después de los 12 meses. (7)

El MINSA de Nicaragua, al igual que los organismos internacionales, recomiendan que después de los seis meses todos los niños deben tener, además de la leche materna, alimentación complementaria. (8)

En Nicaragua, realizamos una revisión acerca de los estudios investigativos relacionados con nuestro trabajo monográfico, sin embargo no se logró encontrar tesis que estudiaran de manera específica el tema de alimentación complementaria, por lo que se revisó principalmente estudios relacionados con lactancia materna, en los cuales solo mencionaban acápites sobre alimentación complementaria, los que revelaron resultados similares entre ellos.

En un estudio realizado en el municipio de La Concordia, Jinotega en el 2001, acerca de Conocimientos y Prácticas sobre lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses que acudieron a la consulta de Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) del Centro de Salud “Flor de María Chavarría”, presentado por los doctores María Luisa Parrales y Dexter Quijano, concluyó que el 75% de las madres encuestadas conoce la edad adecuada para iniciar la alimentación complementaria, lo que constituye un resultado muy positivo. Estos resultados reflejan una prevalencia de lactancia materna exclusiva bastantes superiores a las registradas en otros estudios, ya que como lo indican investigaciones previas el buen conocimiento del momento más conveniente de iniciar alimentación complementaria trae mejores índices de crecimiento y desarrollo. (9)

En la región occidental de nuestro país, La Paz Centro, León en el 2001 se realizó un estudio CAP sobre lactancia materna en madres de niños menores de 2 años que asistieron al programa VPCD presentado por el Dr. Francisco Fonseca, y otro estudio CAP realizado

en Chinandega sobre lactancia materna en madres adolescentes de las comunidades de Coyanlipe y Villanueva, en el año 2002, por las doctoras Zayda Baca y Urania Betanco, en ambos estudios se incluyeron objetivos para valorar las prácticas acerca del inicio de la alimentación complementaria, en los que se comprobó que más de la mitad de la población la inició antes de los 6 meses de edad. (10,11)

Otro estudio realizado en San Lorenzo, Boaco en el año 2000 sobre los factores que influyen en la lactancia materna de niños de 0-6 meses que acuden al programa VPCD de las unidades de salud, elaborado por los doctores Rafael Centeno e Iván Jirón, concluyó que las madres saben que la lactancia materna exclusiva es lo mejor para sus hijos, pero creen que esta es insuficiente para satisfacer todas las necesidades del niño para su óptimo desarrollo y crecimiento. (12)

También en el 2000 se realizó un estudio sobre conocimientos y practicas sobre lactancia materna en madres de niños menores de 6 meses que acuden al hospital Gaspar García Laviana y al Centro de Salud Manning Renner, en el departamento de Rivas, ejecutado por las doctoras Lildania Marín y Sughey Bravo, donde se encontró que la prevalencia de inicio de alimentación complementaria es a los 4-6 meses (62%), seguido de las edades entre 2-3 meses (27.5%) y un 10.5% lo hacen después de los 6 meses, lo que confirmó que hay poco conocimiento sobre la duración y exclusividad de la lactancia materna. Por ende realizan prácticas inadecuadas. (13)

Por otro lado, en 1,999 se realizó un estudio en el SILAIS (Sistemas de atención integral en salud) Oriental de Managua donde se evidenció que el deterioro nutricional tenía relación con el nivel de educación de los padres, nivel inmunitario de los niños, prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), índice de promiscuidad y malas prácticas sobre alimentación complementaria, de forma directamente proporcional.

El crecimiento de los niños según el indicador talla para la edad fue afectado por el reducido número de alimentos disponibles en el hogar. La morbilidad y mortalidad después del período neonatal que se relacionan con enfermedades infecciosas parasitarias y malnutrición (desnutrición) están directamente influenciadas por el ambiente que vive y alimento que recibe en su primer año de vida. En los menores de un año la leche materna es sustituida por agua, leche fluida, jugos y alimentos que se incorporan antes de los dos meses lo que explica el retardo del crecimiento y déficit de peso. (14)

A nivel de nuestro centro hospitalario existe un estudio CAP sobre lactancia materna realizado a madres de niños hospitalizados menores de 1 año, elaborado por el Dr. Oscar Areas, en el año 2008, en el cual también se corroboró que la edad de inicio de alimentación complementaria fue precoz, en un 58% antes del 5to mes de vida y solo el 36% fue a los 6 meses. (15)

III. JUSTIFICACION

Las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria, junto con un índice elevado de enfermedades infecciosas, son de las principales causas de malnutrición en los primeros dos años de vida. Por esta razón, es esencial asegurar que las personas encargadas del cuidado y salud de los niños reciban orientación apropiada en cuanto a la alimentación óptima de lactantes y niños pequeños. (6)

Además, la alimentación durante la infancia ha sido y seguirá siendo un tema de interés, porque de una o de otra manera como médicos estamos involucrados en nuestras unidades de salud y hogares con situaciones de este tipo.

Es por esto, que para nosotros es significativo conocer el nivel de educación y claridad que poseen las madres acerca de la importancia de la alimentación complementaria en los lactantes, así como también las consecuencias que pueden acarrear éstas al practicarse inadecuadamente.

En base a resultados de varios estudios CAP acerca de lactancia materna y estado nutricional realizados en Nicaragua nos deja claros que la educación sobre alimentación en lactantes que se les brinda a las madres en los distintos niveles de atención en salud son deficientes. Lo interesante sería cerciorarnos que tanta es la deficiencia y cuáles son los aspectos que se están descuidando y están agravando el problema de la malnutrición infantil. Para luego emprender como médico el deber de capacitar e incentivar a las madres a promover la lactancia materna y la alimentación complementaria en tiempo y forma, al igual que nosotros mismos promover en otros actores del sistema de salud (médicos en general, enfermeras y parteras) de la mejor manera las buenas prácticas en la alimentación de los lactantes para un adecuado crecimiento y desarrollo.

Es importante tomar en cuenta que por los mismos problemas de educación anteriormente mencionados, asociados a otros factores como el regreso temprano a la vida laboral y actitud poco paciente de las madres, así como las sólidas campañas publicitarias de fórmulas lácteas y preparados de alimentos artificiales hacen que el cumplimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses e inicio de una adecuada alimentación complementaria sea una meta difícil de alcanzar y he ahí la importancia de estar claros de la situación para de esta manera crear y realizar las recomendaciones necesarias según los resultados de la presente investigación.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria que tienen las madres de niños menores de 12 meses en la consulta externa del servicio de pediatría del Hospital Militar “Alejandro Dávila Bolaños” (HMADB), en el período comprendido entre el 1 de marzo al 15 de abril del 2011?

V. OBJETIVOS.

A. Objetivo general:

1. Evaluar conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria que tienen las madres de niños menores de 12 meses en la consulta externa del servicio de pediatría del Hospital Militar “Alejandro Dávila Bolaños”, en el período comprendido entre el 1 de marzo al 15 de abril del 2011.

B. Objetivos específicos:

1. Determinar las características de las madres objeto de estudio.
2. Valorar los conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria.
3. Describir las prácticas realizadas por las madres en la alimentación de su bebé.

VI. MARCO TEORICO.

A. Concepto de alimentación complementaria

La alimentación complementaria se define como el proceso gradual y paulatino que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna. (4,5)

La alimentación complementaria tiene varios objetivos:

- ✓ Crear hábitos alimentarios adecuados.
- ✓ Complementar nutrientes que sean insuficientes en la alimentación láctea.
- ✓ Estimular el desarrollo psicoemocional del niño.
- ✓ Integrar de manera progresiva otros alimentos hasta llegar a la dieta familiar.(3)

B. ¿A qué edad deben de introducirse la alimentación complementaria en los niños?

El crecimiento infantil no mejora con la alimentación complementaria antes de los seis meses, aún en condiciones óptimas (es decir, con alimentos inocuos y nutritivos), y los alimentos complementarios introducidos antes de los 6 meses tienden a desplazar la leche materna. Por ello una reunión de expertos concluyó que, si se espera hasta los seis meses para introducir otros alimentos, los beneficios potenciales para la salud superan a los riesgos potenciales. Por otro lado, después de los seis meses de edad es más difícil que los niños amamantados exclusivamente cubran sus necesidades nutricionales si reciben solamente leche materna. Más aun, en términos

de desarrollo, la mayoría de los niños están listos para recibir otros alimentos alrededor de los seis meses. En ambientes donde las condiciones sanitarias son muy pobres, esperar hasta más allá de los 6 meses para introducir alimentos complementarios puede reducir el riesgo de exposición a patógenos alimenticios. Sin embargo, los niños comienzan a explorar activamente sus alrededores a esta edad, por lo que están igualmente expuestos a microbios a través del suelo, etc., aun si no reciben alimentos complementarios. Por ende, el consenso es que la edad apropiada para introducir alimentos complementarios es a los seis meses de vida. (5)

C. Antes de iniciar la alimentación complementaria

1. Evaluación de la alimentación y estado nutricional del niño a los seis meses.

Los objetivos de esta evaluación son:

- a. Conocer qué tipo de lactancia recibe el niño. Si se amamanta, para que no se suspenda, como frecuentemente ocurre cuando se inicia alimentación complementaria. Si ingiere un sucedáneo de leche materna, para verificar que la técnica de preparación sea correcta, con énfasis en la dilución, cantidad por toma, cantidad en 24 horas (~ 750 mL/día), y cómo se administra.
- b. Conocer los motivos por los que se inicia la alimentación complementaria, que pueden ser: porque ha cumplido seis meses, porque siendo menor de esta edad requiere apoyo nutricional o por falta de asesoría correcta a la madre, condiciones de gran importancia que deben tenerse en mente para dar la consejería apropiada.
- c. Conocer los hábitos familiares de alimentación y qué conocimientos tiene la madre sobre este proceso. Esto tiene como propósito identificar posibles prácticas que

podieran ser nocivas para la salud del niño, tanto en el sentido de carencias como de excesos.

Después de conocer las formas de alimentación es fundamental evaluar la condición nutricia del niño. La medición antropométrica que usa edad, peso y longitud (talla) es de gran utilidad. No olvidar que la interpretación del crecimiento y condición nutricia tendrá que considerar el peso al nacer, la edad gestacional, el sexo y la historia de enfermedades, principalmente infecciosas.

2. Antecedentes de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición

Estas enfermedades de creciente prevalencia en la niñez, adolescencia y edad adulta, tienen su origen en malas prácticas de alimentación en los primeros años de la vida. Por esto es muy importante conocer si en la familia del niño existen antecedentes de estas enfermedades, como: diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, dislipidemias u obesidad. Si así fuera, la orientación nutricional apropiada se dirigirá para evitar los riesgos de que el niño adquiriera estas enfermedades. También deberá conocerse si existen antecedentes de enfermedades como la celíaca, o si durante el curso de la alimentación complementaria se presentarán, para tomar las medidas conducentes en la eliminación de alimentos que contengan trigo. (16)

D. Algunas consideraciones sobre la introducción de los alimentos complementarios.

La introducción de la alimentación complementaria depende de factores socioeconómicos y culturales, por lo que existen diferencias importantes de unos países a otros e incluso entre zonas urbanas y rurales de un mismo.

La incidencia más elevada de enfermedades diarreicas ocurre durante la segunda mitad del primer año de vida, puesto que la ingesta de alimentos complementarios aumenta. La contaminación microbiológica de los alimentos es una de las causas principales de la diarrea infantil y se puede prevenir aplicando las prácticas de higiene adecuadas. Los biberones son una ruta importante de transmisión de patógenos debido a que es difícil mantenerlos limpios.

La incorporación de los distintos alimentos debe ser secuencial y progresiva con intervalo de varios días entre dos nuevos alimentos a fin de detectar posibles intolerancias y dar tiempo al niño a acostumbrarse a varios sabores. (5,16)

E. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado.

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

La lactancia materna exclusiva, durante los primeros 6 meses de vida, brinda varios beneficios al lactante y a la madre. El principal beneficio es su efecto protector contra las infecciones gastrointestinales, lo cual ha sido observado no solamente en países

en desarrollo, sino también en países industrializados. Según los nuevos patrones de crecimiento de la OMS, los niños que son alimentados con lactancia materna exclusiva, tienen un crecimiento más rápido durante los primeros 6 meses de vida, en comparación con otros niños.

A la edad de 6 meses el lactante, generalmente, duplica su peso al nacer y se torna más activo. Además el lactante también ha alcanzado el desarrollo suficiente para recibir otros alimentos. El sistema digestivo es lo suficientemente maduro para digerir el almidón, proteínas y grasas de una dieta no láctea. Los lactantes muy pequeños expulsan los alimentos con la lengua pero, entre los 6 y 9 meses, pueden recibir y mantener los alimentos en la boca con mayor facilidad.

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

La lactancia materna debe ser administrada a demanda, tan frecuentemente como el niño lo desee.

La lactancia materna puede aportar la mitad o más de los requerimientos de energía del niño de 6 a 12 meses de edad y un tercio de sus requerimientos de energía, además de otros nutrientes de elevada calidad para niños de 12 a 24 meses de edad. La leche materna continúa aportando nutrientes de mejor calidad que los que existen en los alimentos complementarios, así como factores protectores. La leche materna es una fuente crítica para la provisión de energía y nutrientes durante la enfermedad y reduce la mortalidad entre los niños desnutridos. La lactancia materna reduce el riesgo a padecer enfermedades agudas y crónicas.

Principio 3: Practicar la alimentación perceptiva aplicando los principios de cuidado psicosocial.

La alimentación complementaria óptima depende, no solamente, del con qué se alimenta al niño; también depende del cómo, cuándo, dónde y quién lo alimenta.

