



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
PARA LACTANTES A PARTIR DE LOS 4 MESES DE EDAD DIRIGIDO A
MADRES, PADRES Y REPRESENTANTES**

www.bdigital.ula.ve

Autora: Maria Elisa Araujo Araujo.
C.I. 20.429.463.

Tutor: Lcdo. Esp. Rafael León.
Cotutora: MSc. Carmen Janeth Mora.

Mérida, Octubre 2019.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo quiero dedicarlo primeramente a Dios, que gracias a su bondad me permitió transitar por la etapa universitaria y llegar a su final siendo siempre mi guía y mi fortaleza.

A mi mami, mi mayor orgullo e inspiración para cada día ser mejor persona y de esta manera siempre puedas estar orgullosa de tu pequeña. Gracias infinitas por tu gran amor, por siempre creer en mí, por ayudarme a crecer e inculcar valiosos valores en mí, por siempre estar y tener esas palabras necesarias para ser mi calma en medio de mis miedos y dificultades. Te amo.

A mi padre, gracias por ser un hombre, trabajador, honrado, con gran sabiduría y por ser un ejemplo a seguir, gracias por los valores inculcados y por apoyarme en cumplir esta meta propuesta. Te amo.

A mis hermanos, mis otras mitades, mis ejemplos a seguir, quienes siempre están para apoyarme y por los que siempre estaré; y a los amores más reales que tengo, mis sobrinos. Gracias a todos porque a pesar de la distancia saben llenarme de alegría día tras días, gracias por todos los consejos brindados, por sus palabras de aliento, por su ayuda y amor incondicional. Los amo.

A mis amigos, los de siempre, los que estuvieron desde el comienzo de este camino y que aún estamos juntos, así como a los que fueron llegando en el camino, con los que forme una amistad verdadera e incondicional, gracias por su apoyo y por los momentos compartidos, por siempre colegas. Los quiero.

Asimismo a mi tutor, Licdo. Rafael León quien me motivó y creyó en mí para llevar a cabo ésta investigación y a la Dra. Yuraima Matos quien con

su dulzura y paciencia siempre estuvo para ayudarme a culminar ésta investigación. Infinitas gracias por sus conocimientos, por sus orientaciones y por su tiempo dedicado en éste trabajo.

Finalmente, quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento a la Universidad de Los Andes, mi Alma Mater, por permitirme vivir ésta etapa de la vida dentro de sus pasillos, en los cuales me formé profesionalmente, y a su vez crecí y maduré para enfrentarme a la vida. Gracias por formar excelentes profesionales de la nutrición.

Con cariño,

Maria Elisa Araujo Araujo.

www.bdigital.ula.ve



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



**.PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
PARA LACTANTES A PARTIR DE LOS 4 MESES DE EDAD DIRIGIDO A
MADRES, PADRES Y REPRESENTANTES**

Autora: Maria Elisa Araujo Araujo.

Tutor: Lcdo. Esp. Rafael León.

Cotutora: MSc. Carmen Janeth Mora.

Fecha: Octubre, 2019.

Resumen

La investigación tuvo como objetivo, proponer un programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad, dirigido a madres, padres y representantes que asisten al área de Pediatría del Hospital Pedro Emilio Carrillo, de la parroquia Mercedes Díaz del municipio Valera estado Trujillo. Metodológicamente abordado bajo la modalidad de proyecto factible, en sus tres primeras fases con apoyo en investigación Descriptiva. La población estudiada estuvo conformada por 38 madres, padres y representantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, a los cuales se les aplicó la encuesta de CANIA, obteniendo como resultados que el 2.6% de niños(as) de 4 a 6 meses de edad practican lactancia materna exclusiva y el 34.6% ya no recibe lactancia materna. El 31.6% de los niños comenzaron la alimentación complementaria entre 1 a 6 meses y el 57.9% ha sido incorporado a la mesa familiar, de los cuales el 15.8% se encuentra entre los 4 a 6 meses de edad. El 10.6% de la población presentó un estado nutricional en riesgo de déficit y otro 10.6% presentó déficit leve según el indicador peso para la edad, y la mitad de la población se encuentra clasificada según la escala Graffar en clase obrera. Se llegó a la conclusión que existe la necesidad de un programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad; por lo que se realizó el diseño del programa y el análisis de factibilidad para ofrecer educación nutricional garantizando una alimentación saludable en los infantes.

Palabras clave: lactantes, alimentación complementaria, estado nutricional, programa educativo.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	ii
Resumen	iv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA.....	3
Planteamiento del problema	3
Formulación del problema	7
Objetivos de la Investigación	8
Justificación de la Investigación	8
CAPÍTULO II	11
Antecedentes de la investigación	11
Bases teóricas	15
Bases Legales	20
Definición de las variables	22
CAPÍTULO III	26
MARCO METODOLÓGICO.....	26
Tipo de Investigación.....	26
Diseño de la Investigación.....	27
Población y Muestra	27
Técnica e instrumento	28
Proceso de análisis de los datos	30
CAPÍTULO IV.....	32
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	32
Tabla 1. Distribución de la población según la edad cronológica, tipo de lactancia recibida, tipo de alimento lácteo recibido y dilución de la leche actual.	33

CAPÍTULO V.....	43
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
Conclusiones	43
Recomendaciones	44
DISEÑO DE LA PROPUESTA	46
Introducción	46
Objetivos del programa.....	47
General.....	47
Justificación	48
Estrategias de Formación.....	49
Recursos	50
Actividades	51
Lactancia Materna como el mejor alimento para el bebé	51
Alimentación Complementaria (AC).....	51
Baby Led Weaning (BLW)	67
Viabilidad o Factibilidad de la propuesta	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
ANEXOS.....	82
A. Cuestionario de CANIA aplicado a madres, padres y representantes... 83	
B. Tablas para evaluar estado nutricional. (Fuente INN- SISVAN. Patrón de referencia OMS). 84	
C. Aplicación de la encuesta a las madres, padres y representantes. 85	
D. Evaluación antropométrica a los niños..... 87	

ÍNDICE DE TABLAS

1. Distribución de la población según la edad cronológica, tipo de lactancia recibida, tipo de alimento lácteo recibido y dilución de la leche actual.....	33
2. Edad de incorporación a la alimentación complementaria y edad de incorporación a la mesa familiar.....	35
3. Diagnóstico nutricional y diagnósticos médicos según el tipo de lactancia recibida.....	37
4. Tipo de lactancia recibida, edad de incorporación a la alimentación y edad de incorporación a la mesa familiar según el estrato social de la población.....	40

www.bdigital.ula.ve

INTRODUCCIÓN

Desde el origen de la humanidad, es sabido que la lactancia materna es la alimentación ideal que cumple con los requerimientos nutricionales propios para cada lactante. De acuerdo con Lawrence y Lawrence (2007) “los avances tecnológicos han permitido obtener datos relativos a la leche humana que, sin ningún género de duda, es la mejor para el lactante humano” (pág.1). La misma ofrece beneficios de salud tanto a la madre como al lactante, a la vez que ofrece una ayuda económica para la familia.

Sin embargo, en la actualidad esta lactancia es limitada, sustituida, complementada o impedida por diversos factores sociales, geopolíticos, económicos, culturales y hasta religiosos, entre otros. Por tales motivos, se han requerido profundas investigaciones, detalladas estadísticas y arduos debates para sustentar que, la alimentación es una y como tal, debe tratarse; entendiéndose así, que la lactancia materna es la base fundamental, natural y originaria que reúne todos los méritos de satisfacción.

En este sentido, dado la importancia de la alimentación se hace también necesario hablar de alimentación complementaria, que según Rodríguez (2008) hace referencia a la introducción en la dieta del lactante de otros alimentos líquidos, semisólidos o sólidos diferentes a la leche materna o de fórmula. (pág. 430). Lo cual quiere decir que es un proceso que debe ser gradual en el que el lactante va ir recibiendo y adaptándose a nuevos alimentos. De igual manera, el mismo autor señala que:

Existen diversos motivos que justifican la alimentación complementaria, destacando los aspectos nutricionales ya que la leche materna es el alimento capaz de cubrir las necesidades nutricionales de la mayoría de los lactantes hasta los 4-6 meses. A partir de esa edad, el aporte energético, así como de determinados nutrientes (vitaminas C y D, hierro, calcio, zinc, fósforo) podrían resultar insuficientes. Además el lactante avanza en el proceso de maduración del sistema nervioso central, de la

función digestiva y renal (movimientos mandibulares, actividades enzimáticas, maduración del epitelio intestinal, entre otras) permitiendo la inclusión de diversos alimentos en su dieta. (pág. 430).

Por lo tanto, debido a lo antes mencionado y desde la realidad que se vive actualmente en el país, las madres deben estar preparadas para ofrecer una alimentación complementaria adecuada a los lactantes; por lo que se plantea como objetivo de estudio “Proponer un programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad, dirigido a madres, padres y representantes”.

Para efecto del mismo se abordó la investigación desde la estructuración de los siguientes capítulos:

www.bdigital.ula.ve

Capítulo I, El Problema; donde se describe la problemática de estudio, las interrogantes, objetivos de investigación y la justificación de la investigación.

Capítulo II, Marco Teórico Referencial, donde se presentan los antecedentes, es decir estudios relacionados con las variables de estudio, las bases teóricas y legales.

Capítulo III, Marco Metodológico, donde se describe el tipo de investigación, descriptiva, bajo la modalidad de proyecto factible en sus tres primeras fases: diagnóstico, diseño de la propuesta y viabilidad del programa educativo.

Capítulo IV, Análisis y discusión de los resultados, donde se presentan los resultados obtenidos a través del instrumento aplicado, de igual manera el respectivo análisis, discusión de los resultados y comparación con otros estudios realizados.

Capítulo V, Conclusiones y recomendaciones, donde se describe el logro de los objetivos planteados a través de la propuesta diseñada, así como también las respectivas recomendaciones para las madres, padres y representantes encargados de la alimentación de los niños.

Capítulo VI, Diseño de la propuesta, donde se describe todo lo referente a la propuesta realizada, sus respectivos objetivos y justificación, así como toda la temática que contiene. De igual manera, se presenta el análisis de la factibilidad de la propuesta.

Por último las referencias bibliográficas utilizadas en la investigación y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

El ser humano al ser un ser vivo tiene necesidades básicas las cuales debe satisfacer, dentro de las principales se encuentran la alimentación, el vestido y la vivienda. Según Roldan; Álvarez y Carrasco (2014) “el curso de la historia humana reducido a lo esencial, gira en torno a cuestiones como la nutrición y la alimentación. Comer incorrectamente, impacta en la salud y la calidad de vida.” (s/p).

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (2016) afirma que:

La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros dos años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general. (s/p).

Es decir que la alimentación en los primeros años de vida es esencial para el crecimiento y desarrollo de los niños y de esta manera asegurar menos riesgo de padecer patologías y la muerte como consecuencia de éstas. Asimismo, Pérez y Abellas (2016) señalan que “la importancia de la alimentación complementaria es tal, que adquirir en el primer año de vida hábitos alimenticios sanos y equilibrados, ayudarán al bebé a llevar una dieta saludable en los años venideros”. (pág.4).

Por otra parte, el conocimiento de los aspectos biológicos del lactante es de gran importancia ya que es una manera de aclarar dudas que han

surgido en cuanto, a cuándo el organismo del niño está preparado para recibir alimentos diferentes a la leche materna. Postura que es afirmada por Rodríguez y Larrosa (2013), al señalar que “la función renal y gastrointestinal es suficientemente madura a la edad de cuatro meses para metabolizar los nutrimentos que proporciona la alimentación complementaria”. (pág. 71).

Por otra parte, Pérez y Abellas (2016) afirman que “el lactante a partir de los 4 a 6 meses ha adquirido una madurez en los procesos de digestión y absorción intestinal, en la actividad de las enzimas del metabolismo intermediario y de la función excretora renal” (pág.4). Madurez que se considera necesaria en el organismo para realizar diferentes procesos metabólicos y cumplir diferentes funciones. Cabe referir a Rodríguez y Larrosa (2013), quienes señalan que:

Es importante considerar que existe una ventana crítica para la introducción de alimentos sólidos y si no se introducen alrededor de los 10 meses de edad, se incrementa el riesgo de posteriores dificultades en la alimentación. En consideración a sus necesidades nutrimentales, las habilidades del desarrollo y la asociación entre la introducción de la alimentación complementaria y la salud posterior, recomiendan que la introducción de alimentos complementarios no se haga antes de las 17 semanas ni se retarde después de las 26 semanas de edad (cuatro a seis meses). (pág.72)

Así se ha comprobado que a partir del cuarto mes de vida el organismo del lactante está preparado para realizar procesos de digestión y absorción intestinal al igual que procesos renales. No obstante es necesario conocer el tipo de alimento, la consistencia en la cual se deben ofrecer y el método correcto de introducción de los alimentos de acuerdo a la edad del niño. Por otra parte Marín (1998), testifica que un tema que ha originado gran polémica es:

La alimentación del niño de cero a doce meses, a pesar de que en la mayoría de las comunidades del mundo el patrón

alimentario es muy parecido. Durante los primeros cuatro o seis meses, debido a las limitaciones físicas y fisiológicas del lactante, el patrón universal es la leche materna. A pesar de esto, en muchas regiones esta práctica se ve truncada por razones económicas y sociales, y, especialmente, por cambios en el patrón de trabajo de las mujeres. (pág.164).

Como se ha señalado, la alimentación del niño debido a su importancia es un tema el cual ha generado gran debate, de allí pues ha quedado como patrón universal de alimentación en los primeros años la lactancia materna, pero muchas veces ésta práctica es abandonada. En este sentido, López, Martínez y Zapata (2013) en un estudio realizado refieren que entre los principales motivos para el abandono temprano de la lactancia materna, se encontraron:

La percepción sobre una inadecuada producción de leche, el rechazo por parte del bebé y las actividades maternas que impiden continuar con la lactancia; asimismo, llama la atención que para las madres menores de 14 años el principal motivo de abandono de la lactancia materna, fue la poca intención de lactar, mientras que para las mayores de 30 fue el estado de salud materno-infantil. (pág.9).

Estos motivos de abandono de la lactancia materna deben prestársele atención, debido a que se está privando al lactante del principal alimento por excelencia para su edad, como lo es la leche materna. Algunos de estos pueden ser abordados por especialistas ya que son aspectos psicológicos, a través de educación nutricional a las madres, instruyéndoseles en cuanto a los beneficios de leche materna y las consecuencias que puede traer el abandonar esta práctica.

Pero a pesar de la importancia de la alimentación del niño lactante la OMS (2016) refleja cifras en las que se observa que:

Son pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional en muchos

países, menos de un cuarto de los niños de 6 a 23 meses cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad.; en consecuencia se calcula que un 45% de las defunciones de niños se asocia a la desnutrición, además de esto, en 2013, a nivel mundial, 161.5 millones de niños menores de 5 años sufrían retraso del crecimiento y 50.8 millones presentaban un peso bajo para su talla; 41.7 millones tenían sobrepeso o eran obesos.(s/p).

De acuerdo a lo antes citado se refleja que, como consecuencia del poco número de niños que son alimentados de forma correcta, el 45% de las defunciones son resultado de desnutrición, al igual que cifras en las cuales se observa niños con retraso en su crecimiento, bajo peso para la talla, sobrepeso u obesidad, lo cual podría desencadenar diferentes patologías a corto o largo plazo en sus vidas. Por otra parte, Pérez y Abellas (2016) al analizar estudios previos de datos importantes encontraron:

Que en las curvas de crecimiento de los pequeños, alimentados exclusivamente con lactancia natural o fórmula de inicio, hay desaceleración a partir de los 4 a 6 meses, es decir, existen razones motivacionales para comenzar la alimentación complementaria a esta edad debido a que los sistemas y órganos han alcanzado un desarrollo madurativo suficiente. (pág.4).

Lo cual refleja que es de gran importancia comenzar la alimentación complementaria y de manera adecuada a partir de los 4 a 6 meses de vida, ya que en ésta edad el organismo ha alcanzado niveles de maduración suficiente presentando una desaceleración en el crecimiento. Asimismo, debido a la realidad socioeconómica del país que se ha visto incrementada hace cuatro años atrás, el número elevado de embarazo precoz, el rol de la mujer en el hogar y la necesidad de la incorporación de ésta en el campo laboral se ha hecho común que las madres abandonen la práctica de lactancia materna y comiencen a sustituirla por alimentos y no por fórmulas para lactantes que sería lo más adecuado, ya que éstas al presentar altos costos y poca disponibilidad en el mercado venezolano el acceso a ellas se

dificulta, por lo cual la alimentación complementaria adecuada sería una opción para alimentar de manera saludable al infante, dejando claro que, la lactancia materna siempre será la fuente alimenticia primaria y exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad.

Aunado a ello en el Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo, en el área de Pediatría asisten madres, padres y representantes con niños que presentan condiciones de nutrición precarias, debido a la situación que se vive en Venezuela. Razones que han sido motivo para llevar a cabo el presente estudio desde la modalidad de proyecto factible, en el cual se busca proponer un programa educativo que sea de fácil comprensión y que sirva de herramienta para las madres y representantes de los lactantes, sin dejar de promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y de manera complementaria hasta los 2 años de vida.

Formulación del problema

La alimentación complementaria constituye una base esencial en la vida del niño y del adulto; por lo tanto es de gran importancia procurar que ésta sea proporcionada al momento adecuado, con alimentos apropiados a la edad del lactante y cumpliendo con la higiene requerida. En este sentido se plantean las siguientes interrogantes: ¿Cuál es la necesidad de un programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad?, ¿Será viable o factible el diseño de un programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad, dirigido a madres, padres y representantes?, ¿Qué aspectos considerar en el programa educativo sobre alimentación complementaria que cumpla con los requerimientos del lactante?

Objetivos de la Investigación

Considerando las interrogantes planteadas se elaboraron los objetivos de investigación, que a continuación se presentan:

Objetivo General

Proponer un programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad, dirigido a madres, padres y representantes.

Objetivos Específicos

- Diagnosticar la necesidad de un programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad, dirigido a madres, padres y representantes.
- Elaborar una propuesta de programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad, dirigido a madres, padres y representantes.
- Determinar la viabilidad de un programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad, dirigido a madres, padres y representantes.

Justificación de la Investigación

La leche materna es el único alimento capaz de satisfacer las necesidades nutricionales en los primeros 4 a 6 meses de edad, pero llega un momento en el cual ésta no puede cubrir los requerimientos por sí sola o bien se abandona la práctica de lactancia materna por diversos factores, por

lo tanto es necesario comenzar con la alimentación complementaria de manera correcta para asegurar una nutrición completa en el lactante.

De esta manera, es importante señalar que la alimentación complementaria en el infante es un proceso necesario en el que el lactante va adquirir hábitos sanos y equilibrados que servirán para garantizar una alimentación saludable en los años venideras, y que se debe llevar de manera progresiva, y con el conocimiento adecuado en cuanto al tipo de alimento, qué cantidad y en qué forma presentar los alimentos a los niños y asegurar que éstos cubran con los requerimientos nutricionales de cada uno de ellos, motivo que lleva a realizar el presente estudio, procurando proponer un programa educativo sobre alimentación complementaria a partir del cuarto mes de vida dirigido a madres, padres y representantes el cual ofrece aportes en cuanto a lo teórico, debido a que el estudio llevó a la revisión de diferentes investigaciones que sustentan las variables de estudio, por cuanto se profundizó en el lactante a partir de los 4 meses y en la alimentación complementaria.

Desde lo metodológico, se abordó bajo la modalidad de proyecto factible en sus tres primeras fases con apoyo en investigación descriptiva.. Permitiendo aplicar un instrumento que llevó a diagnosticar la necesidad de la propuesta, y a su vez que los resultados obtenidos puedan servir para futuras investigaciones relacionadas con la temática de estudio

Además de un aporte práctico, donde desde los resultados se realiza una propuesta de programa educativo de alimentación complementaria a partir del cuarto mes de vida del lactante; en el que se señala la cantidad, tipos de alimentos y la forma correcta de comenzar la alimentación; permitiendo cubrir las necesidades nutricionales del niño cuando a la madre se le dificulte continuar con la lactancia materna exclusiva por factores de abandono nombrados anteriormente.

Y por último, un aporte social, ya que se busca beneficiar a las madres, padres y representantes que requieran hacer uso de este programa.

Aunado a esto, pareció interesante el estudio de esta problemática dado su relativo bajo costo y corta duración; y además de que los datos que se obtuvieron de este trabajo servirán de base para futuros estudios longitudinales con el fin de explorar más sobre la temática.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación

Entre algunas de las investigaciones relacionadas con la variable de estudio, se encuentran el de Fewtrell et al (2017) titulado *Alimentación complementaria. Posición de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*, cuyo propósito fue considerar el momento y el contenido de la alimentación complementaria, el método de alimentación, y las prácticas dietéticas específicas, y hacer recomendaciones basándose en los lactantes de término sanos de Europa. Por lo que señalan que la alimentación complementaria (AC), según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2002, es "el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cumplir con los requisitos nutricionales de los lactantes" por lo que "otros alimentos y líquidos son necesarios, junto con la leche materna". Los alimentos complementarios son necesarios tanto por razones nutricionales como de desarrollo, y son una etapa importante en la transición de la alimentación con leche a los alimentos familiares. Como método, se realizó una búsqueda sistemática de la literatura hasta el 11 de marzo de 2016. Cuando fue posible se utilizaron revisiones sistemáticas, meta-análisis y documentos de orientación producidos por sociedades o grupos científicos de expertos, incluyendo las guías y documentos de posición de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNPP). Entre sus aportes señalan que los alimentos complementarios son necesarios tanto por razones nutricionales como de desarrollo, y son una etapa importante en la

transición de la alimentación con leche a los alimentos familiares. La introducción de la AC coincide con una etapa de rápido crecimiento y desarrollo del niño, y las deficiencias o excesos de nutrientes pueden generar consecuencias a corto y largo plazo. Por lo que sugieren, que la introducción de una dieta adecuada y balanceada, en el momento indicado y con los métodos de preparación sugeridos, debe realizarse respetando las tradiciones de la población y las posibilidades de acceso a los diversos alimentos, lo cual ayudará a la progresión de las pautas alimentarias, con aporte de los nutrientes y energía necesarios para un óptimo desarrollo del niño.