El niño o niña debe tener su propio plato, de manera que el cuidador pueda saber si el niño está recibiendo suficiente comida. Para alimentar al niño se puede emplear un utensilio, como ser una cuchara, o solamente la mano limpia; esto depende de la cultura. El utensilio debe ser el apropiado para la edad del niño.

Existen 2 formas de alimentar a los lactantes:

- a. Alimentación casual: Se permite que los niños pequeños se alimenten por sí mismos y rara vez se observa que son estimulados o alentados.
- b. Alimentación perceptiva: es empleado para describir que el cuidador o cuidadora aplica los principios del cuidado psicosocial.
 - ✓ Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción.
 - ✓ Alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos.
 - ✓ Si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer.
 - ✓ Minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente.
 - ✓ Recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor – hablar con los niños y mantener el .contacto visual

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

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

Todos los utensilios, como ser vasos, tazas, platos y cucharas empleados para alimentar al lactante o niño pequeño, deben ser exhaustivamente lavados.

Las bacterias se multiplican rápidamente en ambientes cálidos y más lentamente si la comida es refrigerada. Las grandes cantidades de bacterias que se producen en los climas cálidos incrementan el riesgo de enfermedades. Cuando los alimentos no puedan ser refrigerados, deben ser consumidos tan pronto como sea posible después de ser preparados (no más de 2 horas), antes de que las bacterias tengan tiempo para multiplicarse.

Cinco claves para la inocuidad de los alimentos:

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

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

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

La energía que se requiere, adicionalmente a la leche materna, es de aproximadamente 200 kcal por día, para niños de 6–8 meses; 300 kcal por día para niños de 9–11 meses y 550 kcal por día para niños de 12–23 meses de edad. La cantidad de alimentos que se requiere para cubrir estas brechas se incrementa a medida que el niño tiene mayor edad y que la ingesta de leche materna se reduce.

La cantidad verdadera (peso o volumen) de comida requerida, depende de la densidad energética del alimento ofrecido. Esto representa al número de kilocalorías por ml o por gramo. La leche materna contiene aproximadamente 0.7 kcal por ml, mientras que los alimentos complementarios son más variables y, usualmente, contienen entre 0.6 y 1.0 kcal por gramo. Los alimentos que son ‘aguados’ y diluidos, contienen aproximadamente solo 0.3 kcal por gramo. Para que los alimentos complementarios tengan 1.0 kcal por gramo, es necesario que sean muy espesos y que contengan grasa o aceite, lo cual hace que sean alimentos ricos en energía.

Cuando el alimento complementario es introducido en la dieta del lactante, este tiende a recibir pecho materno con menor frecuencia y su ingesta de leche disminuye. Si los

alimentos complementarios tienen una densidad energética menor que la leche materna, esta será una causa importante de desnutrición.

Principio número 6: aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños.

Al inicio de los 6 meses, el lactante puede comer alimentos sólidos o semisólidos, en forma de puré o aplastados. A la edad de 8 meses, la mayoría de los lactantes también pueden comer algunos alimentos que son levantados con los dedos. A los 12 meses, la mayoría de los niños pueden comer los mismos alimentos consumidos por el resto de la familia.

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

Principio 7: aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo.

A medida que el niño tiene mayor edad, necesita una mayor cantidad total de alimentos por día; los alimentos deben ser divididos, o fraccionados, en una mayor cantidad de comidas.

El número de comidas que un lactante o niño pequeño necesita, depende de:

1. **Cuánta energía necesita el niño para cubrir la brecha de energía.** Cuanta más energía requiera el niño cada día, necesitará mayor número de comidas para cubrir sus necesidades energéticas.
2. **La cantidad de alimentos que el niño pueda comer en una comida.** Depende de la capacidad o tamaño de su estómago, la cual usualmente es de 30 ml por kg de peso.
3. **La densidad energética del alimento ofrecido.** La densidad de energía de los alimentos complementarios debe ser mayor que la de la leche materna: esto es, al menos 0.8 kcal por gramo.

Un lactante entre 6–8 meses de edad, necesita 2–3 comidas al día y un lactante entre 9–23 meses necesita 3–4 comidas al día.

Dependiendo del apetito del niño, se le puede ofrecer 1–2 ‘meriendas’ nutritivas. Las ‘meriendas’ se definen como los alimentos que son consumidos entre las comidas principales, frecuentemente el niño emplea sus dedos para comerlas, además son convenientes y fáciles de ser preparadas. Si las ‘meriendas’ son fritas pueden tener una mayor densidad energética. La transición de 2 a 3 comidas y de porciones pequeñas a más grandes, ocurre de manera gradual entre estas edades, dependiendo del apetito del niño y de cómo él o ella se está desarrollando.

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

Los alimentos complementarios deberían brindar suficiente energía, proteína y micronutrientes para cubrir las brechas de energía y de nutrientes del niño, de manera que junto con la leche materna se cubran todas sus necesidades.

Está demostrado que muestra que las brechas de energía, proteína, hierro y vitamina A requieren ser cubiertas mediante la alimentación complementaria, para un niño de 12–23 meses de edad.

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

Un buen alimento complementario es:

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

Generalmente, el ingrediente central del alimento complementario es el alimento básico local. Los alimentos básicos pueden ser cereales, raíces o frutas que están constituidos principalmente por hidratos de carbono y, por lo tanto, aportan energía.

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

1. Los alimentos de origen animal o pescado son buenas fuentes de proteína, hierro y zinc. El hígado también aporta vitamina A y folato. La yema de huevo es una buena fuente de proteína y de vitamina A.
2. Los productos lácteos, como ser la leche, queso y el yogur, son buenas fuentes de calcio, proteínas, energía y vitaminas del complejo B.
3. Los guisantes, frijoles, lentejas, maní y soja, son buenas fuentes de proteína y contienen algo de hierro.
4. Las frutas y verduras de color naranja, como ser la zanahoria, zapallo, mango y papaya y las hojas de color verde oscuro, son ricos en caroteno y en vitamina C.
5. Las grasas y aceites son fuentes concentradas de energía y de ciertas grasas esenciales que son necesarias para el crecimiento del niño.

El consumo de grasas y aceites es importante, debido a que incrementan la densidad energética de los alimentos y mejoran su sabor. Las grasas también mejoran la absorción de la vitamina A y de otras vitaminas liposolubles.

Algunos aceites, en especial los de soya o de semilla de colza (nabo), también aportan ácidos grasos esenciales. La grasa debe representar el 30–45% del aporte total de la energía aportada por la leche materna y la alimentación complementaria juntas. La proporción de grasa no debe ser superior ya que el niño no comería otros alimentos que contengan proteína y otros nutrientes importantes, como ser hierro y zinc.

El azúcar, las bebidas dulces y las gaseosas, deben ser evitadas debido a que reducen el apetito del niño y estos no consumen alimentos más nutritivos. El té y el café

contienen compuestos que interfieren con la absorción de hierro y no se recomiendan para niños pequeños.

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

Los alimentos complementarios no fortificados, predominantemente a base de plantas usualmente brindan cantidades insuficientes de ciertos nutrientes 'clave' (particularmente hierro, zinc y vitamina B6) para lograr alcanzar las cantidades recomendadas de ingesta de nutrientes, durante la alimentación complementaria. La incorporación de alimentos de origen animal, en algunos casos, puede ser suficiente para llenar la brecha; sin embargo, para poblaciones que viven en la pobreza, esto incrementa el costo de la alimentación, lo cual puede ser un inconveniente. Por lo tanto, en lugares donde los alimentos de origen animal son escasos o no están disponibles para muchas familias, es necesario que existan en los sitios de consumo alimentos complementarios fortificados con hierro o alimentos fortificados con suplementos nutricionales (micronutrientes en polvo) o con suplementos de base lipídica.

Principio 10: Aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades incluyendo leche materna (lactancia más frecuente), y alentar al niño a comer alimentos suaves, variados, apetecedores y que sean sus favoritos. Después de la

enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia de lo normal y alentar al niño a que coma más.

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

Se debería estimular a que el niño coma algo de alimentos complementarios, para mantener el aporte de nutrientes y mejorar su recuperación. Usualmente, la ingesta es mejor si se ofrece al niño sus alimentos preferidos y si los alimentos son suaves y apetitosos.

F. Recomendaciones para la suplementación con micronutrientes.

Para los niños pequeños, los micronutrientes son esenciales para el crecimiento, el desarrollo y la prevención de enfermedades.

La OMS y el UNICEF recomiendan la suplementación universal con:

- ✓ Vitamina A
- ✓ Hierro
- ✓ Yodo
- ✓ Zinc

G. Alimentos apropiados para la alimentación complementaria.

1. ¿Qué alimentos dar y porque?

- a. **Leche materna:** continúa aportando energía y nutrientes de alta calidad hasta los 23 meses de edad.
- b. **Alimentos básicos:** aportan energía, un poco de proteína y vitaminas. Ejemplo: cereales (arroz, trigo, maíz), raíces (yuca, camote y papas) y frutas con almidón (plátano y fruto del árbol del pan).
- c. **Alimentos de origen animal:** aportan proteína de alta calidad, hierro hemínico, zinc y vitaminas. Ejemplos: hígado, carnes rojas, carne de pollo, pescado y huevo.
- d. **Productos lácteos:** aportan proteína, energía, la mayoría de vitaminas (especialmente vitamina A y folato), calcio.
- e. **Verduras de hojas verdes y de color naranja:** aportan vitaminas A, C y folato. Ejemplos: espinaca, brócoli, zanahoria, camote.
- f. **Leguminosas:** aportan proteínas, energía, hierro. Ejemplos: guisantes, variedades de frijoles, lentejas.
- g. **Aceites y grasas:** aportan energía y ácidos grasos esenciales. Ejemplos: aceites, margarina, mantequilla o manteca de cerdo.
- h. **Semillas:** aportan energía. Ejemplos: pasta de maní o pastas de frutos secos, semillas remojadas o germinadas, como ser semillas de zapallo, girasol, melón o sésamo. (4)

H. Comportamientos adecuados y motivaciones por grupo de edad a promover durante la consejería en alimentación y nutrición.

1. Lactantes de 0-5 meses

- ✓ Dar pecho materno exclusivamente. No introducir bocados, ni pacha, ni agua, ni otra leche.

- ✓ Amamantar 8 veces o más, de día y de noche.
- ✓ Usar ambos pechos cada vez que amamante y amamantar hasta que los pechos se sientan vacíos.
- ✓ Sacarse la leche manualmente para que se la den al niño cuando la madre no esté en la casa.

2. Lactantes de 6 – 8 meses

- ✓ Continuar dando el pecho 6 veces o más, de día y de noche.
- ✓ Iniciar la alimentación a partir de los 6 meses.
- ✓ Comenzar a dar de comer cereal (arroz, frijol, maíz), raíces (papa, quequisque), vegetales (zanahoria) o frutas recién peladas y majadas (banano), o sopa espesa.
- ✓ Dar de comer al niño la cantidad adecuada según su edad (8 cucharadas).
- ✓ Dar de comer al niño 2 veces al día e ir incrementando gradualmente hasta 4 comidas por día.
- ✓ Animar al niño a que se coma toda la comida que le sirve en el plato.
- ✓ Usar plato y vaso para darle los alimentos al niño.
- ✓ Agregar un alimento frito al día.

3. Lactantes de 9 – 11 meses

- ✓ Continuar dando el pecho materno.
- ✓ Dar de comer al niño la cantidad adecuada según su edad (12 cucharadas).
- ✓ Dar de comer al niño 3 veces al día y aumentar hasta 6 veces diario.
- ✓ Acompañar al niño a comer y animarlo a que se coma toda la comida que le sirven en el plato.

- ✓ Incrementar la variedad de alimentos en trocitos (picados o desmenuzados) más $\frac{1}{4}$ de tortilla en cada comida.
- ✓ Incluir un alimento frito al día.

4. 12 – 23 meses

- ✓ Continuar dando el pecho materno.
- ✓ Dar de comer al niño la cantidad adecuada según su edad (16 cucharadas).
- ✓ Dar de comer al niño en trocitos más media tortilla.
- ✓ Dar de comer al niño 4 veces al día y además dos meriendas nutritivas de fruta y cereales.
- ✓ Acompañar al niño a comer, y animarlo a que se coma toda la comida que le sirven en el plato.
- ✓ Dar de comer al niño todo lo que hay disponible en el hogar (aguacate, cuajada, papas, maíz, frijoles, huevo, maduro, guineo, ayote, tortilla, yuca, mangos, bananos, naranja y limón entre otros). En cada comida, combinar varios alimentos para una buena nutrición. Por ejemplo, arroz, frijol y fruta; frijoles, tortilla y aguacate; huevo, arroz y fruta; arroz, cuajada y banano.
- ✓ Incluir un alimento frito al día. (3, 17)

I. Sobre un estudio de Conocimientos y Prácticas (CP).

La investigación de las encuestas CP, pueden convertirse en instrumentos útiles para el diseño de programas educativos que a su vez incorporen fundamentos teóricos para sus justificaciones.

El monitoreo de CP es también una medida que se recomienda para evaluar las modificaciones que se presenten y el efecto de las intervenciones que se realicen.

1. Conocimientos

El conocimiento implica datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada. El término se usa en el sentido de hecho, información, concepto, pero también, como comprensión y análisis; sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que las personas hagan conscientes las razones para adoptar o modificar una determinada conducta.

2. Prácticas

Se definen como una respuesta establecida para cada situación común y son llamadas también hábitos. El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos, reacciones, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que el participa. (18)

VII. DISEÑO METODOLOGICO

1. Tipo de estudio:

Observacional de corte transversal con enfoque cuantitativo.

2. Población de estudio

a) Universo: Todas las madres de niños menores de 12 meses que acudieron a la consulta externa de pediatría del Hospital Militar Alejandro Dávila Bolaños durante el período comprendido entre el 1 de marzo al abril 2011, que equivalió a 883 madres.

b) Muestra: Se realizó un muestreo no aleatorio por conveniencia, según criterios de inclusión y exclusión, con una muestra de 160 madres.

3. Criterios de inclusión:

✓ Todas las madres de niños menores de 12 meses que acudieron a la consulta externa de pediatría del HMADB durante el período de estudio.

✓ Niños que habían iniciado la alimentación complementaria.

✓ Criterios de exclusión:

Las madres de lactantes mayores de un año.

✓ Las madres que no desearon cooperar con el estudio.

✓ Aquellas madres que llenaron de forma incompleta la encuesta.

4. Variables del estudio

a) Para determinar las características de las madres objeto de estudio se incluyen las siguientes variables:

Edad

Escolaridad

Procedencia

Profesión

Lugar de trabajo

Número de hijos

Estado civil

Nivel socioeconómico

Edad del niño

Persona con la que permanece el niño.

b) Para evaluar los conocimientos sobre alimentación complementaria se incluyen las siguientes variables:

Concepto de alimentación complementaria

Edad de inicio de alimentación complementaria

Alimentos con que debe iniciar

Importancia del lavado de manos

Continuación de la lactancia materna

Inclusión de alimentos fritos.

Número de veces que se alimenta

Aporte extra de hierro

Introducción de alimentos

Introducción de carnes

c) Para describir las prácticas realizadas por las madres al momento de la alimentación complementaria se incluyen las siguientes variables.

Edad de inicio

Primer alimento brindado

Lavado de manos

Abandono de lactancia materna

Lactancia a libre demanda

Alimentos que evita

Número de veces que come

Aporte extra de hierro.

Orden de introducción

Consistencia

5. Plan de análisis

Conocimientos/Edad materna

Conocimientos/Escolaridad

Prácticas/Número de hijos

Prácticas/Persona con que permanece el niño

Conocimientos/Prácticas

6. Escala de valores:

Para valorar los **Conocimientos** se utilizó una escala de valores con amplitud de un rango de tres niveles:

- ✓ **Bueno:** Si responden adecuadamente entre un 80 – 100% de las preguntas realizadas a las usuarias
- ✓ **Regular:** Si responden adecuadamente entre un 60 – 79% de las preguntas realizadas a las usuarias
- ✓ **Deficiente:** Si responden adecuadamente menos de un 59% de las preguntas realizadas a las usuarias

Para valorar las **Prácticas** se utilizó una escala de valores con amplitud de dos rangos:

- ✓ **Adecuada:** Si las madres responden de forma afirmativa entre un 51 – 100 %
- ✓ **Inadecuada:** Si las madres responden negativamente entre un 0-50 %. (19)

7. Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Edad de la madre	Número de años desde el	Grupos etáreos	15-19 años 20-24

	nacimiento hasta el momento de la encuesta de la madre.		25-29 30-34 35- más
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado por la madre al momento de la encuesta.	Años referidos por las madres encuestadas.	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
Procedencia	Lugar donde radica la madre involucrada en la encuesta.	Área	Urbano Rural
Ocupación	Labor a la que se dedican las madres.	Tipo de trabajo realizado por las madres.	Ama de casa Estudiantes Profesionales y técnicos
Lugar de trabajo	Sitio donde la encuestada ejerce su jornada laboral.		En casa Fuera de casa

Paridad	Cantidad de hijos que ha tenido la madre encuestada.	Número de hijos	Uno Dos Tres Cuatro o >
Edad del niño	Numero en meses desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Meses	1-3meses 4-7meses 8-12meses
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos civiles.		Soltera Casada Acompañada Divorciada Viuda
Nivel socioeconómico	Ambiente social y estatus monetario en el que se		Acceso a un servicio básico. Acceso a 2 servicios básicos.

	desarrolla la madre.		Acceso a 3 servicios básicos.
Conocimientos sobre alimentación complementaria	Nivel de datos concretos que posee la madre sobre alimentación complementaria.	Concepto de alimentación complementaria Edad de inicio de alimentación complementaria Alimentos con que debe iniciar. Importancia sobre el lavado de manos Continuación de la lactancia materna Inclusión de alimentos fritos. Número de veces que se alimenta.	Bueno Regular Deficiente

		<p>Aporte extra de hierro.</p> <p>Introducción de alimentos</p> <p>Introducción de carnes.</p>	
<p>Prácticas sobre alimentación complementaria</p>	<p>Es una respuesta establecida para el inicio adecuado de la alimentación complementaria.</p>	<p>Edad de inicio</p> <p>Primer alimento brindado.</p> <p>Lavado de manos</p> <p>Abandono de lactancia materna.</p> <p>Lactancia a libre demanda</p> <p>Alimentos que evita.</p> <p>Número de veces que come.</p> <p>Aporte extra de hierro.</p>	<p>Adecuada</p> <p>Inadecuada</p>

		Orden de introducción Consistencia.	
--	--	---	--

8. Obtención de la información:

Fuentes: madres de niños que acuden a la consulta externa pediátrica.

Técnicas: cuestionario de preguntas abiertas y cerradas.

Instrumento: encuesta evaluativa, personal, con preguntas abiertas, cerradas y categorizadas de respuesta sugerida.

10. Consideraciones éticas:

El instrumento no lleva el nombre del personal encuestado, las fichas de recolección de la información así como la base de datos son propiedad exclusiva del entrevistador.

11. Procesamiento y análisis de la información:

Se realizó de manera electrónica con el programa computarizado SPSS versión 18.

VIII. RESULTADOS

Se realizó un estudio tipo observacional de corte transversal, en el Hospital Militar Dr. "Alejandro Dávila Bolaños", en el período de 1 de Marzo al 15 Abril 2011.

Se diseñó un modelo de encuesta de carácter anónimo con un nivel básico sobre aspectos sociodemográficos de las madres y sobre los conocimientos y prácticas acerca de la alimentación complementaria en niños menores de un año.

La edad materna fue clasificada en los rangos de 15-19 años como valores mínimos a mayor de 35 años como valor máximo, predominando madres en edades entre 20-29 años con un 56.9 %. EL 56.3% tenían estudios universitarios y el 34.4 % secundaria concluida, solo una minoría tenía estudios de primaria y ninguna madre analfabeta. La mayoría de las madres con un 90.6% proceden del área urbano y 9.4% del área rural. . Ver anexo 2-4.

Respecto a la ocupación de las madres las catalogamos como amas de casa, estudiantes, profesionales o técnicos, ocupando un 45.6%, 5,6% y 48.8%, respectivamente. El 53.1% de las madres laboran en casa y el 46.9% tienen un trabajo fuera. Ver anexo 5-6.

El 72.5% de las madres refirieron tener de uno a dos hijos y en un menor porcentaje cuatro a más. En los grupos de edades, los lactantes se ubicaron principalmente entre los grupos de 4-6 meses y de 7-12, con 75 pacientes (48.1%) y 77 pacientes (48.8%) respectivamente, el rango de edades entre 1-3 meses fue sólo de 5 pacientes (3.1 %). Ver anexo 7-8.

De todas las madres encuestadas el 87.5% se encuentran en una relación estable, de estas el 58.1% eran casadas y el 29.4% en unión de hecho. Ver anexo 9.

En cuanto a la accesibilidad de los servicios básicos (agua potable, luz eléctrica, aguas negras), el 69.4% posee los tres servicios y solo el 6.9% poseían un servicio básico.

Ver anexo 10.

Respecto a la persona con la que permanece el niño, el 55% correspondió a la mamá, seguido de niñera con un 15.6% y el restante por otros familiares. Ver anexo 11.

En lo que refiere a los conocimientos sobre alimentación complementaria, solo el 9.4% obtuvo un conocimiento bueno, la mayor parte fue regular con 52.5%, seguido del 38.1% el cual fue deficiente. Ver anexo 12

En relación a las prácticas predominaron las inadecuadas con un 60.6%, en comparación con un 39.4% de prácticas adecuadas. Ver anexo 13.

Cruce de variables

En cuanto a la edad materna y los conocimientos, las mamás que tienen un buen conocimiento, se distribuyen de la siguiente manera, 0.6% en el grupo de 15-19 años, 1.9% de 20-24 años, 3.1% de 25 a 29 años, 1.9% de 30-34 años y 1.9% de más de 35 años. Las que obtuvieron un conocimiento regular 3.1% eran de 15-19 años, 15% de 20-24, 18.1% de 25-29, 8.8% de 30-34 y 7.5% mayores de 35 años. Y las madres con conocimientos deficientes son 3.8% entre del grupo de edad de 15 a 19 años, 6.9% de 20-24, 11.9% de 25-29, 10% de 30-34 y 5.6% de mayores de 35 años. Ver anexo 14.

En relación a los conocimientos y escolaridad, las que obtuvieron un conocimiento bueno el 6,3% tenían educación superior, 3.1% estudios de secundaria y ninguna con estudios primarios. Las madres con conocimientos regulares se dividieron en 33.8% con estudios superiores, 16.3% secundaria y 2.5% con educación primaria. Los conocimientos deficientes continúan predominando en madres con educación

superior con 16.3%, educación secundaria con 15% y 6.9% estudios primarios. Ver anexo 15.

En referencia a las prácticas y el número de hijos, tuvieron prácticas adecuadas un 15.6% de madres con 1 hijo, 11.9% madres con 2 hijos, 9.4% con 3 hijos y 2.5% con más de 4 hijos. En cuanto a prácticas inadecuadas 26.3% madres con 1 hijo, 18.8% con 2 hijos, 9.4% con tres hijos y 6.3% con más de cuatro hijos. Ver anexo 16.

Al correlacionar la persona con la que permanece el niño y las prácticas, se encontró que las mejores prácticas las realizaron las niñeras y las abuelas, con un 9.4% y 8.1% respectivamente, aunque comparado con el porcentaje que obtuvieron con prácticas inadecuadas, la diferencia es mínima; los demás familiares incluidos en la encuesta no mostraron porcentajes importantes, respecto a lo adecuado. Las prácticas inadecuadas predominó el grupo de las mamás con 38.1% observando una diferencia marcada respecto a las buenas prácticas; las abuelas, las niñeras y las tías obtuvieron todas 6.3%, los demás familiares que fueron evaluados en este acápite obtuvieron porcentajes no significativos. Ver anexo 17.

En relación a los conocimientos y prácticas, podemos decir, que las prácticas adecuadas predominaron en las mamás con conocimiento regular y tanto las mamás que tuvieron conocimiento bueno como deficiente obtuvieron porcentajes de prácticas adecuadas bajos con 6.3% y 6.9% respectivamente. Ver anexo 18.

IX. DISCUSION

De acuerdo a los datos socio demográficos de las madres encuestadas, se encontró que la mayor parte de nuestra muestra se ubica en edades entre 20-29 años, la cual se considera que es la edad reproductiva óptima, como lo menciona la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA). Y solo la menor parte se encuentra entre las edades extremas. Se evidencio que más de la mitad tenía educación superior, en su mayoría trabajan en casa y alrededor del 80 % son mujeres con un hogar constituido. Estos resultados se relacionan con el tipo de población que acude a nuestro centro hospitalario, que en su mayoría corresponde a personal asegurado, sin embargo esto no se correlaciona con la población en general de madres de nuestro país, la cual no cuenta con cobertura Instituto Nacional del Seguro Social (INSS).

Al evaluar los conocimientos, llama la atención que solo cerca del 10% de las madres obtuvo buenos resultados, la mitad un conocimiento regular, y alrededor del 40% restante un conocimiento deficiente; a pesar de tratarse de madres en edad reproductiva óptima, con educación superior y hogar constituido en su mayoría. Al relacionar el nivel de escolaridad, edad materna y el cuidado materno, no se evidenció una relación positiva con un mejor conocimiento de alimentación complementaria en sus hijos.

Estos resultados son muy similares a lo encontrado en un estudio realizado en el departamento de Rivas en el año 2000, en el que solo el 10.5% de las encuestadas tenían buen conocimiento del tema y el 89,5% conocimientos entre regular y deficiente. (13)

En nuestro estudio esto puede deberse a inexperiencia por parte de las madres, ya que en su mayoría eran madres jóvenes con solamente un hijo, y a pesar de gozar con buen nivel de educación, probablemente reciban poca información de parte del personal de salud sobre la manera correcta de alimentar al niño menor de un año. Además los conocimientos provienen también del entorno familiar o social, siendo la promoción masiva de sucedáneos de la leche, alimentos procesados o artificiales con bajo nivel nutritivo uno de los principales factores agravantes en la malnutrición infantil.

Vale la pena mencionar que sólo la mitad de las mamás conocían el concepto de alimentación complementaria y cerca del 60% desconocía la edad de inicio correcto y el tipo de alimento con que se debe iniciar, planteado por la OMS y la Norma Nacional del MINSA. Este hallazgo es parecido a lo descrito en un estudio realizado en Boaco en el año 2000 en el que afirman que sólo el 60% las mamás saben que la alimentación complementaria debe iniciarse a partir de los 6 meses. Mientras otro estudio, realizado en el municipio de La Concordia Jinotega en el año 2001, reveló que el 75% de las madres conocían que la edad adecuada para iniciar la alimentación complementaria era a los 6 meses de vida. (12, 9)

Es de remarcar que cerca del 80% de las madres no consideró correcto incluir alimentos ricos en grasas en la dieta de los lactantes, recomendaciones brindadas por la OMS y el Texto Buscando Remedio. (4, 17)

En las prácticas los resultados fueron alarmantes, ya que éstas demostraron ser inadecuadas en el 60%, lo cual tiene correlación con los conocimientos.