Asimismo Fajardo (2016) quien indicó en su investigación *alimentación complementaria precoz y estado nutricional de lactantes*, que a partir de los 6 meses de edad, las necesidades de energía y nutrientes del lactante comienzan a exceder lo aportado por la leche materna; entonces, la alimentación complementaria se vuelve necesaria para cumplir con el aporte recomendado de energía y de nutrientes; si no se introducen a esta edad o administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se puede ver afectado. Por lo que se toma como objetivo principal de la investigación, relacionar la alimentación complementaria precoz y estado nutricional de lactantes en la consulta de pediatría del Hospital Central de Maracay 2016. Se realizó un trabajo de campo descriptivo, transversal con una población de 55 lactantes que asistieron a la consulta externa de pediatría. Donde se evidenció que en los individuos estudiados el 60.0% iniciaron alimentación complementaria antes de los seis meses, todos los que se encontraron con medidas antropométricas por debajo del percentil 3 iniciaron alimentación complementaria precoz, con mayor afectación los que tenían madres menor de 18 años y en el Graffar V, el 21.0% de la muestra que presentaron déficit nutricional iniciaron alimentación complementaria antes de los 4 meses de edad la cual se asocia con un aumento de la probabilidad de desnutrición a los 13 meses de edad. Por lo tanto recomienda: a) Iniciar la alimentación

complementaria, a los seis meses de edad que se haya logrado la madurez neurológica, gastrointestinal, inmunológica y renal, de forma oportuna que responda a las necesidades nutricionales del niño; b) Fomentar la educación sobre hábitos y conductas de la alimentación complementaria, y c) realizar más investigaciones, que estudien la repercusión de conductas alimentarias en la prevención del desarrollo del déficit nutricional.

Por otra parte Ribes et al (2015) realizaron un trabajo titulado *la introducción del gluten en la dieta del lactante. Recomendaciones de un grupo de expertos*, señalando que en el momento actual existe una situación de indefinición con respecto a cuándo, cómo y de qué forma debe introducirse el gluten en la dieta del lactante. Durante años ha prevalecido la recomendación del Comité de Nutrición de la ESPGHAN de evitar tanto la introducción precoz, antes de los 4 meses, como la tardía, después de los 7 meses, y de introducir el gluten gradualmente mientras el lactante recibe leche materna; se pretendía con ello reducir el riesgo de enfermedad celiaca, diabetes y alergia al gluten. Sin embargo, 2 estudios independientes publicados en octubre de 2014 en The New England Journal of Medicine llegan a la conclusión, que la edad de introducción del gluten no modifica el riesgo de desarrollar la enfermedad celiaca y que la lactancia materna a cualquier edad tampoco confiere protección. Por otra parte, según la evidencia científica disponible, en general, se recomienda la introducción de otros alimentos en la dieta distintos de la leche materna o de fórmula alrededor de los 6 meses de edad, ya que la introducción antes de los 4 meses se asociaría a un riesgo aumentado de enfermedades autoinmunes y alergia alimentaria, y retrasarla más allá de los 7 meses no tendría efecto protector. En este contexto, un grupo de expertos ha considerado pertinente elaborar un documento de consenso basado en las evidencias científicas actuales y establecer unas recomendaciones generales para la introducción del gluten en la práctica clínica diaria, entre las cuales tenemos: a) La LM es siempre recomendable, independientemente de su efecto sobre el desarrollo

de EC, b) Se recomienda introducir la AC preferentemente mientras se mantiene la LM y, c) Se desaconseja la introducción del gluten antes de los 4 meses de edad.

De igual manera López, Martínez y Zapata (2013) realizaron una investigación titulada *Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín* con el Objetivo: identificar los motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva en la ciudad de Medellín en el año 2011. Metodológicamente se realizó un estudio descriptivo transversal con una confianza del 95.0% para una muestra de 303 madres con hijos menores de 24 meses, inscritos en uno de los programas sociales de la alcaldía de Medellín que habían abandonado la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses. Se aplicó una encuesta estructurada sobre las madres, sus hijos, los motivos para el abandono temprano y los alimentos introducidos. Se describieron frecuencias y evaluaron asociaciones con los motivos y edad de abandono de la lactancia materna exclusiva. Como resultados se obtuvo que el abandono temprano ocurrió principalmente antes de los cuatro meses de edad del niño(a). Los principales motivos estuvieron relacionados con problemas para la producción láctea, rechazo del bebé, actividades u ocupaciones de la madre y el estado de salud. Los alimentos reportados como reemplazo o complementarios a la leche materna, fueron principalmente fórmulas infantiles. Por lo que concluyen: los motivos de abandono temprano han cambiado, porque ahora es clave que la madre tenga el conocimiento necesario para aumentar la producción de leche materna, la orientación por parte de personal entrenado y que le brinden a esta las condiciones laborales que se lo permitan.

Por último Macias, Rodríguez y Ronayne (2013), realizaron un estudio titulado *patrón de alimentación e incorporación de alimentos complementarios en lactantes de una población de bajos recursos*, donde se afirman que en Argentina existe escasa información sobre las características

de la alimentación complementaria. El objetivo del presente trabajo fue determinar la edad de inicio y tipo de alimentos complementarios incorporados en la dieta de lactantes, en una población de escasos recursos socio-económicos. El estudio se realizó en el Hospital Distrital de Forres, Santiago del Estero, utilizando una encuesta estructurada. Las madres en etapa de lactancia fueron interrogadas durante las visitas periódicas de control de sus hijos. Se realizaron 240 encuestas, a los 5, 6 y 7 meses post-parto. La edad promedio de incorporación de alimentos fue 4,4 meses. Los primeros alimentos incorporados fueron: puré (papa y zapallo, con caldo o sopa), sopa (con sémola) y manzana. El 51% de los niños consumía algún tipo de papilla a los 5 meses. A los 7 meses, el 94.0% consumían papillas y el 62,5% tomaban mamadera. El 40.0% comía el guiso familiar (verduras, fideos y carne) y el 30.0%, mate cocido con pan. Se observó incorporación temprana de alimentos con densidad energética y de nutrientes inadecuadas, ingesta precoz de gluten y elevada proporción de consumo de leche de vaca. Esta situación podría afectar el normal desarrollo de los niños de la población estudiada. Cabe destacar que en la población estudiada se observó un elevado porcentaje de niños alimentados desde su nacimiento con leche de vaca paralelamente a la lactancia materna, lo que originaría una disminución de la producción láctea y el consecuente desplazamiento de la lactancia natural.

Bases teóricas

Nutrición

La nutrición para Mayordomo (2017), es definida como “el conjunto de procesos mediante los que se transforma los alimentos en nutrientes. La nutrición comprende varias etapas, ingestión, masticación, deglución, digestión, absorción, metabolismo y excreción”. (s/p). A su vez la OMS refiere que:

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. (s/p).

De este modo la nutrición es una serie de procesos llevados a cabo en nuestro cuerpo los cuales permiten transformar el alimento ingerido en nutrientes necesarios para cumplir con otras funciones en el organismo. El llevar una nutrición adecuada permitirá tener una vida saludable tanto física como mental. Es por ello que el ser humano desde sus primeros días de vida comienza a recibir nutrición a través de su madre gracias a la lactancia materna para que todos estos procesos puedan realizarse en el organismo del niño.

Lactancia Materna

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2005) la lactancia materna “es el proceso de alimentación del niño o niña con la leche que produce su madre, siendo éste el mejor alimento para cubrir sus necesidades energéticas de macro y micro nutrientes. Es la forma más idónea de alimentación”. (pág.3). Sumado a lo expuesto también señala que:

La adaptación de la leche materna a las necesidades del bebé es total, ya que es un alimento completo que difícilmente podrá ser imitado por algún otro. Entre sus nutrientes se encuentra la taurina, un aminoácido esencial para el desarrollo del cerebro, también contiene lactosa (el azúcar propio de la leche) que favorece el desarrollo de la flora intestinal, a la vez que protege al bebé de ciertos gérmenes responsables de la gastroenteritis. En cuanto al contenido de grasa, ésta se adapta totalmente a las necesidades del niño o niña. Además, posee minerales y vitaminas para que el niño o niña no necesite de ningún aporte

suplementario mientras tome pecho. También ofrece anticuerpos, en especial la inmunoglobulina conocida como IgA, cuya función principal es evitar las infecciones en las vías respiratorias y digestivas. (pág.3).

Desde lo señalado, se puede decir que la leche materna es el único alimento rico en nutrientes como aminoácidos, carbohidratos, grasas, minerales y vitaminas que es capaz de suplir las necesidades del lactante y que es difícil ser sustituido por otro con las mismas características. En cuanto a los beneficios que aporta tanto para el niño como para la madre, la misma organización plantea que para el lactante la leche materna:

- Le aporta al bebé todos los nutrientes que necesita hasta los seis (6) meses de edad.
- Le aporta los nutrientes en cantidad y calidad apropiados.
- Le asegura un sano crecimiento y un desarrollo integral.
- Le proporciona un mejor desarrollo psicomotor, emocional y social.
- Fomenta las bases para una buena relación madre-hijo o hija.

De igual manera, para la madre:

- Protege su salud.
- Es práctica, porque está disponible siempre que el niño o niña lo solicite en cualquier lugar, a temperatura adecuada y no requiere preparación previa.
- Le ofrece la seguridad de que su hijo o hija crecerá sano y rodeado de mucho amor.
- Ayuda al restablecimiento de la salud general de los órganos reproductores femeninos.
- Previene la formación de quistes mamarios. (pág.4).

En este sentido, la leche materna ofrece beneficios tanto al niño y la niña como a la madre, en cuanto a la salud física, en crear una buena relación entre madre e hijo, la disponibilidad inmediata de ésta para el lactante sin requerir preparación previa; en la madre previene la formación de quistes en las mamas y le otorga seguridad de que su hijo tendrá un

crecimiento y desarrollo adecuado. Sin embargo llega un momento en que la leche materna ya por sí sola no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales en el niño para garantizar un desarrollo correcto y es por ello que se hace necesario comenzar con alimentación complementaria sin dejar de ofrecer la lactancia materna.

Alimentación Complementaria

La alimentación complementaria para Rojas y Guerrero (1999), es la “transición gradual de la alimentación exclusivamente láctea, ya sea con leche materna o fórmula láctea, a cualquier otro tipo de alimentos y describe el proceso por el cual el niño, se acostumbra gradualmente a la alimentación del adulto”. (pág.74).

Debido a la importancia de este proceso de transición en la cual el lactante se acostumbrará a lo que será su alimentación; los autores nombrados anteriormente señalan que “la introducción de una alimentación complementaria oportuna y adecuada es esencial para asegurar en el niño sus necesidades y requerimientos nutricionales y optimizar su desarrollo físico y psicoemocional”. (pág.74).

Aunque esta alimentación complementaria es de gran importancia para garantizar un desarrollo físico y psicoemocional en el lactante; cabe destacar que los mismos autores advierten que, “el inicio precoz de la alimentación complementaria presenta riesgos para el lactante por su inmadurez biológica en diferentes sistemas como el neuromuscular, digestivo, inmunológico y renal”. (pág.74). En este sentido es pertinente resaltar lo indicado por Moreno (2016) que:

Al iniciar la introducción de alimentos se debe elegir uno en específico, según la variedad que se tenga para dar durante cada mes. El alimento debe ser ofrecido al bebé dos veces al día por tres días continuos, para ir probando tolerancia y que las papilas gustativas se vayan adaptando al nuevo sabor. Así, es importante que los alimentos que introduzcas no contengan

azúcar, ni sal, ya que se requiere que el niño aprenda a reconocer los sabores y sus papilas gustativas se adapten progresivamente. Es normal que al principio exista mucho rechazo pero progresivamente se irá adaptando. (s/p).

Por esta razón es de gran importancia instruir a las madres y representantes sobre qué alimentos y de qué manera deben ser ofrecidos a los niños y niñas a través de herramientas de fácil comprensión.