Porcentualmente esto se puede demostrar al comparar un 60% de madres que desconocían la edad correcta de inicio de la alimentación complementaria, con el

65% de madres que la iniciaron antes de los 6 meses. Sin embargo al comparar los conocimientos sobre los primeros alimentos que se deben iniciar encontramos que de un 67% que contestó correctamente, sólo el 41% lo llevó a la práctica de forma adecuada. Aquí pensamos influyen numerosos factores como las campañas publicitarias masivas, la disponibilidad de alimentos y tiempo necesario para la preparación de los mismos.

Unos resultados similares se encontraron en un estudio realizado en La Paz Centro, León en 2001 y otro en Chinandega en 2002 en los cuales 60% y 41%, respectivamente, de niños menores 6 meses ya había recibido algún tipo de alimento distinto a la leche materna, como agua, leche de vaca, mocos, entre otros. (10,11)

En relación a las prácticas sobre alimentación complementaria y el número de hijos, tomando en cuenta que más de la mitad de nuestra población de estudio obtuvo prácticas inadecuadas, no se logró demostrar que entre más hijos la práctica debía ser mejor por la experiencia que adquieren las madres, sino todo lo contrario, es decir que aún las madres que tenían 3-4 hijos continúan con prácticas inadecuadas. Esto se correlaciona con el estudio ya mencionado anteriormente realizado en Boaco en el 2000 quien concluyó que entre más hijos posea la madre el tiempo dedicado a una alimentación complementaria adecuada es menor ya que la madre debe brindar atención a todos sus hijos por igual y la situación empeora si existen periodos intergenésicos cortos, como es común en países en vías de desarrollo como el nuestro. (12)

Al evaluar las prácticas y la persona con que permanece el niño, la mayoría de las madres que cuidaban a sus niños tuvieron una mala práctica, tratándose de madres jóvenes e inexpertas como mencionamos anteriormente.

Y para finalizar respecto a la relación entre prácticas y conocimientos dio un resultado previsto, ya que si se tiene buen conocimiento la probabilidad que las prácticas sean adecuadas aumentan, como ocurrió en nuestro estudio, y las de conocimientos deficientes indudablemente tendrán prácticas inadecuadas. Por lo tanto es necesario que se dedique mayor tiempo para brindarles información de calidad y con calidez a las madres sobre la manera apropiada de alimentar a sus hijos menores de un año.

X. CONCLUSIONES

- A. Las madres en estudio se encuentran en su mayoría en edades óptimas (20-29), son amas de casa, de procedencia urbana, con nivel de educación superior, de hogar estable, la mayoría con 1 hijo y buen nivel socioeconómico.

- B. El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria es en orden decreciente: regular (52.5%), deficiente (38.1%) y solo una minoría (9.4%) obtuvo buen conocimiento.

- C. En las prácticas sobre alimentación complementaria predominaron las inadecuadas sobre la adecuadas con 60.6% y 39.4%, respectivamente.

XI. RECOMENDACIONES

- A. Al Hospital Militar, que se haga partícipe del programa “Amigos de la niñez y la madre” para la mayor promoción de la lactancia materna y por ende a una alimentación complementaria adecuada.

- B. Al personal de salud en general, que le brinden mayor importancia al tema de la alimentación complementaria; así como también recibir capacitaciones sobre el tema en estudio.

- C. A los pediatras en consulta externa de nuestro centro, que se tomen el tiempo para comprobar si la información brindada sobre el tema de alimentación complementaria fue comprendido adecuadamente por las madres o la persona que asiste a la consulta con el niño y verificar la aplicación de ésta en las consultas posteriores.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud y desarrollo del niño y del adolescente 2001.

http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/comp_feeding/es/

2. Asociación Americana de Pediatría. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Febrero 2005.

<http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;115/2/496>

3. Ministerio de salud, dirección general de servicios de salud. “Guía para el abordaje de las Enfermedades infecciosas más Comunes de la infancia y la Desnutrición”. Para la atención hospitalaria de niños(as) de 1 mes a 4 años de edad AIEPI Hospitalario. Managua, Nicaragua. Enero – 2009.

4. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington D.C. 2010. Sesión 3. Página 19-27.

5. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC. 2003.

http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf

6. Jiménez Medinacelli, R. Lactancia materna: Ablactación y destete. La Paz, Bolivia. Octubre 1992. <http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsbp93320104.pdf>.

7. Sáenz Lozada, M. Camacho Lindo, Á. Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. Rev. salud pública. 9 (4):587-594, Colombia, 2007.
8. ENDESA 2006/2007.
9. PARRALES SERRANO, M. QUIJANO LESAGE, D. Conocimientos y Prácticas sobre lactancia materna exclusiva en mujeres con niños < de 6 meses que acuden a la de Vigilancia y Promoción de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud "Flor de María Chavarría" del municipio de La Concordia, Jinotega en el período 1 de Enero a 31 Marzo 2001 (tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía) Managua. UNAN, 2001.
10. FONSECA GONZÁLEZ, F. Conocimientos y Prácticas sobre lactancia materna en madres con niños < de 2 años que asistieron al programa de Vigilancia y Promoción de Crecimiento y Desarrollo en el municipio de La Paz Centro, León en el período Febrero 2001 (tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía) Managua. UNAN, 2001.
11. BACA RODRÍGUEZ, Z. BETANCO JUÁREZ, U. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre lactancia materna en madres adolescentes de las comunidades de Coyanlipe, Villanueva, Chinandega en el período Febrero 2002 (tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía) Managua. UNAN, 2002.
12. MENA CENTENO, R. JIRÓN JIRÓN, I. Factores que influyen en la lactancia materna de niños (as) de 0-6 meses que asistieron al programa de Vigilancia y Promoción de Crecimiento y Desarrollo de las unidades de salud de San Lorenzo, Boaco, en el

- período Septiembre-Octubre 2000 (tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía) Managua. UNAN, 2001.
13. Marín Segura, L. Bravo Cabrera, S. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre lactancia materna de madres con hijos < de 6 meses que acuden al Hospital Gaspar García Laviana y al Centro de Salud Manning Renner de la ciudad de Rivas, en el período Julio-Septiembre 2000 (tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía) Managua. UNAN, 2001.
 14. Cruz Mairena, I. Palacios, S. Salvador, M. Morbilidad y Mortalidad en pacientes menores de seis meses alimentados con lactancia materna exclusiva y alimentación mixta/artificial, en le SILAIS de Masaya en el período comprendido Abril-Octubre 1997 (tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía) Managua. UNAN, 1998.
 15. Áreas Álvarez, O. Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sobre lactancia materna que tienen las madres de niños menores de 1 año en la sala de hospitalización de pediatría del hospital militar “Alejandro Dávila Bolaños”, Agosto-Septiembre- Octubre, 2008 (tesis para promover de año en la especialidad de pediatría) Managua. UNAN, febrero 2009.
 16. Flores-Huerta, S. Martínez-Andrade, G. Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. Bases técnicas. Mediagraphic Artemisa en línea, Vol. 63, marzo-abril 2006. México, D.F.
 17. Ministerio de Salud, Buscando remedio. Nicaragua. 2ed. 2008. Capítulo de desnutrición y diarrea. Página 151.

18. Rocha Valdivia, N. Conocimientos actitudes y prácticas de los médicos asistenciales encuestados sobre VIH-SIDA en los servicios de gineco-obstetricia pediatria del hospital materno infantil Dr. Fernando Vélez País, octubre 2006 (tesis para optar al título en la especialidad en ginecología y obstetricia) Managua. UNAN, marzo 2007.
19. Escobar Montenegro, M. Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en personal médico, enfermería y laboratorio, Hospital Alemán Nicaragüense, Enero 2009 (Tesis para optar al título de médico integral) Mangua. UNAN, 2009.

ANEXOS

Anexo # 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

ENCUESTA

HOSPITAL MILITAR DR. "ALEJANDRO DAVILA BOLANOS"

Conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria que tienen las madres de niños menores de 12 meses en la consulta externa del servicio de pediatría del Hospital Militar "Alejandro Dávila Bolaños", en el período comprendido entre el 1 de marzo al 15 de abril del 2011

La presente encuesta pretende evaluar los conocimientos y prácticas que tiene usted sobre alimentación complementaria.

La información es anónima y confidencial por lo que se le solicita apoyo y sinceridad en sus respuestas.

Edad: 15-19 _____ 20-24 _____ 25-29 _____ 30-34 _____ 35 a mas _____

Escolaridad: Analfabeta _____ Primaria _____ Secundaria _____ Superior _____

Procedencia: Rural _____ Urbano _____

Ocupación: Ama de casa _____ Estudiante _____ Profesionales o técnico _____

Lugar de trabajo: En casa: _____ Fuera de casa: _____

Número de hijos: Uno: _____ Dos: _____ Tres: _____ Cuatro o >: _____

Estado civil: Soltera: _____ Casada _____ Acompañada _____ Divorciada: _____ Viuda:

Nivel socioeconómico: Acceso a 1 servicio básico _____ Acceso a 2 servicios básicos _____ Acceso a 3 servicios básicos _____

Edad del niño: 1-3 meses _____ 4-6 meses _____ 7-12 meses _____

Persona con la que permanece el niño: _____

Encierre la respuesta que usted crea correcta

- 1. ¿Qué entiende usted por inicio de alimentación complementaria?**
 - a. Darle formula de tarro a su bebe
 - b. Introducir o iniciar alimentos diferentes a la leche al bebe
 - c. Disminuir gradualmente las tomas al pecho materno hasta retirarlo completamente.
 - d. Darle alimentación general del hogar

- 2. ¿A qué edad cree usted que se debe iniciar la introducción de alimentos distintos a la leche a su bebé?**
 - a. <3meses
 - b. 3-4meses
 - c. 4-6meses
 - d. A partir de los 6 meses

- 3. ¿Con que alimentos cree usted que se le debe iniciar?**
 - a. Frescos naturales
 - b. Moguitos naturales de verduras o frutas no cítricas.
 - c. Sopas
 - d. Alimentación general del hogar.

- 4. ¿Considera usted importante el lavado de manos antes de la preparación de los alimentos de su bebe?**
 - a. Si
 - b. No

- 5. Al iniciar la alimentación complementaria de su bebé, ¿piensa usted que es necesario continuar brindando lactancia materna?**

- a. Si
 - b. No
- 6. ¿Considera usted adecuado brindar un alimento frito al día a su bebé a partir de los 6 a 8 meses?**
- a. Si
 - b. No
- 7. En relación al número de veces que le da de comer al bebé en el primer año de vida, señale lo correcto**
- a. Iniciar con 2 tomas al día e ir incrementando hasta 4 – 6 veces al día.
 - b. Iniciar con un alimento natural diario hasta que cumpla 9 meses y luego incrementar hasta 3 veces al día.
 - c. Cada vez que la madre come.
 - d. Dar día de por medio especialmente cuando tiene diarrea.
- 8. ¿Cree usted que a partir de los 6 meses es necesario darle un aporte extra de hierro a su bebé para el buen crecimiento y prevención de la anemia?**
- a. Si
 - b. No
- 9. ¿Cómo piensa que se le debe iniciar la alimentación a su bebé?**
- a. El mismo alimento en cada tiempo de comida por una semana
 - b. Un alimento distinto en cada tiempo de comida
 - c. El mismo alimento por 2-3 días y luego iniciarle uno nuevo
 - d. Cada día un alimento diferente
- 10. ¿A qué edad considera usted apropiado introducir carne (pollo o res) en la alimentación de su bebé?**

- a. A partir de los 6 a 8 meses
- b. Entre los 9 y 11 meses
- c. Después del año
- d. Cuando le aparecen los dientes

Encierre la respuesta correcta (lo que usted ha hecho con su bebé)

1. ¿A qué edad le brindó algún alimento aparte de leche a su bebé?

- a. En los primeros 30 días de vida.
- b. En los primeros 4 meses.
- c. 4-6 meses.
- d. Al cumplir los 6 meses.
- e. Después de los 7 meses.

2. ¿Cuál fue el primer alimento distinto a la leche que le brindó a su bebé?

- a. Refrescos o jugos naturales
- b. Productos envasados
- c. Mouguito de frutas y/o verduras
- d. Sustancias (sopas)
- e. Lo que come toda la familia
- f. Otros, especifique _____

3. ¿Se lava usted las manos antes de preparar los alimentos y alimentar a su bebé?

- a. Si
- b. No

- 4. Después de iniciar la alimentación complementaria de su bebé, ¿dejó o dejaría de darle pecho antes del año?**
- a. Si
 - b. No
- 5. ¿Brinda usted el pecho todas las veces que el niño quiere además de sus tiempos de comida?**
- a. Si
 - b. No
- 6. ¿Qué alimentos evitó darle a su bebe al inicio de la alimentación complementaria?**
- a. Huevo
 - b. Frijoles
 - c. Alimentos fritos
 - d. Ninguno
 - e. Otros, especifique_____
- 7. ¿Cuántas veces al día le da de comer (alimentos diferentes a la leche) a su bebé una vez iniciada la alimentación complementaria?**
- a. Una vez al día incrementando a dos hasta los nueve meses.
 - b. Una o dos veces al día e ir incrementando hasta llegar hasta 4 – 6 veces al día.
 - c. Cada vez que la mama come.
 - d. En días alternos.
 - e. Cada vez que el niño quiera.
- 8. Le ha brindado un aporte extra de hierro a su bebé a partir de los 6 meses**

- a. Si
- b. No

9. ¿Cómo inició a darle los alimentos a su bebé?

- a. Moguitos de verduras, frutas y colados en el mismo día.
- b. Un alimento distinto en cada tiempo de comida.
- c. El mismo alimento por 2-3 días y luego iniciarle uno nuevo.
- d. Cada día un alimento diferente.

10. ¿Ha administrado o administraría alimentos en trocitos (picados o desmenuzados) a su bebé antes de los 11 meses?