Estado nutricional

El estado nutricional de un individuo se puede definir según Gimeno (2019), como el resultado entre el aporte nutricional que recibe y sus demandas nutritivas, debiendo permitir la utilización de nutrientes, mantener las reservas y compensar las pérdidas. (s/p).

Entendiéndose entonces que el estado nutricional de una persona va a ser el reflejo de su estado de salud y va a depender del aporte nutricional que éste reciba para cubrir los requerimientos nutricionales y mantener reservas nutricionales.

Programa Educativo

Para señalar lo que es un programa educativo, se hace necesario referir lo que es un programa, el cual según Fernández (2007), es un “planteamiento, escrito o no, mediante el cual se indican los pormenores del desarrollo que tendrá un acto o actividad” (pág.306). El mismo estará constituido de un conjunto de actividades articuladas y coordinadas en torno al objetivo del programa. En lo que corresponde a un programa educativo Pérez (2006) señala que:

Es un documento en el cual se integran los objetivos educativos a lograr, a través de determinados contenidos, con un plan de acción a su servicio, plan en el que incluimos evaluación de

carácter formativo como un elemento más, en sintonía y armonía con todos ellos. (pág.180).

Es decir, que es un documento basado en los objetivos educativos planteados mediante la información obtenida, con el cual se podrá accionar un plan para el logro de los objetivos propuestos y que a su vez permite ser evaluado.

Bases Legales

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)

Artículo 305. El Estado promoverá la agricultura sustentable como base estratégica del desarrollo rural integral a fin de garantizar la seguridad alimentaria de la población; entendida como la disponibilidad suficiente y estable de alimentos en el ámbito nacional y el acceso oportuno y permanente a éstos por parte del público consumidor. (...) proveniente de las actividades agrícola, pecuaria, pesquera y acuícola. La producción de alimentos es de interés nacional y fundamental para el desarrollo económico y social de la Nación.

Ley Orgánica de Protección al Niño, Niña y Adolescente (2007)

Artículo 30. Derecho a un nivel de vida adecuado. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a un nivel de vida adecuado que asegure su desarrollo integral. Este derecho comprende, entre otros, el disfrute de: a) Alimentación nutritiva y balanceada, en calidad y cantidad que satisfaga las normas de la dietética, la higiene y la salud (...)

Artículo 183. Principios. Las entidades de atención, teniendo en cuenta el principio del interés superior de niños, niñas y adolescentes, de acuerdo al contenido del programa que desarrollen, deben ajustar su funcionamiento a lo siguiente:(...) f) Garantía de alimentación y vestido, así como de los objetos necesarios para su higiene y aseo personal.

Artículo 46. Lactancia materna. El Estado, las instituciones privadas y los empleadores o las empleadoras proporcionarán condiciones adecuadas que permitan la lactancia materna, incluso para aquellos o aquellas hijos e hijas cuyas madres estén sometidas a medidas privativas de libertad.

Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras Protección a la maternidad (2012)

Artículo 331. En el proceso social de trabajo y desde cada entidad de trabajo, se protegerá la maternidad y se apoyará a los padres y las madres en el cumplimiento de criar, formar, educar, mantener y asistir a sus hijos e hijas.

Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna (2007)

Derecho a la lactancia materna

Artículo 2. Todos los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna en condiciones adecuadas que garanticen su vida, salud y desarrollo integral. Asimismo, las madres tienen derecho a amamantar a sus hijos e hijas, con el apoyo y colaboración de los padres. Los padres y demás integrantes de la familia deben alentar y brindar todo el apoyo necesario para que las madres puedan ejercer el derecho humano previsto en este artículo en beneficio de sus hijos e hijas.

Materiales sobre lactancia materna y alimentación complementaria

Artículo 9. Los materiales impresos, auditivos, visuales o audiovisuales sobre lactancia materna o alimentación de niños y niñas lactantes deben ser en idioma de uso oficial, bien sea castellano o indígena (...)

Prohibiciones sobre materiales de la lactancia materna y alimentación

Artículo 10. Los materiales impresos, auditivos, visuales o audiovisuales sobre lactancia materna o alimentación de niños y niñas lactantes no deberán:

- Dar la impresión o suscitar la creencia de que un producto designado es equivalente, comparable o superior a la leche materna o a la lactancia materna (...)
- Desestimular la práctica de la lactancia materna (...)

Medidas especiales de promoción

Artículo 11. A las madres de niños y niñas con menos de seis meses de edad que no estén amamantando por motivos injustificados, se les deberá motivar, enseñar y apoyar a como re-lactar a su hijo o hija (...)

Protección en situaciones de emergencia y desastres

Artículo 22. En situaciones de emergencia y desastres debe asegurarse la lactancia materna como medio idóneo para garantizar la vida, salud y desarrollo integral de los niños y niñas. En estos casos, debe garantizarse espacios adecuados para facilitar el amamantamiento oportuno. Sólo se podrá distribuir sucedáneos para el consumo de los niños y niñas cuando la lactancia materna sea imposible, siempre que se cuente con la debida supervisión de personal de salud (...)

Definición de las variables

Lactancia Materna

Definición conceptual: El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2005), determina que la lactancia materna “es el proceso de alimentación del niño o niña con la leche que produce su madre, siendo éste el mejor alimento para cubrir sus necesidades energéticas de macro y micro nutrientes. Es la forma más idónea de alimentación. (pág.3).

Definición operacional: Se entiende entonces como lactancia materna un proceso mediante el cual el niño o niña se alimenta a través de la leche que produce naturalmente su madre, siendo ésta el mejor alimento, asegurando cubrir los requerimientos nutricionales.

Lactante

Definición conceptual: Según Montero (S/F), es el “período inicial de la vida extrauterina durante el cual el bebé se alimenta de leche materna. Niño mayor de 28 días de vida hasta los 2 años de edad”.

Lactante Menor: El bebé se alimenta de leche materna desde los 29 días de nacido hasta los 12 meses de edad.

Lactante Mayor: El bebé se alimenta de leche materna desde los 12 meses de edad hasta los 24 meses de edad. (s/p).

Definición operacional: se denomina lactante al niño que se alimenta de leche materna, y son clasificados según los meses de edad.

Tipos de Lactancia

Lactancia Materna Exclusiva

Definición conceptual: Según el INN (S/F) significa que el niño recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y jarabes. (s/p).

Definición operacional: Entendiéndose entonces por lactancia materna exclusiva cuando el niño recibe únicamente como alimento la leche materna, sin consumir ni siquiera agua exceptuando vitaminas y medicamentos.

Lactancia Materna Predominante

Definición conceptual: El INN (S/F) señala que es cuando la fuente predominante de alimentación del lactante es la leche materna. El niño puede recibir ciertos líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta) sales de rehidratación oral, gotas o jarabes (vitaminas y medicamentos). (s/p).

Definición operacional: Es decir que lactancia materna predominante es cuando la leche materna es la fuente de alimentación predominante y además el lactante recibe otros líquidos como agua, jugos de fruta y medicamentos.

Lactancia Materna

Definición conceptual: El INN (S/F) señala que es cuando el niño recibe leche materna pero a su vez recibe otros tipos de alimentos líquidos o sólidos incluyendo preparaciones de fórmulas lácteas u otro tipo de leches.(s/p).

Definición operacional: Entendiéndose entonces por lactancia materna cuando el niño recibe otros tipos de alimentos diferentes a la leche materna pero sin dejar de consumir ésta.

Alimentación Complementaria

Definición conceptual: Para Rojas y Guerrero (1999) la alimentación complementaria es la “transición gradual de la alimentación exclusivamente láctea, ya sea con leche materna o fórmula láctea, a cualquier otro tipo de alimentos y describe el proceso por el cual el niño, se acostumbra gradualmente a la alimentación del adulto”. (pág.74).

Definición operacional: Es decir, la alimentación complementaria es una evolución de la alimentación que recibe el niño los primeros meses de vida, a expensas de leche materna o fórmulas lácteas y este proceso

permitirá que el lactante se acostumbre progresivamente a la alimentación del adulto.

Dilución de la leche de vaca: Según Calderón (2017):

Adecuada: Para niños menores de 6 meses, en polvo debe ser al 6.75% y líquida al $\frac{1}{2}$. Para niños mayores a 6 meses, en polvo debe ser al 9% y líquida al $\frac{2}{3}$. Para mayores de 1 año dilución normal, al 13.5% y líquida sin dilución.

Diluida: Se refiere cuando la leche se encuentra por debajo de los parámetros de dilución adecuados.

Concentrada: Se refiere cuando la leche se encuentra por arriba de los parámetros de dilución adecuados. (s/p).

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Para llevar a cabo la presente investigación se ha considerado un marco metodológico que procura dar sentido de coherencia a los procedimientos inherentes al estudio. En este sentido se considera que el marco metodológico permitió describir y analizarlos supuestos teóricos del estudio y de recolectar los datos que sean necesarios. A su vez, se incorporan los aspectos referidos al tipo de investigación, la población estudiada, las técnicas e instrumentos que se emplearán en la recolección de los datos.

Tipo de Investigación

La presente investigación se desarrolló bajo la modalidad de Proyecto Factible, que de acuerdo con el Manual de Trabajo de Grado de Especialización, Maestría y Tesis Doctorales de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador, UPEL, (2016) consiste en:

La investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales; puede referirse a la formulación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos... (pág.21).

Así mismo con apoyo en investigación Descriptiva que según Hernández, Fernández y Baptista (2010) “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de

personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis". (pág.80). Para efecto de la investigación el proyecto se estructuró en tres fases: a) Diagnóstico, b) Diseño y c) Factibilidad.

a.- Fase del Diagnóstico

En tal sentido, la investigación en la fase diagnóstico, se planteó como objetivo: Diagnosticar la necesidad de un programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad, dirigido a madres, padres y representantes. Resultados que se pueden apreciar en el Capítulo IV.

Diseño de la Investigación

El estudio corresponde con un diseño no experimental, donde no se manipulan las variables de estudio, y a la vez de campo, que según Arias (2006), "consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna" (pág. 31); efectivamente los datos requeridos se obtuvieron directamente en el espacio donde se llevó a cabo el estudio.

Población y Muestra

La población según Arias (2006), "es el conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación". (pág. 81). La misma estuvo conformada por las madres, padres y representantes que asistieron al área de Pediatría del Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo, Valera, estado Trujillo, con niños mayores de cuatro meses hasta 11 meses y 29 días.

En cuanto a la muestra, Hernández, Fernández y Baptista (2010) señalan que es un subconjunto de sujetos procedentes de la población. En tal sentido, se realizó la selección aleatoria de las madres en la cual se tomó en consideración a 38 madres, padres y representantes que asistieron al área de Pediatría del Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo durante los meses de Marzo y Abril de 2019; que aceptaron el consentimiento informado y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión enunciados seguidamente.

Criterios de Inclusión

- Encuestados que accedan a participar voluntariamente en la investigación.
- Madres, padres y representantes de lactantes menores (de 4 meses hasta 11 meses y 29 días).
- Lactantes que no presenten enfermedades crónicas como endocrinopatía, cardiopatía, nefropatía, entre otras.

Criterios de Exclusión

- Lactantes con enfermedades crónicas.
- Algún otro familiar de segundo grado de consanguineidad para ser encuestado.
- Encuestados que no completen el formulario.

Técnica e instrumento

La técnica según Arias (2006), es el procedimiento o forma particular de obtener datos o información (pág. 67). Para efecto de éste estudio se consideró la técnica de la encuesta la cual según Anduiza, Crespo y Méndez

(2009) “tiene como principio básico preguntar a los sujetos acerca del tema o temas investigados” (pág. 89).

El instrumento según Chávez (2001) “son todos aquellos medios de los que se vale el investigador para recolectarla información que desea” (pág. 173). Para efecto del mismo se aplicó un cuestionario, estructurado en el libro de CANIA (2010), tomo II (pág.1277-1281) (ver anexo A), como medio para la recolección de la información en la fase de diagnóstico, el cuestionario es una técnica de investigación social que permite aplicarse a un determinado número de personas, compuesto por preguntas que consisten en la obtención de datos de interés sociológico. En este caso, se basó en determinar el estado nutricional de los niños a través de medidas antropométricas, como peso y talla. Según Izarra (S/F)

Para la determinación del peso en niños menores de dos años se utiliza generalmente la balanza pediátrica, también se puede pesar la madre cargando al niño en una balanza para adultos y al resultado obtenido restarle el peso de la madre, para niños mayores de dos años se puede utilizar una balanza para adultos. (s/p).

Cabe señalar que en esta investigación el peso de los individuos se obtuvo por diferencia con el peso de la madre, en el caso de la talla el mismo autor señala que “en niños menores de dos años se mide la talla acostados preferiblemente en un infantometro; de los dos años en adelante se mide la talla de pie”. (s/p), señalando así que la talla de los niños evaluados se obtuvo con la ayuda de un infantometro o tallimetro.

Luego para la determinación del estado nutricional se utilizaron las gráficas del Instituto Nacional de Nutrición (ver anexo B) para realizar la combinación de indicadores peso para la edad, que según lo señalado por la autora antes mencionada, este indicador “es la relación obtenida entre el peso en un individuo a una determinada edad y el valor de referencia para su misma edad y sexo”. (s/p).

Además, se plantean el Proyecto en tres fases: la primera fase del diagnóstico, para el cual se pretende “Diagnosticar la necesidad de un programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad, dirigido a madres, padres y representantes”.

Y la segunda fase, la del diseño, donde se desea “Elaborar una propuesta de programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad, dirigido a madres, padres y representantes”.

La tercera fase de factibilidad, que permite “Determinar la viabilidad de un programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad, dirigido a madres, padres y representantes”.

Proceso de análisis de los datos

Luego de aplicar el instrumento, la información recolectada se organizó, procesó y analizó a través del paquete estadístico “Statistical Package for the Social Science (SPSS) V: 20.0 de IBM. Siendo éstos tabulados y analizados mediante tablas y algunas medidas a través de la estadística descriptiva.

b.- Fase del Diseño

Una vez obtenido los resultados del diagnóstico se procedió a la elaboración del diseño de la propuesta, dando cumplimiento así al objetivo 2, Elaborar una propuesta de programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad, dirigido a madres, padres y representantes.

Para efecto de la propuesta, la investigadora se valió de la información recolectada, así como de bibliografías y sus conocimientos obtenidos en la

Carrera de Nutrición y Dietética. Propuesta que se puede visualizar en el Capítulo VI.

c.- Fase de la Viabilidad o Factibilidad

En lo que corresponde a la viabilidad o factibilidad de la propuesta, la cual se incluyó al final de la propuesta, dando cumplimiento así al objetivo 3, Determinar la viabilidad de un programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad, dirigido a madres, padres y representantes.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En el siguiente capítulo se presentan los resultados obtenidos a través de la aplicación de la encuesta a las madres, padres y representantes de los lactantes entre los 4 meses y 11 meses con 29 días que asistieron al área de pediatría del Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo de Valera, durante los meses de Marzo y Abril del 2019. Así como también el análisis y discusión de cada uno de los resultados.

Cabe señalar que el instrumento utilizado se basó en, determinar el estado nutricional del niño, conocer antecedentes dietéticos de importancia, tipo de alimento lácteo recibido actualmente, dilución de la leche consumida, proceso de alimentación complementaria y estrato social familiar.

Tabla 1. Distribución de la población según la edad cronológica, tipo de lactancia recibida, tipo de alimento lácteo recibido y dilución de la leche actual.

		Edad cronológica				Total	
		4 - 6		>6			
		No.	%	No.	%	No.	%
Tipo de lactancia recibida	Lactancia Materna Exclusiva	1	2.6			1	2.6
	Lactancia Materna Predominante	1	2.6			1	2.6
	Lactancia Materna	12	31.6	11	28.9	23	60.5
	No recibe Lactancia Materna	2	5.3	11	28.9	13	34.2
	Continuación	2	5.3	1	2.6	3	7.9
	Completa	9	23.7	15	39.5	24	63.2
	Descremada			1	2.6	1	2.6
	Leche de vaca líquida	1	2.6	2	5.3	3	7.9
	Ninguna	4	10.5	3	7.9	7	18.4
Dilución de la leche actual	Adecuada	3	7.9			3	7.9
	Diluida	3	7.9	12	31.6	15	39.5
	Concentrada	6	15.8	7	18.4	13	34.2
	No consume	4	10.5	3	7.9	7	18.4

Fuente: Cuestionario en CANIA (2010), Tomo II. Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo. Valera, Trujillo. Marzo-Abril 2019.

En la tabla 1 se observa que el 60.5% de los lactantes reciben lactancia materna, de los cuales el 31.6% se encuentra en edades comprendidas entre 4 y 6 meses, edad en la cual deberían estar recibiendo lactancia materna exclusiva. Además se refleja un porcentaje importante de niños (34.2%) que ya no reciben lactancia materna siendo una población menor al año, y del cual el 5.3% están en el rango de edad de 4 a 6 meses. Por otra parte la tabla presenta el tipo de fórmula que recibe la población estudiada, siendo la leche completa la más consumida reflejando un 63.2%, del cual el 7.9% consume leche líquida de vaca, de tipo descremada un 2.6% y un 18.4% no está recibiendo ningún tipo de fórmula. Aunado a esto se pudo observar la dilución de la leche consumida por los infantes, hallando en su mayoría (39.5%) que la

consumen de forma diluida, un 34.2% está consumiendo la leche de manera concentrada y solo el 2.9% la consume de forma adecuada.

Por las cifras presentadas en cuanto al tipo de lactancia recibida en la población, se hace necesario resaltar que la OMS (2019) afirma que en los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna, se trata de esta manera lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. Así como también refiere que los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde. (s/p).

De igual manera es importante señalar lo dicho por Lázaro y Martín (S/F)

Cuando no sea posible la alimentación al pecho materno se realizará con las llamadas leches para lactantes o fórmulas de inicio. Son elaboradas a partir de la leche de vaca, se han realizado modificaciones para asemejarlas a la leche materna y de ésta manera sustituyen a la leche materna para los lactantes sanos durante los 6 primeros meses de vida y pueden ser utilizadas junto a otros alimentos hasta el año de vida o sustituidas por preparados de continuación a partir de los 6 meses. (pág. 290).

Postura que no corresponde al comportamiento de la población estudiada, ya que el tipo de fórmula consumida en su mayoría fue la leche completa y según lo afirmado por Cortina (2018), la leche de vaca no modificada no es conveniente para la alimentación infantil, ya que contiene elementos que puede ser dañinos en la nutrición, como exceso de proteínas y electrolitos; y es insuficiente en hierro y vitaminas. (s/p).

De igual manera Brooke (2015) señala que no es beneficioso ofrecer leche de vaca antes del año, porque el tubo digestivo de los lactantes no está suficientemente maduro y esa leche puede predisponer al lactante a alergias, sangrado gastrointestinal y anemia

por deficiencia de hierro. (s/p). Ésta anemia por deficiencia de hierro se debe según Rojas y Guerrero (1999) a que los lactantes absorben aproximadamente el 50% del hierro de la leche materna y por el contrario solo absorben el 10% del hierro contenido en la leche de vaca. (s/p).

Tabla 2. Edad de incorporación a la alimentación complementaria y edad de incorporación a la mesa familiar.

Edad de incorporación		Edad cronológica				Total	
		4 - 6		>6			
		No.	%	No.	%	No.	%
A la mesa familiar	3-6	6	15.8	16	42.1	22	57.9
	>6			5	13.2	5	13.2
	Aún No	10	26.3	1	2.6	11	28.9
A la alimentación complementaria	1-6	12	31.6	20	52.6	32	84.2
	>6			2	5.3	2	5.3
	Aún No	4	10.5			4	10.5

Fuente: Cuestionario en CANIA (2010), Tomo II. Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo. Valera, Trujillo. Marzo-Abril 2019.

En la tabla 2 se observa que la mayor parte de la población en estudio (84.2%) inició la alimentación complementaria entre 1 y 6 meses de edad, de los cuales el 31.6% se encuentra en el grupo de edad entre los 4 a 6 meses y el 52.6% en el grupo de mayores a 6 meses; solo el 5.3% inició a partir de los 6 meses y se encuentra en el grupo de edad mayor a 6 meses. El 10.5% de los lactantes aún no han comenzado con la alimentación complementaria ubicándose en el grupo de edad entre los 4 a 6 meses. De igual manera se presenta que el 57.9% de los lactantes han sido incorporados a la mesa familiar, de los cuales el 42.1% se encuentra en edades mayor a 6 meses y el 15.8% entre los 4 a 6 meses. Un 13.2% fue incorporado a partir de los 6

meses encontrándose en el grupo de edad mayores a 6 meses y el 28.9% aún no están incorporados a la mesa familiar.

Se puede observar cifras importantes que reflejan que hay casos en los cuales los lactantes han iniciado la alimentación complementaria antes de los 4 meses sin tener la madurez que se considera necesaria en el organismo para realizar diferentes procesos metabólicos y cumplir diferentes funciones según lo señalado por Rodríguez y Larrosa (2013) los cuales afirman que “la función renal y gastrointestinal es suficientemente madura a la edad de cuatro meses para metabolizar los nutrientes que proporciona la alimentación complementaria”. (pág. 71). De la misma forma Pérez y Abellas (2016) aseveran que “el lactante a partir de los 4 a 6 meses ha adquirido una madurez en los procesos de digestión y absorción intestinal, en la actividad de las enzimas del metabolismo intermediario y de la función excretora renal” (pág.4); posturas que no son conocidas o tomadas con importancia por la población ya que se encontraron casos donde los lactantes recibieron alimentación complementaria antes de los 4 meses de edad.

Asimismo, es importante señalar que más de la mitad de los lactantes han sido incorporados a la mesa familiar, es decir que ya consumen todo tipo de alimento, siendo menores a un año y sin cumplir con lo recomendado, de que la alimentación complementaria debe ser gradual y progresiva; y tomando en consideración lo que recomiendan Lázaro y Martín (S/F):

“Utilizar fruta fresca e ir introduciéndolas una a una a partir de los 4-6 meses en cortos periodos, para comprobar su tolerancia. Las verduras se ofrecerán a partir de los 6 meses en forma de puré, evitando los primeros meses las espinacas, col y remolacha que pueden ser causa de metahemoglobinemia por su contenido en nitratos; pueden ser introducidas a partir de los 12 meses. La carne aporta fundamentalmente proteínas suele ofrecerse en primer lugar el pollo por ser más digerible, de forma cocida y triturado con la verdura. Posteriormente se introduce el cordero, y

después la ternera. El huevo no debe introducirse hasta los diez meses, comenzando por yema y la clara cocida se dará a partir del año. Las legumbres pueden ofrecerse en el último trimestre, hacia el año. El pescado no se introducirá antes de los 8 meses por su potencial poder antigénico. La leche de vaca entera sin modificar no debe ofrecerse antes de los 12 meses”. (pág. 292).