- a. Si
- b. No

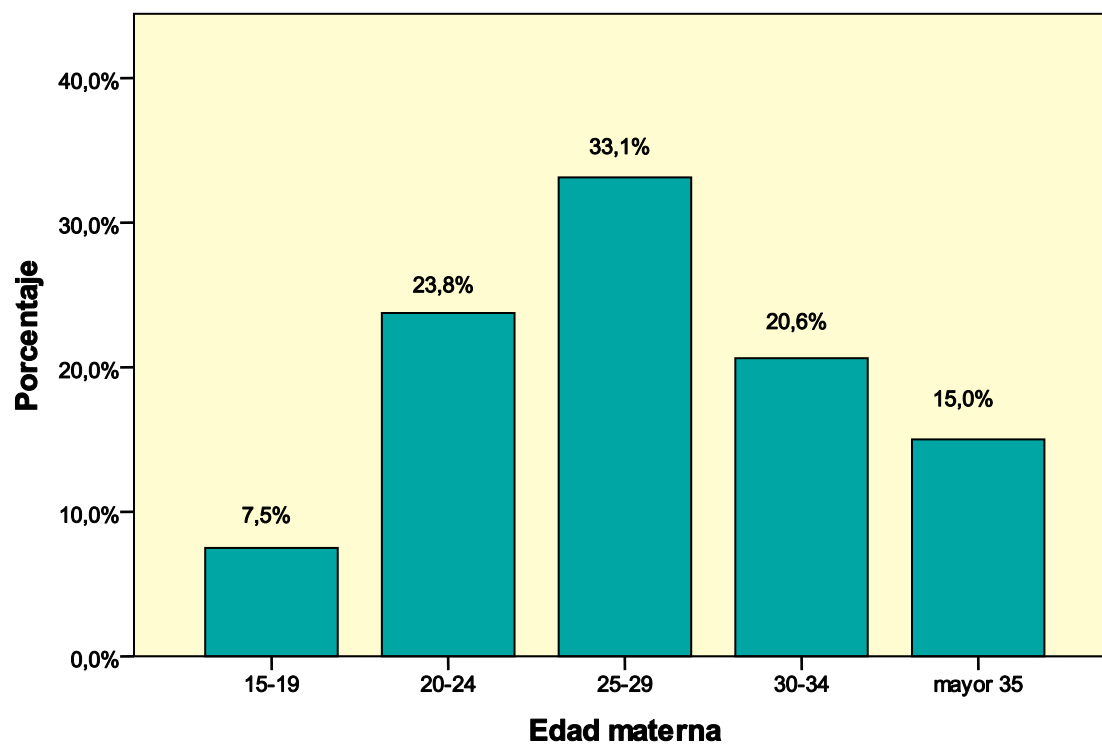
Anexo # 2

Tabla #1: Edad de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menores -19	12	7,5
-24	38	23,8
-29	53	33,1
-34	33	20,6
Mayor 35	24	15,0
Total	160	100,0

Fuente: Encuesta

Grafico # 1: Edad de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.



Fuente: tabla # 1

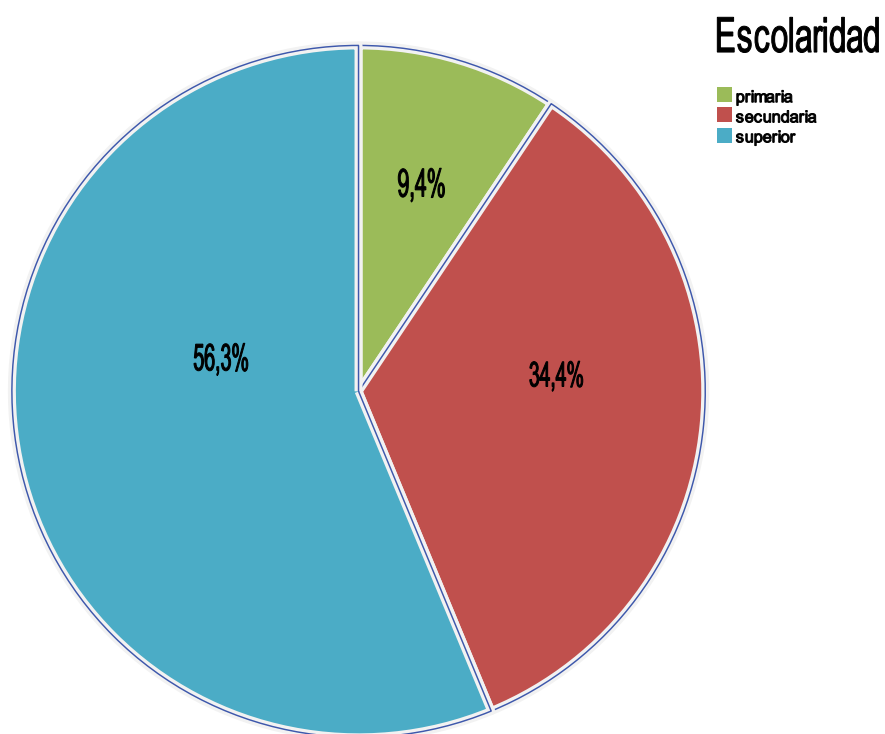
Anexo # 3

Tabla # 2: Escolaridad de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.

Escolaridad		Frecuencia	Porcentaje
idos	maria	15	9,4
	cundaria	55	34,4
	perior	90	56,3
	tal	160	100,0

Fuente: Encuesta

Grafico # 2: Escolaridad de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.



Fuente: tabla # 2

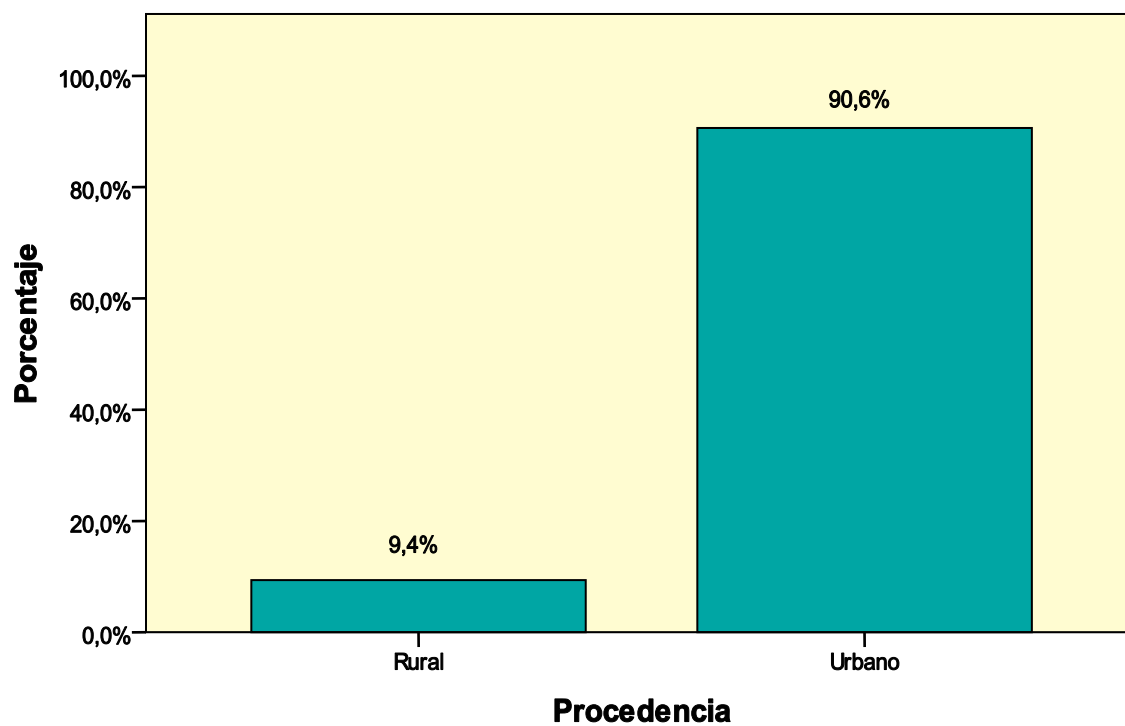
Anexo # 4

Tabla #3: Procedencia de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.

Procedencia		Frecuencia	Porcentaje
lido	ral	15	9,4
	cano	145	90,6
	tal	160	100,0

Fuente: Encuesta

Grafico # 3: Procedencia de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.



Fuente: tabla # 3

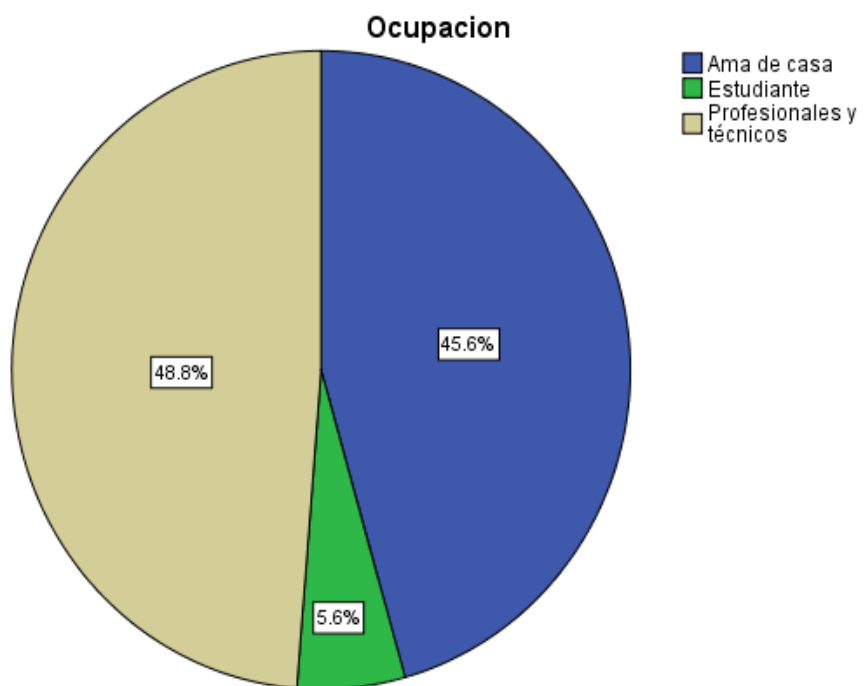
Anexo # 5

Tabla # 4: Ocupación de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Retirados		
Amas de casa	73	45.6
Estudiante	9	5.6
Profesionales y técnicos	78	48.8
Total	160	100.0

Fuente: Encuesta

Gráfico # 4: Ocupación de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.



Fuente: tabla # 4

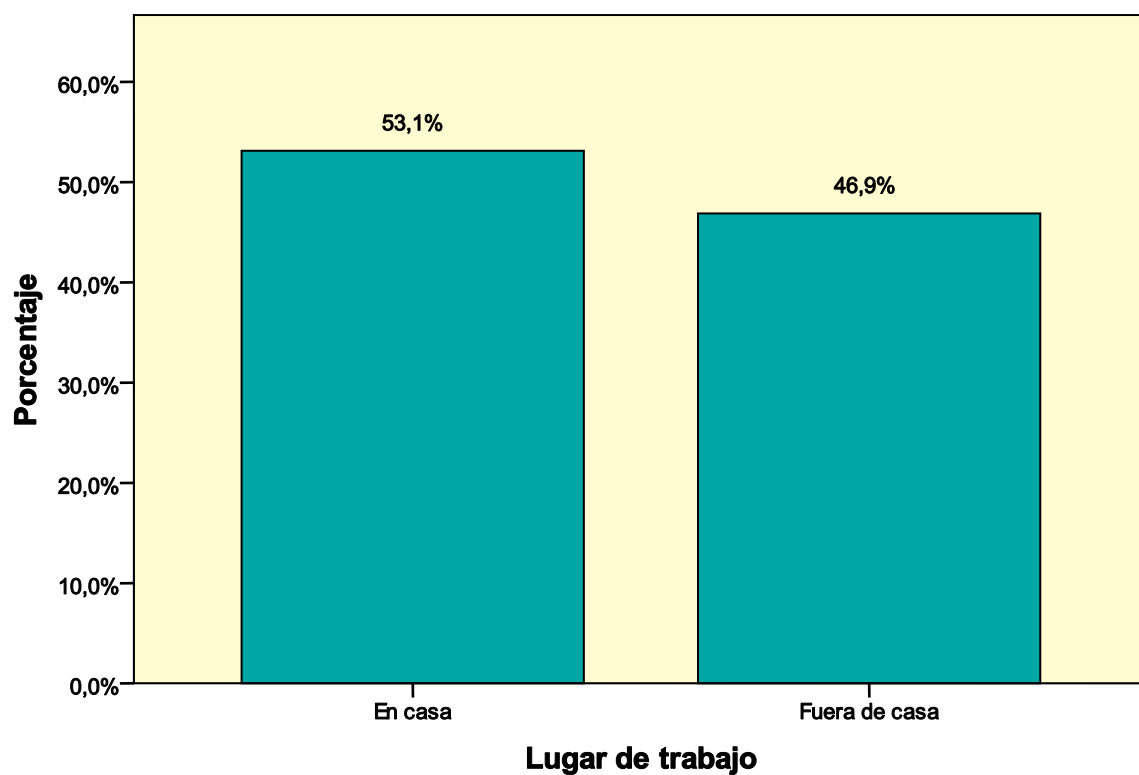
Anexo # 6

Tabla # 5: Lugar de trabajo de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.

Lugar de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Trabajados en casa	85	53,1
Trabajadas en casa	75	46,9
Total	160	100,0

Fuente: Encuesta

Gráfico # 5: Lugar de trabajo de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.



Fuente: tabla # 5

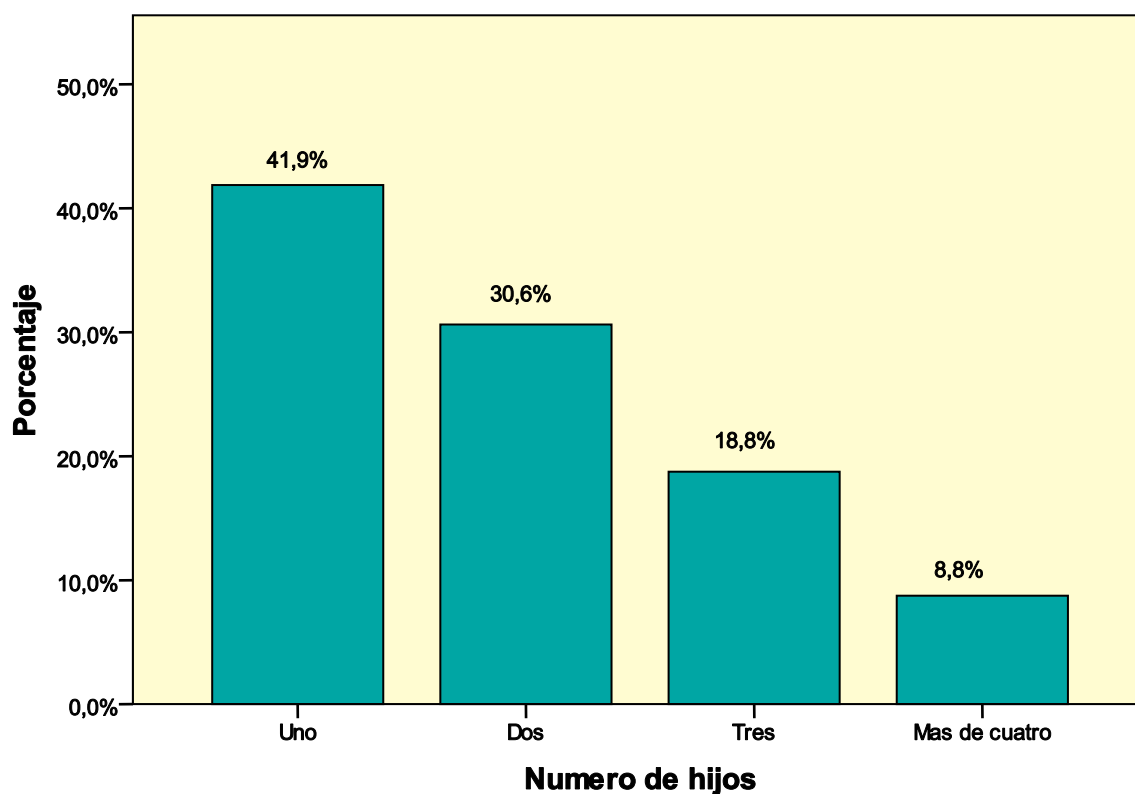
Anexo # 7

Tabla # 6: Número de hijos de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
0	67	41,9
1	49	30,6
2	30	18,8
3 y más de cuatro	14	8,8
Total	160	100,0

Fuente: Encuesta

Gráfico # 6: Número de hijos de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.



Fuente: tabla # 6

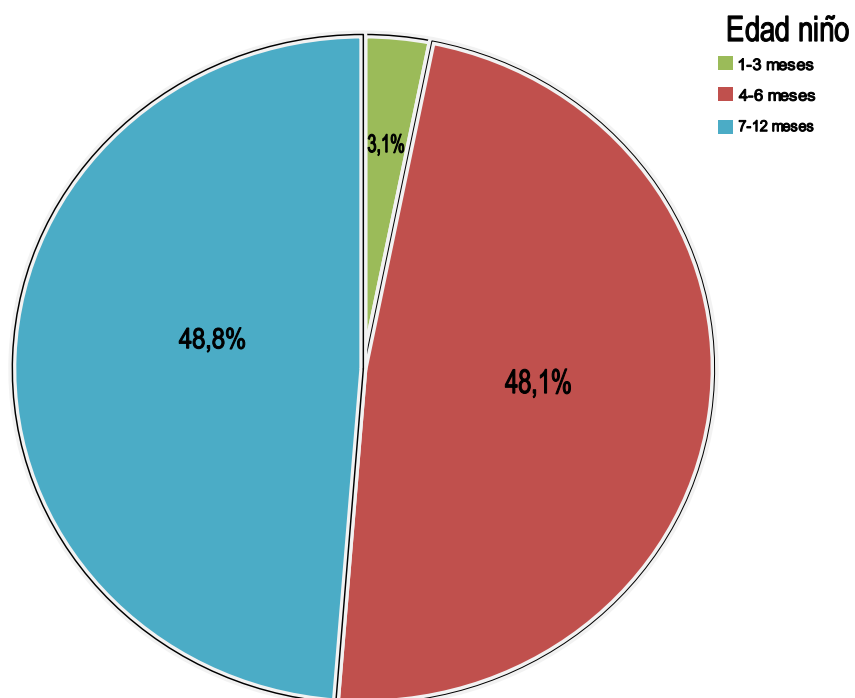
Anexo # 8

Tabla # 7: Edad de hijos de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.

Edad del niño	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 3 meses	5	3,1
3 meses	77	48,1
Entre 3 y 12 meses	78	48,8
Total	160	100,0

Fuente: Encuesta

Gráfico # 7: Edad de hijos de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.



Fuente: tabla # 7

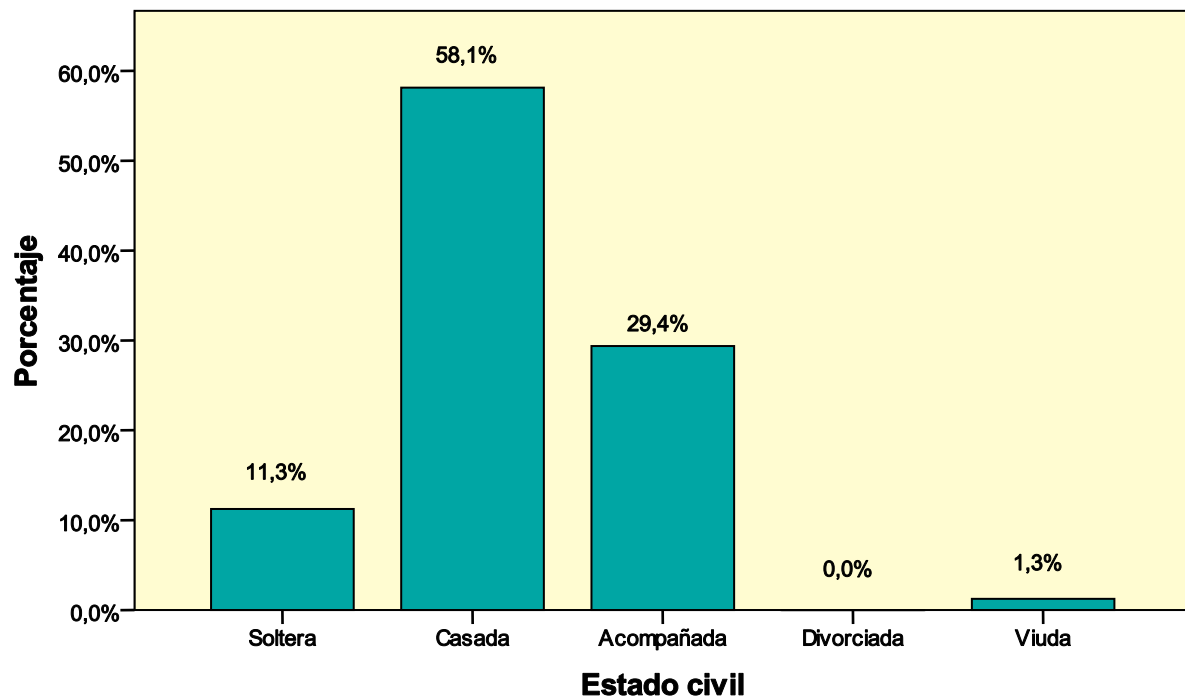
Anexo # 9

Tabla # 8: Estado civil de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
soltero	18	11,3
casada	93	58,1
acompañada	47	29,4
viuda	2	1,3
total	160	100,0

Fuente: Encuesta

Gráfico # 8: Estado civil de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.



Fuente: tabla # 8

Anexo # 10

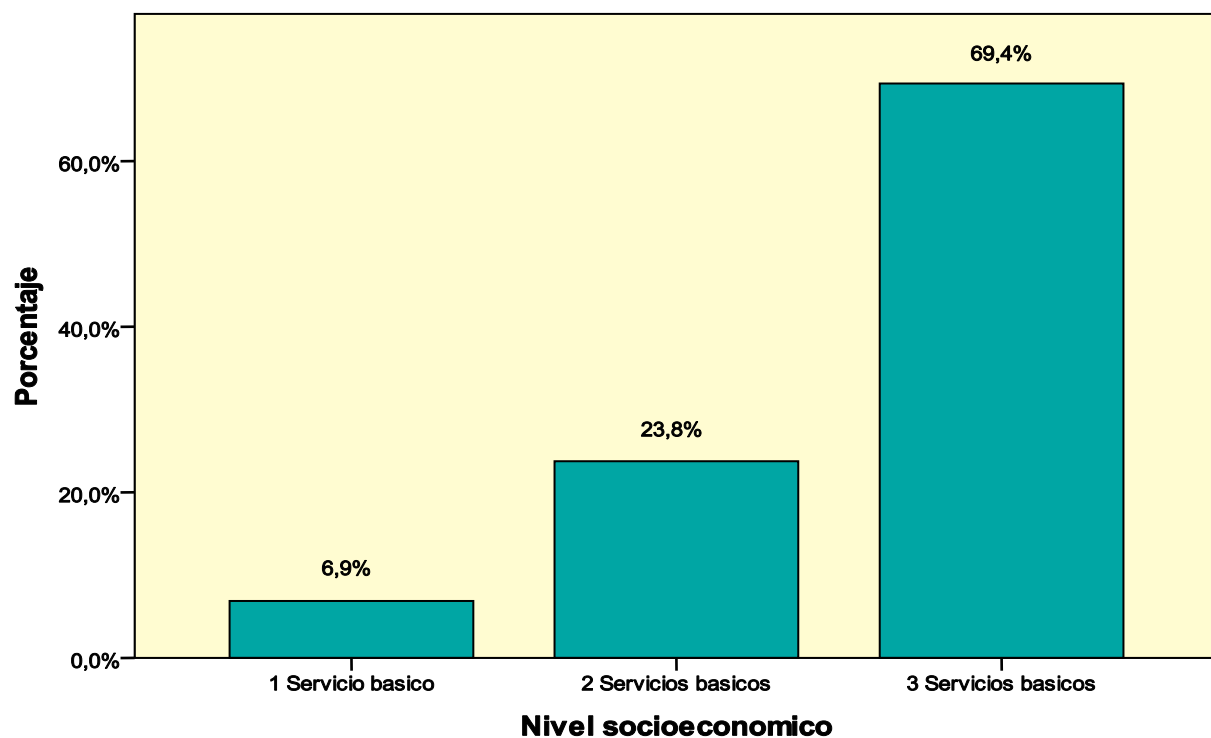
Tabla # 9: Nivel socioeconómico de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.

Acceso a servicios básicos	Frecuencia	Porcentaje
sin acceso a ningún servicio básico	11	6,9
con acceso a algunos servicios básicos	38	23,8
con acceso a todos los servicios básicos	111	69,4
Total	160	100,0

Fuente: Encuesta

Servicios básicos: Agua potable, Luz eléctrica, Aguas negras

Gráfico # 9: Nivel socioeconómico de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.



Fuente: tabla # 9

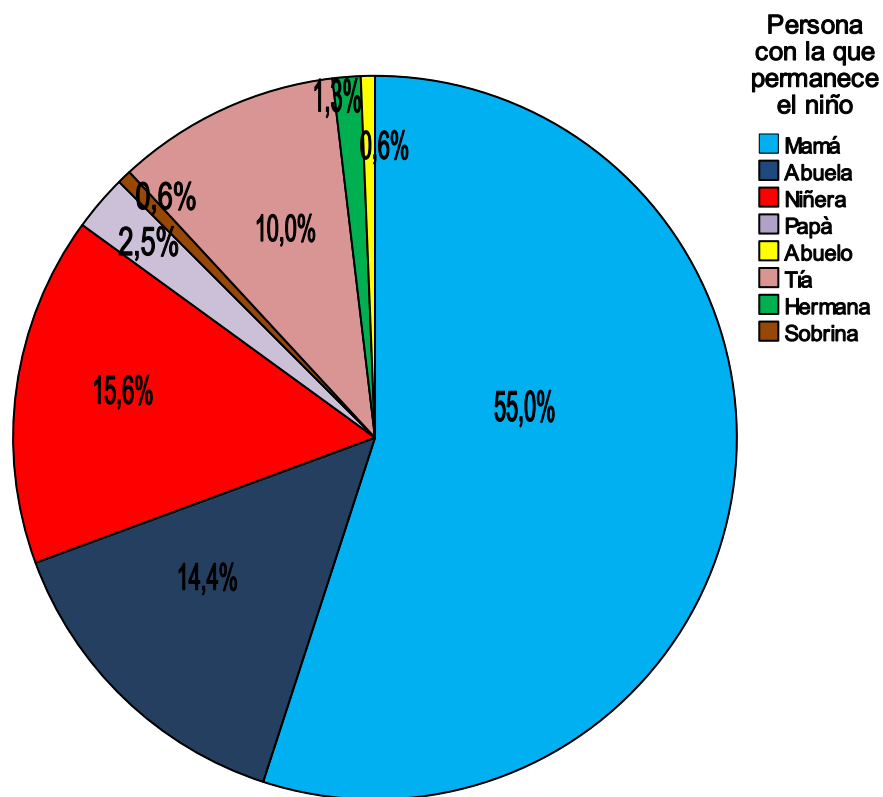
Anexo # 11

Tabla # 10: Persona con la que permanece el niño de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.