De esta manera se garantiza que el proceso de alimentación sea un proceso de transición de la lactancia materna hacia los alimentos sólidos y líquidos diferentes a la leche materna.

Tabla 3. Diagnóstico nutricional y diagnósticos médicos según el tipo de lactancia recibida.

		Tipo de lactancia recibida								Total	
		Lactancia Materna Exclusiva		Lactancia Materna Predominante		Lactancia Materna		No recibe Lactancia Materna			
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Estado Nutricional	Déficit leve					1	2.6	3	7.9	4	10.5
	Riesgo de déficit					2	5.3	2	5.3	4	10.6
	Normal		2.6	1	2.6	18	47.4	8	21.1	28	73.7
	Riesgo de exceso					2	5.3			2	5.3
Diagnóstico Médico	Respiratorios					10	26.3	10	26.3	20	52.6
	Infecciosos					4	10.5	2	5.3	6	15.8
	Gastrointestinales		2.6			6	15.8			7	18.4
	Otros			1	2.6	3	7.9	1	2.6	5	13.1

Fuente: Cuestionario en CANIA (2010), Tomo II. Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo. Valera, Trujillo. Marzo-Abril 2019.

En la tabla 3 se observa que el 73.7% de los lactantes estudiados se encuentran dentro de la norma según el indicador peso para la edad, el cual es el más relevante en niños menores a dos años, de los cuales el 47.4% se encuentra recibiendo lactancia materna, el 21.1% no está recibiendo

lactancia materna, un 2.6% se encuentra recibiendo lactancia materna exclusiva y otro 2.6% lactancia materna predominante. La población que se encuentra en riesgo de déficit es el 10.6%, 2 de éstos lactantes es decir el 5.3% está recibiendo lactancia materna y el otro 5.3% no se encuentra recibiendo lactancia materna.

Asimismo el 10.6% se ubica en déficit leve, de los cuales el 7.9% de los niños no reciben lactancia materna y el 2.6% se encuentra recibiendo lactancia materna; el 5.3% restante se encuentra clasificado según el indicador en riesgo de exceso de los cuales se encuentran recibiendo lactancia materna. De la misma manera se presenta los diagnósticos médicos encontrados en el estudio, siendo los respiratorios los que se encontraron en el mayor número de niños es decir el 52.6%, de los cuales un 26.3% estaba recibiendo lactancia materna y el otro 26.3% no estaba recibiendo lactancia materna; el 15.8% presentó infecciones de los cuales el 10.5% estaba recibiendo lactancia materna y el 5.3% no recibía lactancia materna, por último el 15.8% reflejó problemas gastrointestinales de los cuales todos estaban incluidos en el grupo que recibía lactancia materna.

Al comparar estos resultados con la investigación de Acosta (2011) titulado *Estado nutricional y características relacionadas en menores de cinco años en la ciudad de Bogotá, 2009*; se puede observar que el 21.4% de los lactantes que recibían lactancia materna complementaria y el 26.1% que recibe lactancia materna exclusiva se encuentran dentro de la norma.(pág.86). Estudio que al compararlo con ésta investigación demuestra que la población que recibe lactancia materna complementaria o lactancia materna como es nombrada en ésta investigación, es menor a la presentada en éste trabajo, pero en el caso de la población que recibe lactancia materna exclusiva es mayor la presentada en el trabajo de investigación comparativo, lo que quiere decir que la población estudiada no conoce o no da la importancia que requiere la lactancia materna.

De la misma manera se compara ésta investigación con el trabajo de Angulo (2015) titulado *Lactancia artificial en niños menores de seis meses de edad con diarrea aguda. Hospital “Dr. Jorge Lizarraga”. Chet. Valencia. 2014-2015*; el cual presenta que:

El tipo de lactancia más frecuente fue la lactancia artificial representando un 53.4%, un 75.3% de los lactantes estudiados presentaba alguna patología adicional a la diarrea aguda, predominando entre los que recibieron lactancia artificial el 46.5% y el 23.2% alimentación complementaria. La patología más frecuente asociada a los lactantes con diarrea fue la dermatitis con un 54.7%, seguida de la desnutrición con el 35.6% y en tercer lugar la infección respiratoria representado por el 31.5%. (pág. 11).

Al comparar las dos investigaciones se puede observar que en el presente estudio la mayoría de los lactantes estaban recibiendo lactancia materna, es decir estaban recibiendo también alimentos sólidos y/u otro tipo de leche encontrándose la población entre los 4 a 6 meses, y la otra parte no estaba recibiendo lactancia materna; y en el estudio comparativo la mayor parte de la población estaba recibiendo lactancia materna artificial y la otra parte alimentación complementaria, pudiendo entonces concluir que las enfermedades presentadas por los lactantes pueden ser consecuencia de no estar recibiendo la lactancia adecuada y de este modo no aprovechar los beneficios que la lactancia materna ofrece según señala la Organización Panamericana de la Salud y OMS (S/F) que:

La leche materna está llena de inmunoglobulinas que protegen a los bebés contra la neumonía, la diarrea, las infecciones del oído y el asma, entre otras enfermedades. Además la lactancia materna en la primera hora de vida reduce en casi 20% el riesgo de morir en el primer mes ya que los recién nacidos tienen un sistema inmunológico muy inmaduro y son altamente vulnerables pero la leche materna ofrece protección inmediata, así como estimulación del sistema inmunológico. (s/p).

Tabla 4. Tipo de lactancia recibida, edad de incorporación a la alimentación y edad de incorporación a la mesa familiar según el estrato social de la población.

		Estrato Social										Total	
		Alto		Medio-Alto		Medio-Bajo		Obrero		Marginal			
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Tipo de lactancia recibida	L. M. Exclusiva					1	2.6					1	2.6
	L. M. Predominante							1	2.6			1	2.6
	Lactancia Materna	1	2.6	1	2.6	5	13.2	10	26.3	6	15.8	23	60.5
	No recibe L. M.					4	10.5	8	21.1	1	2.6	5	34.2
E.I. a la alimentación complementaria	1-6	1	2.6	1	2.6	8	21.1	16	42.1	6	15.8	32	84.2
	>6					1	2.6			1	2.6	2	5.2
	Aún No					1	2.6	3	7.9			4	10.5
E.I. a la mesa familiar	3-6	1	2.6	1	2.6	5	13.2	10	26.3	5	13.2	22	57.9
	>6					2	5.3	2	5.3	1	2.6	5	13.2
	Aún No					3	7.9	7	18.4	1	2.6	11	28.9

Fuente: Cuestionario en CANIA (2010), Tomo II. Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo. Valera, Trujillo. Marzo-Abril 2019.

En la tabla 4 se presenta el estrato social de la población estudiada según la Escala Graffar, siendo el 50% de los padres o representantes clasificados en obreros, el 26.3% en el estrato social medio-bajo, en la clase social marginal se encuentra el 18.4%, un 2,6% en medio- alto y otro 2.6% en estrato social alto. También se observa el tipo de lactancia recibida por los lactantes según la clase social, siendo la lactancia materna la más frecuente en la población con un 60.5%, de los cuales el 26.3% pertenece a la clase obrera, el 15,8% representado por el estrato social marginal, el 13.2% a la clase social medio-bajo, el 2.6% al estrato medio-alto y el otro 2.6% a la clase alta. De igual manera se presenta que el 34.2% de la población en estudio no está recibiendo lactancia materna del cual el 21.1% se encuentra ubicado en el estrato social de obreros, el 10.5% pertenece a la clase medio-

bajo y el 2.6% a al grupo social clasificados según la escala como marginales.

Por otra parte, la tabla presenta la edad de incorporación a la alimentación complementaria según el estrato social, siendo en su mayor parte de la población estudiada (84.2%) la edad de incorporación entre los 1 a 6 meses, del cual el 42.1% pertenece a la clase obrera, el 21.1% al estrato social medio-bajo, el 15.8% pertenece a la clase social marginal, el 2.6% a la media alta y el otro 2.6% a la clase alta. Asimismo el 5.2% incorporó a sus lactantes a la alimentación complementaria luego de los 6 meses de edad, de los cuales el 2.6% está representado por el estrato medio-bajo y el otro 2.6% a la clase social marginal. El 10.5% de la población restante aún no ha sido incorporado a la alimentación.

Por último, se puede visualizar en la tabla, la edad de incorporación a la mesa familiar de los lactantes, siendo la edad que presenta mayor número de población (57.9%) la de desde los 3 a 6 meses, de los cuales el 26.3% pertenece a la clase obrera, un 13.2% al estrato social marginal y otro 13.2% a la clase media-bajo; el 2.6% a la media alta y el otro 2.6% a la clase alta. Del mismo modo se observa que el 13.2% de los lactantes fueron incorporados a partir de los 6 meses de edad, un 5.3% perteneciente a la clase obrera y otro 5.3% al estrato medio-bajo; y un 2.6% a la clase social marginal. También se presenta que el 28.9% de los lactantes no han sido incorporados a la mesa familiar, siendo el 18.4% representado por la clase obrera, el 7.9% al estrato medio-bajo y el 2.6% a la clase marginal según la escala.

Al observar cómo se comporta la población según el estrato social al que pertenece se puede concluir que la población perteneciente a los estratos sociales medio bajo, obrero y marginal son los que tienen mayores carencias tanto económicas como educativas, lo cual pudiese ser lo que influye en el comportamiento de la misma en cuanto, al tipo de lactancia que

ofrece a sus hijos, el tiempo en que iniciaron la alimentación complementaria y en el tiempo en que incluyeron a la mesa familiar a sus niños.

En este sentido y con relación a los resultados obtenidos a través de ésta investigación surge la idea de proponer un programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad dirigido a madres, padres y representantes el cual se espera sea una guía y apoyo para ellos. Del mismo modo para que este programa sirva como una herramienta para instruir a los responsables de la alimentación de los niños y de la población en general que desee conocer el tema de una manera de fácil comprensión, aclarando dudas de cuándo es recomendable comenzar con la alimentación complementaria, que tipo de alimentos y de qué manera ofrecerlos.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos, a su respectivo análisis e interpretación y así como de los objetivos planteados en la investigación se puede concluir que:

Existe la necesidad de un programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad ya que se pudo conocer que:

- Solo el 2.6% de la población de 4 a 6 meses de edad practica lactancia materna exclusiva y el 34.6% ya no recibe lactancia materna.
- El 31.6% de los niños comenzaron la alimentación complementaria entre 1 a 6 meses y el 57.9% ya ha sido incorporado a la mesa familiar de los cuales el 15.8% se encuentra entre los 4 a 6 meses de edad.
- Un 10.6% de la población estudiada presenta un estado nutricional en riesgo de déficit y otro 10.6% presenta déficit leve según el indicador peso para la edad.
- La mitad de la población se encuentra clasificada según la escala Graffar en clase obrera.

Con la elaboración del programa educativo se procura cubrir la necesidad encontrada en la población estudiada, de contar con una guía para madres, padres, representantes y todo personal encargado de la alimentación de los niños, sobre la alimentación complementaria a partir de

los 4 meses de edad. Y de esta manera ofrecer educación nutricional para garantizar una alimentación saludable en los infantes así como mejorar hábitos alimentarios que ya existan que obstaculicen una calidad de vida.

Una vez analizadas las diferentes viabilidades; técnica, social, económica y legal se consideró que la propuesta del programa educativo es viable para ser puesta en práctica.

Recomendaciones

- Gestionar ante las autoridades encargadas de regir las políticas educativas de la Universidad la factibilidad de realizar una serie de visitas por las diferentes entidades e instituciones educativas que trabajan con el área de estudio de la propuesta, divulgando las ventajas que ofrece el manual, por parte de especialistas en el área.
- Presentar la propuesta a la Universidad, para que estudien la posibilidad de avalar el proyecto, y de esta manera introducirlo como una propuesta de formación al cual tenga acceso la comunidad estudiantil, profesional en el área y a la comunidad en general, para recibir información actualizada en relación a la nutrición de los niños y niñas.
- Se recomienda mantener la lactancia materna de forma exclusiva durante los 6 primeros meses de edad y, a partir de ese momento, añadir de forma paulatina el resto de los alimentos, manteniendo la lactancia materna a demanda todo el tiempo que madre e hijo deseen preferiblemente hasta los 2 años.
- Es recomendable que la introducción de alimentos complementarios no se hagan antes de las 17 semanas ni se retarde después de las 26 semanas de edad (cuatro a seis meses).
- La introducción a la alimentación complementaria es un proceso gradual. Inicialmente las porciones han de ser pequeñas y se aumentan

progresivamente conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna.

- Se recomienda introducir los alimentos de uno en uno, con intervalos de unos días, para observar la tolerancia y la aceptación y no añadirles sal, azúcar ni edulcorantes, para que el bebé se acostumbre a los sabores naturales de los alimentos.
- Es necesario ofrecer educación nutricional a la población en general, pero especialmente a madres, padres y representantes ya que son los encargados de enseñar hábitos saludables desde temprana edad y de esta manera garantizar que estos niños practiquen éstos hábitos a lo largo de su vida.
- Es importante que el personal profesional en el área de la nutrición se aboque atender a la población más vulnerable que presenta problemas nutricionales debido a la situación socioeconómica que presenta el país.
- Se sugiere que este programa educativo se presente en instituciones educativas y de salud de la misma manera que sea difundida a través de redes sociales y de internet para que sea accesible a la población en general.

CAPÍTULO VI

DISEÑO DE LA PROPUESTA

Introducción

La alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales del lactante y por ende es necesario añadir otros alimentos y líquidos además de la leche materna. Según Rojas y Guerrero (1999), la alimentación complementaria es la “transición gradual de la alimentación exclusivamente láctea, ya sea con leche materna o fórmula láctea, a cualquier otro tipo de alimentos y describe el proceso por el cual el niño, se acostumbra gradualmente a la alimentación del adulto”. (pág.74).

Debido a la importancia de éste proceso de transición, en el cual el lactante se acostumbrará a lo que será su alimentación; los mismos autores señalan que “la introducción de una alimentación complementaria oportuna y adecuada es esencial para asegurar en el niño sus necesidades y requerimientos nutricionales y optimizar su desarrollo físico y psicoemocional”. (pág.74).

La buena alimentación debe darse a lo largo de la vida, pues constituye un importante pilar para lograr una adecuada calidad de vida. Dada la importancia de la alimentación en los niños y del proceso de transición hacia la alimentación complementaria surge el interés de presentar la siguiente propuesta, la cual tiene como objetivo: Proponer un programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad, dirigido a madres, padres y representantes que asisten al área de Pediatría del Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo, de la parroquia Mercedes Díaz del municipio Valera estado Trujillo.

Asimismo, considerando la necesidad de que las madres, padres y representantes puedan contar con una herramienta de fácil comprensión y que les sirva de guía al momento de comenzar la alimentación complementaria en los lactantes, y aunado a ello por la situación socioeconómica que vive actualmente el país, en la cual las madres deben incorporarse al trabajo dejando a sus hijos a cargo de otras personas que serán los responsables de brindar la alimentación, el estado nutricional que las madres presenten y que afecte la calidad de la leche materna que ofrecen a sus lactantes, los altos costos de las fórmulas adecuadas para los infantes cuando no sea posible la lactancia materna se hace necesario el diseño de la propuesta.

Objetivos del programa

General

Dar a conocer el programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad, dirigido a madres, padres y representantes.

Específicos

- Orientar a las madres, padres y representantes en cuanto a la alimentación complementaria así como los beneficios a los infantes.
- Brindar alternativas nutricionales a las madres, padres y representantes que pueden incluir en la alimentación complementaria de los niños y niñas a partir de los 4 meses de edad.
- Informar a las madres, padres y representantes del nuevo método para ofrecer alimentación complementaria a los niños.

A continuación se presenta el Programa educativo sobre alimentación complementaria.

**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
PARA LACTANTES A PARTIR DE LOS 4 MESES DE EDAD, DIRIGIDO A
MADRES, PADRES Y REPRESENTANTES.**

El diseño de programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes a partir de los 4 meses de edad, dirigido a madres, padres y representantes, es producto de un estudio realizado en el área de Pediatría del Hospital Universitario Dr. Pedro Emilio Carrillo, de la parroquia Mercedes Díaz del municipio Valera estado Trujillo. Programa que viene a constituir un aporte a corto plazo para las madres, padres y representantes que son los encargados de ofrecer la alimentación a sus niños, ya que podrán usar este programa como guía para la alimentación de sus hijos. De igual manera, se considera que traerá beneficios a largo plazo en los infantes ya que recibirán una alimentación adecuada con la ayuda de esta herramienta presentada a los responsables de su alimentación.

Justificación

La Organización Mundial de la Salud (2016) afirma que:

La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros dos años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general. (s/p).

Cabe señalar que la leche materna es el único alimento capaz de satisfacer las necesidades nutricionales en los primeros 4 a 6 meses de

edad, pero llega un momento en el cual ésta no puede cubrir los requerimientos por sí sola; por lo tanto es necesario comenzar con la alimentación complementaria de manera correcta para asegurar una nutrición completa en el lactante por lo que es importante que los responsables de la alimentación de los niños conozcan la manera adecuada de ofrecer la alimentación complementaria a los infantes.

De igual manera debido a la realidad que se vive en Venezuela, especialmente la situación socioeconómica del país y la necesidad de las madres de trabajar y de haber dejado la práctica de lactancia materna y que se han visto en la necesidad de alimentar a sus hijos con alimentos sólidos pero sin saber cuáles son los alimentos adecuados, en qué cantidad y de qué manera ofrecerlos, para garantizar que éstos cubran los requerimientos nutricionales del lactante, sin dejar de promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y de manera complementaria hasta los dos años de vida.

Aunado a ello, el elevado costo de las fórmulas lácteas adecuadas a las edades y necesidades hace que se haga difícil ofrecerlas a los lactantes. En tal sentido, surge la necesidad de proponer este programa, que es un documento basado en los objetivos educativos planteados mediante la información obtenida. Buscando de esta manera garantizar un mejor estilo de vida para estos infantes, no sólo los de la población estudiada, sino también que esta información pueda llegar a otras comunidades y a la población en general que se vea en la necesidad de conocer sobre este tema.

Estrategias de Formación

El programa consiste en una guía y/o herramienta práctica de apoyo dirigida a las madres, padres, representantes y personal encargado de la

alimentación de los niños con la intención de brindar orientaciones formativas, ya que en dicho programa se fomenta la práctica de la lactancia materna, y se explica cómo debe ser el proceso de transición hacia los alimentos sólidos, presentando que alimentos ofrecer, que cantidad y en que consistencia ofrecerlos.

En tal sentido, se espera que el impacto que tenga ésta propuesta pueda ser beneficiosa, ya que al ser colocada en práctica por las madres, padres y representantes se pueda garantizar y/o mejorar el estilo de vida y estar en la capacidad de poder ofrecer una alimentación saludable a los niños y niñas. Esperando a la vez que sea promovida por las instituciones responsables de orientar a las madres y demás representantes sobre la alimentación complementaria de los infantes.

Recursos

Humanos:

Profesores, especialistas en nutrición y diseñador gráfico que colaboraron con la estructuración, asesoramiento, diseño y realización del programa, para que éste brinde un uso fácil y adecuado para la población en general.

Materiales:

Se cuenta con el diagnóstico nutricional de los niños y niñas de la población estudiada, así como las demás variables que manifiestan la necesidad del programa educativo para madres, padres y representantes recolectadas a través de la encuesta. Así como de material informativo obtenido a través de los diversos medios tecnológicos, web, blogs, libros, ponencias, artículos, entre otros, obtenidos durante la Carrera de Nutrición y Dietética.

Actividades

Para efecto del mismo se estructuro el contenido del programa de la siguiente manera:

Lactancia Materna como el mejor alimento para el bebé

Se recomienda mantener la lactancia materna (LM) de forma exclusiva durante los 6 primeros meses de edad y, a partir de ese momento, añadir de forma paulatina el resto de los alimentos, manteniendo la LM a demanda todo el tiempo que madre e hijo deseen. La leche materna es el alimento ideal para los recién nacidos y los lactantes, pues les aporta todos los nutrientes que necesitan para un desarrollo sano. Es inocua y contiene anticuerpos que ayudan a proteger a los lactantes de enfermedades frecuentes de la infancia.



Alimentación Complementaria (AC)

Es la transición gradual de la alimentación exclusivamente láctea, ya sea con leche materna o formula láctea, a cualquier otro tipo de alimentos y describe el proceso por el cual el niño, se acostumbra gradualmente a la

alimentación del adulto. La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros dos años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general.

¿Cuándo Comenzar?

Para poder ingerir alimentos diferentes a la leche, es conveniente que el organismo tenga la maduración necesaria a nivel neurológico, renal, gastrointestinal e inmune. Se considera que un bebé está preparado cuando adquiere las destrezas psicomotoras que permiten manejar y tragar de forma segura los alimentos. Como cualquier otro hito del desarrollo, no todos los niños lo van a adquirir al mismo tiempo, aunque en general estos cambios suelen ocurrir en torno al sexto mes.

Alimentación Complementaria (AC)

Es la transición gradual de la alimentación exclusivamente láctea, ya sea con leche materna o fórmula láctea, a cualquier otro tipo de alimentos y describe el proceso por el cual el niño, se acostumbra gradualmente a la alimentación del adulto.

La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros dos años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general.

¿Cuándo Comenzar?

Para poder ingerir alimentos diferentes a la leche, es conveniente que el organismo tenga la maduración necesaria a nivel neurológico, renal, gastrointestinal e inmune.

Se considera que un bebé está preparado cuando adquiere las destrezas psicomotoras que permiten manejar y tragar de forma segura los alimentos. Como cualquier otro hito del desarrollo, no todos los niños lo van a adquirir al mismo tiempo, aunque en general estos cambios suelen ocurrir entorno al sexto mes.



Se requiere:

- Presentar un interés activo por la comida.

- La desaparición del reflejo de extrusión (expulsión de alimentos no líquidos con la lengua).
- Ser capaz de agarrar la comida con la mano y llevarla a la boca.
- Mantener la postura de sedestación con apoyo.

Por lo tanto, es trascendente por razones del desarrollo y nutrición ofrecer alimentos apropiados para la edad, de la consistencia adecuada y con el método correcto. En consideración a sus necesidades nutrimentales, las habilidades del desarrollo y la asociación entre la introducción de la alimentación complementaria y la salud posterior, se recomienda que la introducción de alimentos complementarios no se haga antes de las 17 semanas ni se retarde después de las 26 semanas de edad (cuatro a seis meses).

¿Qué ocurre si se hace antes?