Persona con que permanece el niño	Frecuencia	Porcentaje
Padre	88	55,0
Mother	23	14,4
Granda	25	15,6
Abuelo	4	2,5
Abuela	1	,6
Amigo	16	10,0
Prima	2	1,3
Primo	1	,6
Alguno	160	100,0

Fuente: Encuesta

Gráfico # 10: Persona con la que permanece el niño de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.



Fuente: tabla # 10

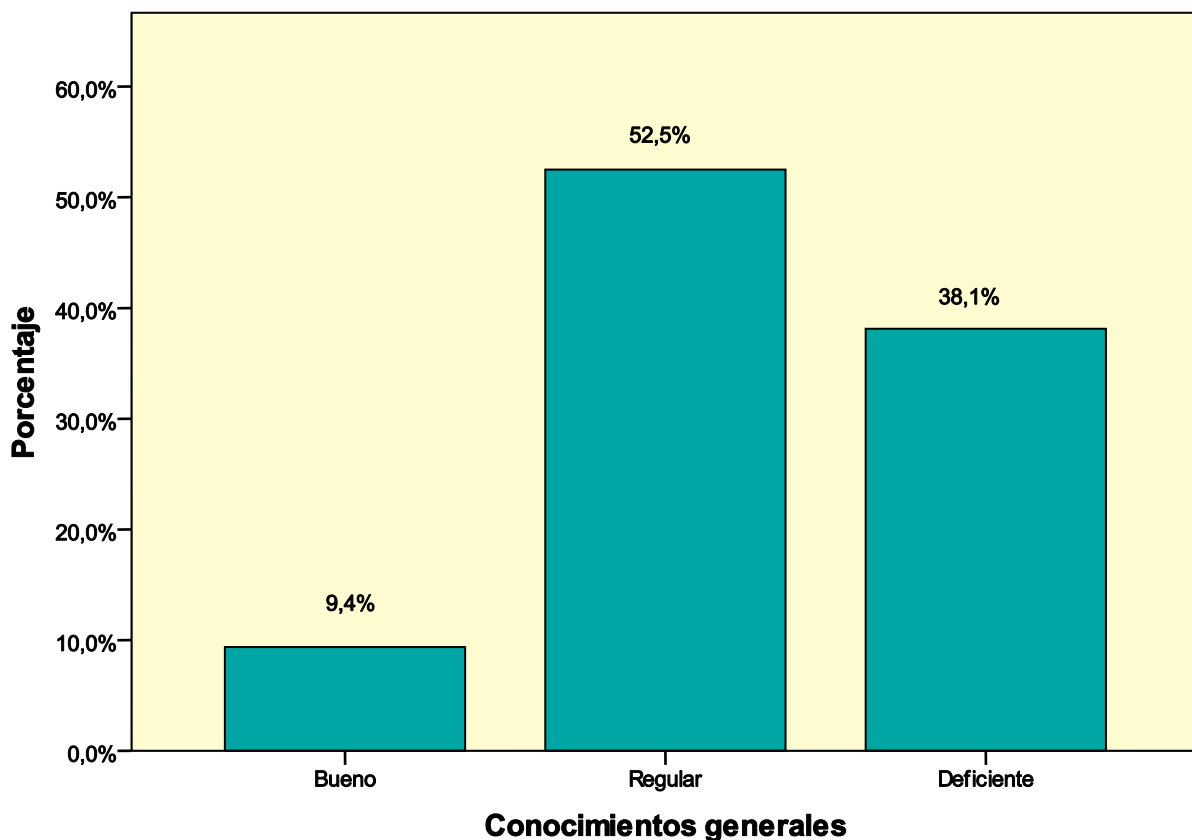
Anexo # 12

Tabla # 11: Conocimientos sobre alimentación complementaria de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.

Conocimientos	Frecuencia	Porcentaje
lido eno	15	9,4
gular	84	52,5
ficiente	61	38,1
tal	160	100,0

Fuente: Encuesta

Gráfico # 11: Conocimientos sobre alimentación complementaria de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.



Fuente: tabla # 11

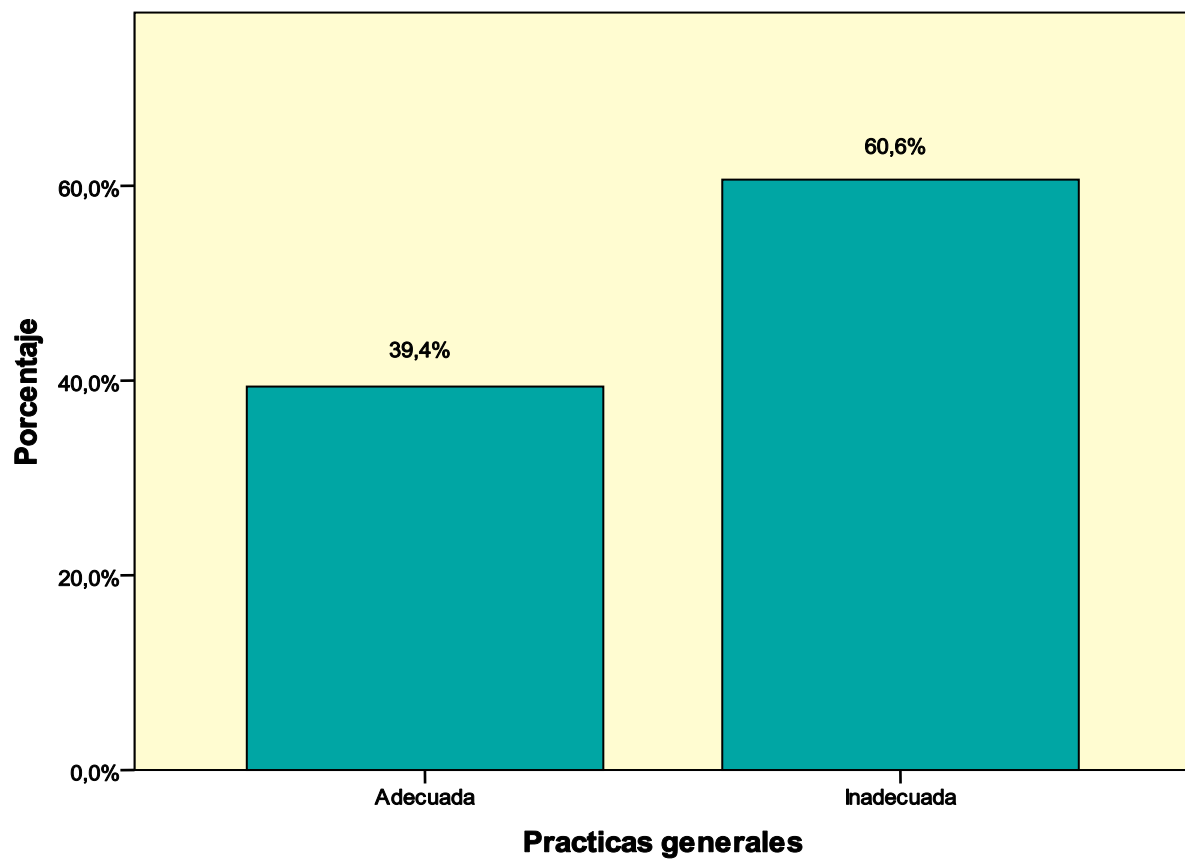
Anexo # 13

Tabla # 12: Prácticas sobre alimentación complementaria de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.

Practica	Frecuencia	Porcentaje
adecuada	63	39,4
inadecuada	97	60,6
Total	160	100,0

Fuente: Encuesta

Gráfico # 12: Prácticas sobre alimentación complementaria de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.



Fuente: tabla # 12

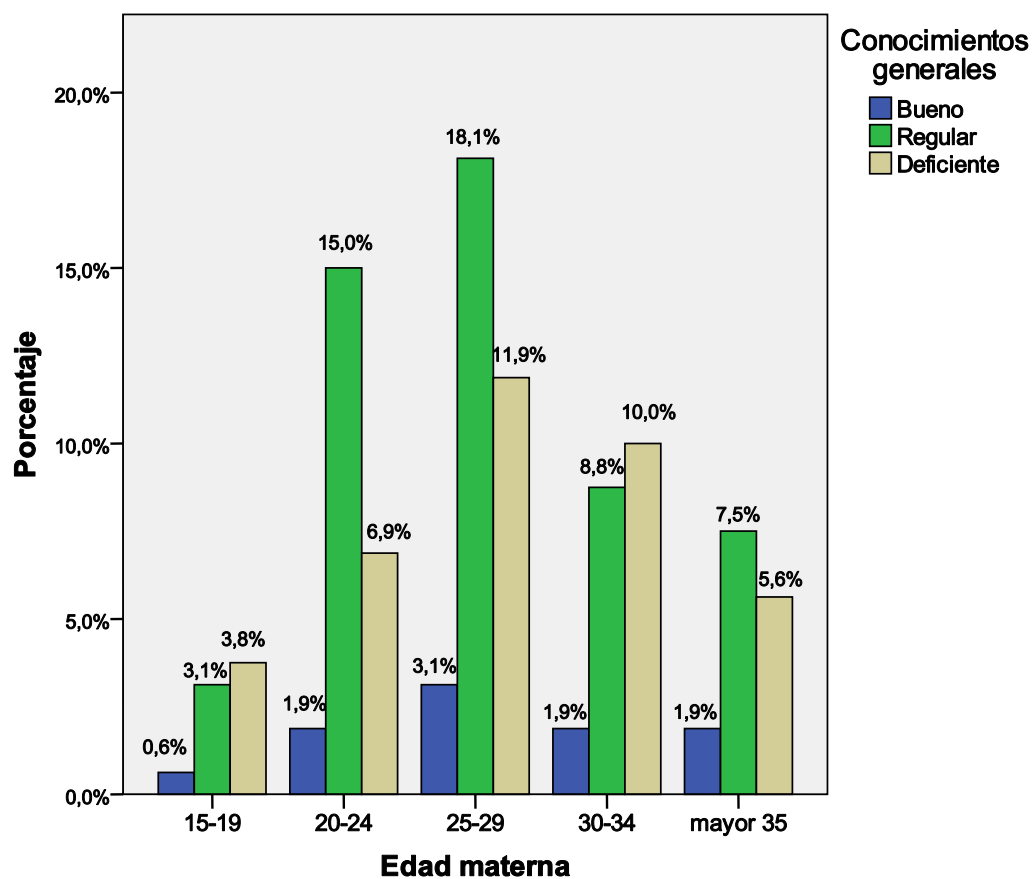
Anexo # 14

Tabla # 13: Conocimientos generales vrs edad materna madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.

	Conocimientos generales							
	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
ad .19	1	,6%	5	3,1%	6	3,8%	12	7,5%
materna .24	3	1,9%	24	15,0%	11	6,9%	38	23,8%
.29	5	3,1%	29	18,1%	19	11,9%	53	33,1%
.34	3	1,9%	14	8,8%	16	10,0%	33	20,6%
por 35	3	1,9%	12	7,5%	9	5,6%	24	15,0%

Fuente: Encuesta

Gráfico # 13: Conocimientos generales vrs edad materna de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.



Fuente: tabla # 13

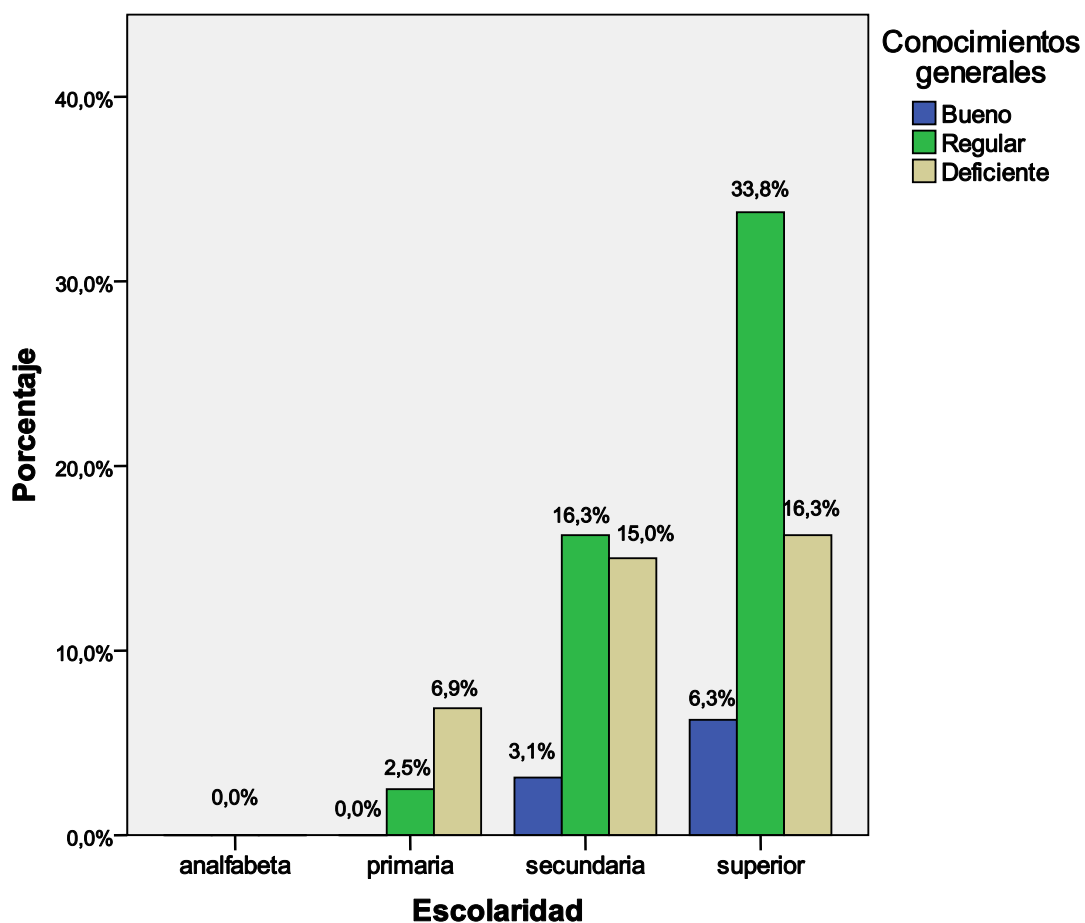
Anexo # 15

Tabla # 14: Conocimientos generales vrs escolaridad de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.

	Conocimientos generales							
	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Escolaridadanalfabeta	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
primaria	0	,0%	4	2,5%	11	6,9%	15	9,4%
secundaria	5	3,1%	26	16,3%	24	15,0%	55	34,4%
superior	10	6,3%	54	33,8%	26	16,3%	90	56,3%

Fuente: Encuesta

Gráfico # 14: Conocimientos generales vrs escolaridad de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.



Fuente: tabla # 14

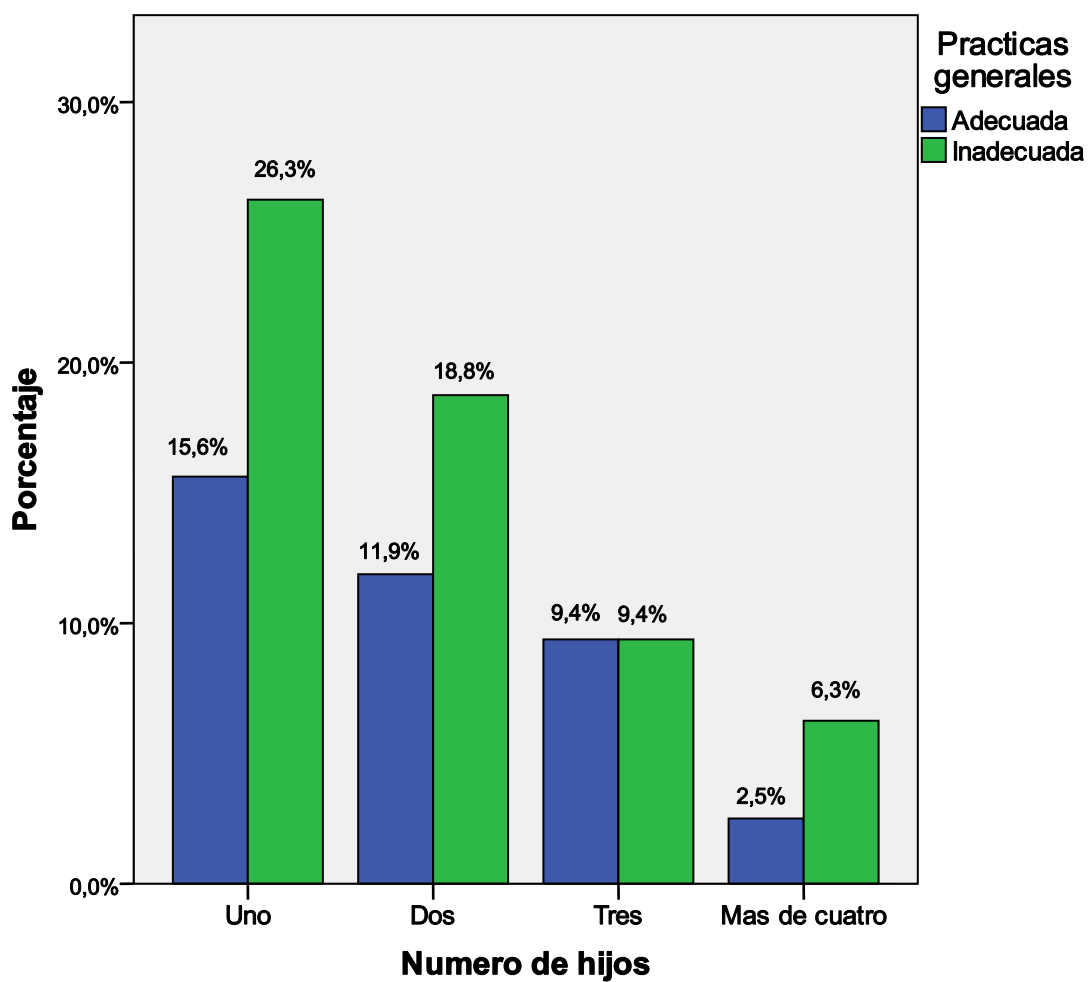
Anexo # 16

Tabla # 15: Prácticas generales vrs número de hijos de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.

	Prácticas generales					
	Adecuada		Inadecuada		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Numero de hijos o	25	5,6%	42	5,3%	67	1,9%
s	19	1,9%	30	3,8%	49	0,6%
s	15	9,4%	15	9,4%	30	3,8%
s de cuatro	4	2,5%	10	5,3%	14	3,8%

Fuente: Encuesta

Grafico # 15: Prácticas generales vrs número de hijos de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.



Fuente: tabla # 15

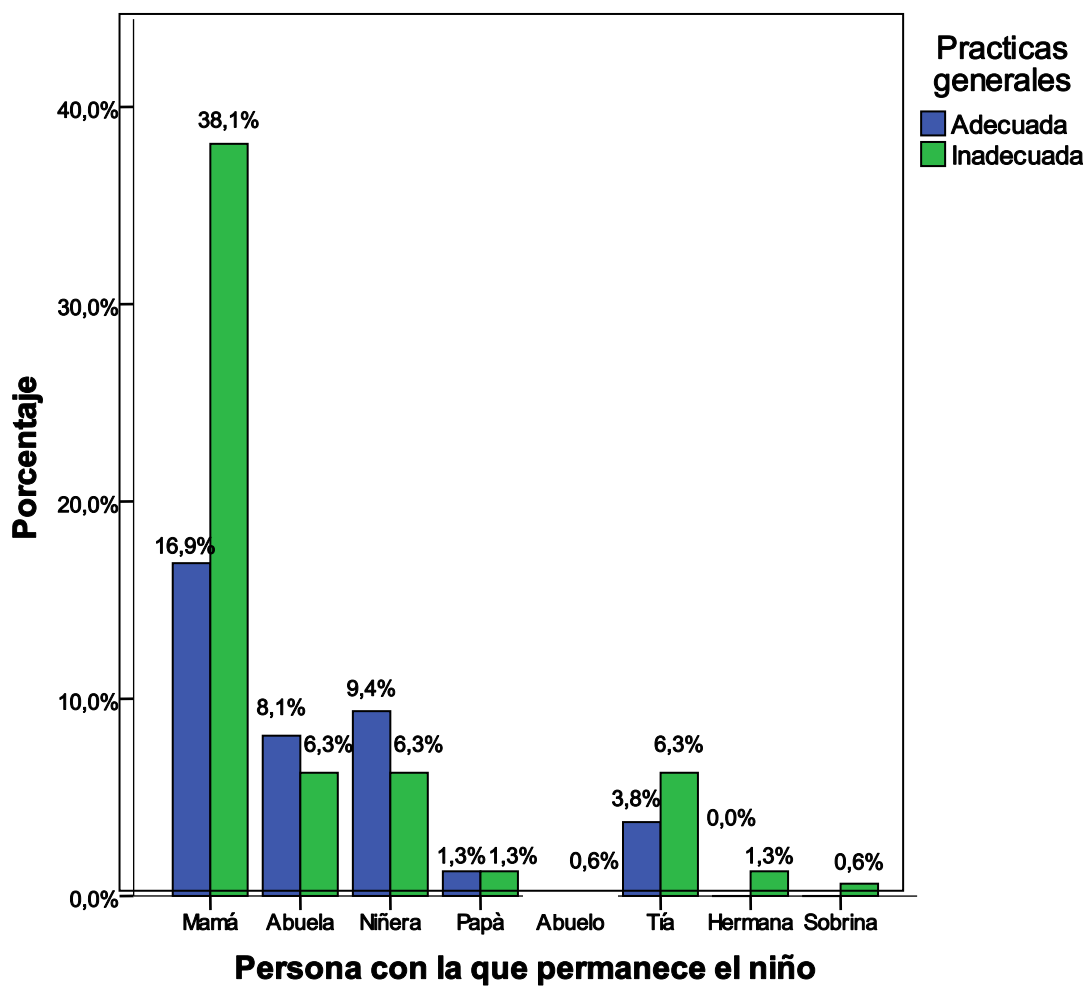
Anexo # 17

Tabla # 16: Persona con la permanece el niño vrs prácticas generales, de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.

	Prácticas generales					
	Adecuada		Inadecuada		Total	
	recuento	%	recuento	%	recuento	%
Persona con la que permanece el niño	27	5,9%	61	3,1%	88	5,0%
má						
tía	13	3,1%	10	3,3%	23	4,4%
abuela	15	9,4%	10	3,3%	25	5,6%
hermana	2	1,3%	2	1,3%	4	2,5%
padre	0	,0%	1	,6%	1	,6%
abuelo	6	3,8%	10	3,3%	16	10,0%
padre	0	,0%	2	1,3%	2	1,3%
abuela	0	,0%	1	,6%	1	,6%

Fuente: Encuesta

Grafico # 16: Persona con la que permanece el niño vs prácticas generales, de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.



Fuente: tabla # 16

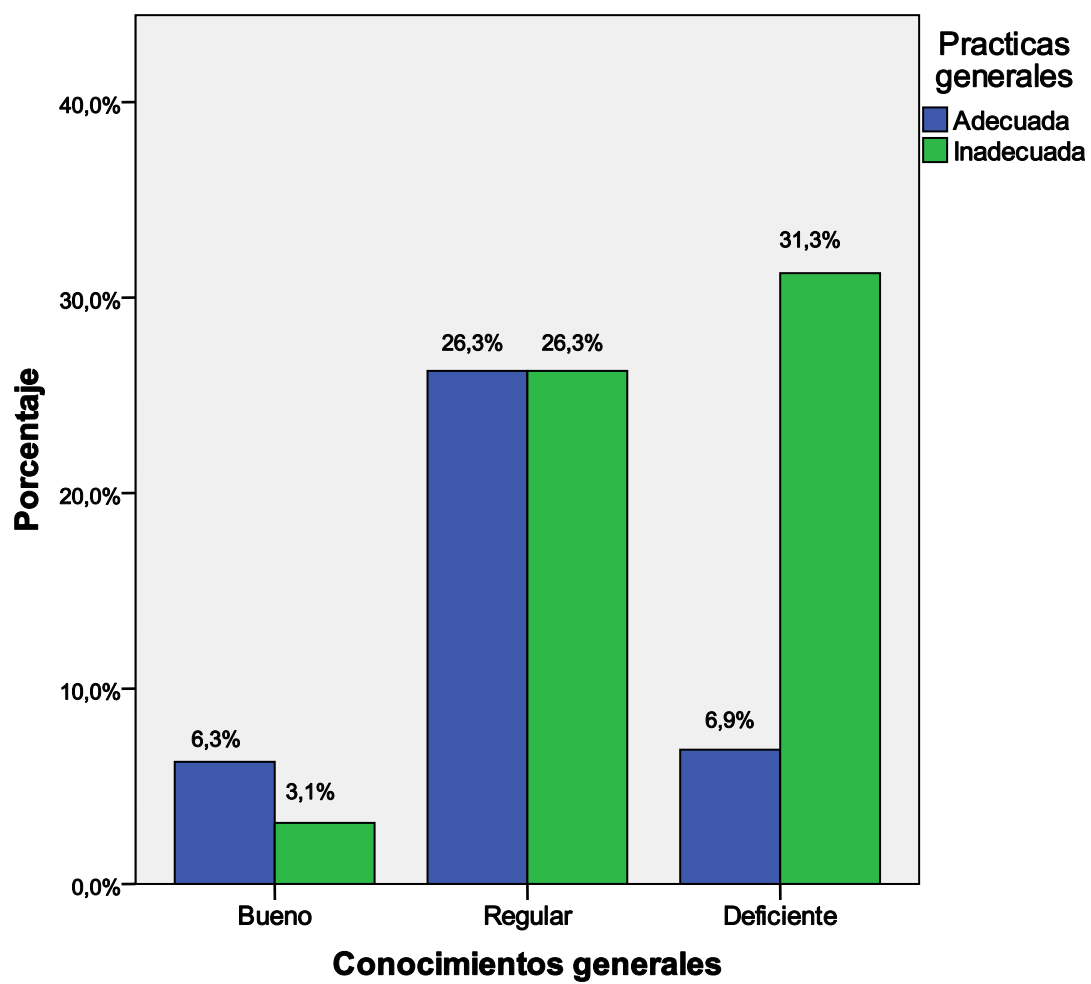
Anexo # 18

Tabla # 17: Conocimientos generales vrs prácticas generales de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.

	Prácticas generales					
	Adecuada		Inadecuada		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Conocimientos generales	10	5,3%	5	3,1%	15	9,4%
Bueno						
Regular	42	5,3%	42	5,3%	84	2,5%
Insuficiente	11	5,9%	50	1,3%	61	3,1%

Fuente: Encuesta

Grafico # 17: Conocimientos generales vrs prácticas generales de madres encuestadas que acudieron a consulta externa de pediatría, Hospital Militar, 1 de Marzo al 15 de Abril 2011.



Fuente: tabla # 17