Una introducción muy precoz de la AC puede conllevar riesgos a corto y largo plazo. Si no hay disponibilidad de LM antes de los 4 meses, se deberá utilizar únicamente fórmula de inicio como sustituto. Entre los 4 y 6 meses no se han encontrado beneficios de la introducción de la alimentación en niños amamantados y sí se ha visto un aumento de las infecciones, tanto en países en desarrollo como en países desarrollados. Por tanto, la recomendación actual es esperar a los 6 meses para comenzar con AC en los niños con LM. En los lactados artificialmente, la recomendación es menos unánime, aunque en todo caso nunca comenzar antes del cuarto mes.

¿Y por qué no se debe retrasar más allá del séptimo mes?

En nuestro medio, es excepcional que más allá de los 6 meses de edad todavía no se hayan comenzado a ofrecer otros alimentos distintos de

la leche. Aunque en ocasiones puede ocurrir en niños que toman LM y que no han mostrado aún un interés activo por la comida, esta práctica es inadecuada. Se desaconseja demorar el inicio de la AC por encima de las 26 semanas de edad, ya que esto también puede aumentar el riesgo de problemas nutricionales, como el déficit de hierro.

Se requiere:

- Presentar un interés activo por la comida.
- La desaparición del reflejo de extrusión (expulsión de alimentos no líquidos con la lengua).
- Ser capaz de agarrar la comida con la mano y llevarla a la boca.
- Mantener la postura de sedestación con apoyo.

Por lo tanto, es trascendente por razones del desarrollo y nutrición ofrecer alimentos apropiados para la edad, de la consistencia adecuada y con el método correcto.

En consideración a sus necesidades nutricionales, las habilidades del desarrollo y la asociación entre la introducción de la alimentación complementaria y la salud posterior, se recomienda que la introducción de alimentos complementarios no se haga antes de las 17 semanas ni se retarde después de las 26 semanas de edad (cuatro a seis meses).

¿Qué ocurre si se hace antes?

Una introducción muy precoz de la AC puede conllevar riesgos a corto y largo plazo. Si no hay disponibilidad de LM antes de los 4 meses, se deberá utilizar únicamente fórmula de inicio como sustituto. Entre los 4 y 6 meses no se han encontrado beneficios de la introducción de la alimentación en niños amamantados y si se ha visto un aumento de las infecciones, tanto en países en desarrollo como en países desarrollados.

Por tanto, la recomendación actual es esperar a los 6 meses para comenzar con AC en los niños con LM. En los lactados artificialmente, la recomendación es menos unánime, aunque en todo caso nunca comenzar antes del cuarto mes.

¿Y por qué no se debe retrasar más allá del séptimo mes?

En nuestro medio, por poco frecuente que más allá de los 6 meses de edad todavía no se hayan comenzado a ofrecer otros alimentos distintos de la leche. Aunque en ocasiones puede ocurrir en niños que toman LM y que no han mostrado aún un interés activo por la comida, esta práctica es inadecuada. Se desaconseja demorar el inicio de la AC por encima de las 26 semanas de edad, ya que esto también puede aumentar el riesgo de problemas nutricionales, como el déficit de hierro.



El Abandono de la LM es un factor importante actualmente que se puede resolver con AC

Un tema que ha originado gran polémica es la alimentación del niño de cero a doce meses, a pesar de que en la mayoría de las comunidades del mundo el patrón alimentario es muy parecido. Durante los primeros cuatro o seis meses, debido a las limitaciones físicas y fisiológicas del lactante, el patrón universal es la leche materna. A pesar de esto, en muchas regiones ésta práctica se ve truncada por razones económicas y sociales, y, especialmente, por cambios en el patrón de trabajo de las mujeres. Por lo cual la AC a partir de los 4 meses puede ser la mejor opción para garantizar una alimentación adecuada a los niños, en cantidad y consistencia adecuada para cubrir los requerimientos nutricionales del infante.

¿Qué alimentos utilizar y con qué frecuencia?

Las pautas varían mucho entre regiones y culturas. No se deben dar “instrucciones” rígidas. No hay alimentos mejores que otros para empezar, aunque se recomienda ofrecer de manera prioritaria alimentos ricos en hierro y zinc. Asimismo se recomienda que al iniciar la introducción de alimentos se debe elegir uno en específico, según la variedad que se tenga para dar durante cada mes. El alimento debe ser ofrecido al bebé dos veces al día por tres días continuos, para ir probando tolerancia y que las papilas gustativas se vayan adaptando al nuevo sabor. Así, es importante que los alimentos que introduzcas no contengan azúcar, ni sal, ya que se requiere que el niño aprenda a reconocer los sabores y sus papilas gustativas se adapten progresivamente. Es normal que al principio exista mucho rechazo pero progresivamente se irá adaptando. Se debe observar si el alimento le produce alguna reacción alérgica que se manifiesta con erupciones, rosetones en la piel, así como vómitos o diarrea.

Frutas y verduras

Se aconseja introducir progresivamente toda la variedad de frutas y verduras disponible, en cualquiera de las comidas diarias, e ir variando también la forma de presentación (triturada, en pequeños trozos, etc). No hay unas frutas mejores que otras para comenzar, la decisión dependerá de los gustos de la familia. Se recomienda evitar durante el primer año de vida las verduras de hoja verde con alto contenido en nitratos, como la acelga, la espinaca, por el riesgo de metahemoglobinemia. En el caso de introducirlas en la alimentación, deben representar menos del 20% del contenido total del plato. En los niños mayores, hasta los 3 años, conviene no dar más allá de una ración diaria de estos vegetales.

El gusto por los diferentes sabores (dulce, salado, ácido y amargo) se forja desde temprana edad. Si acostumbramos al paladar a sabores ácidos,

como algunas frutas, o amargos, como algunas verduras, su consumo será mayor a lo largo de la vida. Además, la exposición precoz a diferentes sabores podría disminuir el riesgo de rechazo a probar nuevos alimentos.

Los zumos de frutas no ofrecen ningún beneficio nutricional respecto a la fruta entera. Su ingesta elevada puede contribuir a la ganancia inadecuada de peso, en algunos casos sobrepeso y, en otros, escasa ganancia ponderal, al desplazar el consumo de otros alimentos. Además, aumentan el riesgo de caries. Por tanto, se recomienda el consumo de fruta entera.

El abandono de la LAM es un factor importante actualmente que se puede resolver con AC

Un tema que ha originado gran polémica es la alimentación del niño de cero a doce meses, a pesar de que en la mayoría de las comunidades del mundo el patrón alimentario es muy parecido. Durante los primeros cuatro o seis meses, debido a las limitaciones físicas y fisiológicas del lactante, el patrón universal es la leche materna. A pesar de esto, en muchas regiones esta práctica se ve truncada por razones económicas y sociales, y, especialmente, por cambios en el patrón de trabajo de las mujeres. Por lo cual la AC a partir de los 4 meses puede ser la mejor opción para garantizar una alimentación adecuada a los niños, en cantidad y consistencia adecuada para cubrir los requerimientos nutricionales del infante.

Frutas y verduras

Se aconseja introducir progresivamente toda la variedad de frutas y verduras disponible, en cualquiera de las comidas diarias, e ir variando también la forma de presentación (triturada, en pequeños trozos, etc). No hay unas frutas mejores que otras para comenzar, la decisión dependerá de los gustos de la familia.

Se recomienda evitar durante el primer año de vida las verduras de hoja verde con alto contenido en nitratos, como la acelga, la espinaca, por el riesgo de metahemoglobinemia. En el caso de introducirlas en la alimentación, deben representar menos del 20% del contenido total del plato. En los niños mayores, hasta los 3 años, conviene no dar más allá de una ración diaria de estos vegetales.

¿Qué alimentos utilizar y con qué frecuencia?

Las pautas varían mucho entre regiones y culturas. No se deben dar "instrucciones" rígidas, no hay alimentos mejores que otros para empezar, aunque se recomienda ofrecer de manera prioritaria alimentos ricos en hierro y zinc. Asimismo, se recomienda introducir los alimentos de uno en uno, con intervalos de unos días, para observar la tolerancia y la aceptación y no añadirles sal, azúcar ni edulcorantes, para que el bebé se acostumbre a los sabores naturales de los alimentos. Se debe observar si el alimento le produce alguna reacción alérgica que se manifiesta con erupciones, rosétones en la piel, así como vómitos o diarrea.



Cereales

Al iniciar la AC, se pueden ofrecer cereales en diversas formas; es conveniente explorar los gustos y necesidades de cada familia y plantear alternativas, dando preferencia a las harinas integrales. Los cereales pueden introducirse en polvo disuelto en leche, añadido a purés, en forma de arroz hervido, pan, pasta, arepas o tortillas de maíz, quínoa o avena, según la edad y el estado madurativo del lactante y las costumbres familiares. Existen además otras fuentes de carbohidratos complejos que aportan energía, como las batatas, apio, ñame, entre otros.

Si la madre se extrae leche por otros motivos, se podrían añadir los cereales en polvo a la leche extraída para dar al niño en alguna de las tomas, pero es un error sustituir una toma de pecho por leche de fórmula con el único objetivo de dar cereales, ya que puede condicionar un destete precoz innecesario y no son alimentos de consumo obligatorio en el proceso de diversificación, especialmente si la dieta es equilibrada y rica en hierro a través del consumo de otros alimentos como las carnes. En estos casos, se pueden mezclar las harinas con frutas, verduras o agua. Se recomienda evitar los azúcares libres en la dieta de los lactantes. Por ello, si se consumen cereales en polvo u otros productos específicos para lactantes, hay que desaconsejar aquellos que contengan miel o azúcares añadidos en su composición.

www.boltonia.ve

El gusto por los diferentes sabores (dulce, salado, ácido y amargo) se forja desde temprana edad. Si acostumbramos al paladar a sabores ácidos, como algunas frutas, o amargos, como algunas verduras, su consumo será mayor a lo largo de la vida. Además, la exposición precoz a diferentes sabores podrá disminuir el riesgo de rechazo a probar nuevos alimentos.

Los zumos de frutas no ofrecen ningún beneficio nutricional respecto a la fruta entera. Su ingesta elevada puede contribuir a la ganancia inadecuada de peso, en algunos casos diarrea y, en otros, escasa ganancia ponderal, al desplazar el consumo de otros alimentos. Además, aumentan el riesgo de caries. Por tanto, se recomienda el consumo de fruta entera.

Cereales

Al iniciar la AC, se pueden ofrecer cereales en diversas formas; es conveniente explorar los gustos y necesidades de cada familia y plantear alternativas, dando preferencia a las harinas integrales.

Los cereales pueden introducirse en polvo disueltos en leche, añadido a purés, en forma de arroz hervido, pan, pasta, arepas o tortillas de maíz, quinoa o avena, según la edad y el estado madurativo del lactante y las costumbres familiares. Existen además otras fuentes de carbohidratos complejos que aportan energía, como las batatas, apio, ñame, entre otros.

Si la madre se extrae leche por otros motivos, se podrían añadir los cereales en polvo a la leche extraída para dar al niño en alguna de las tomas, pero es un error sustituir una toma de pecho por leche de fórmula con el único objetivo de dar cereales, ya que puede condicionar un destete precoz innecesario y no son alimentos de consumo obligatorio en el proceso de diversificación, especialmente si la dieta es equilibrada y rica en hierro a través del consumo de otros alimentos como las carnes. En estos casos, se pueden mezclar las harinas con frutas, verduras o agua.

Se recomienda evitar los azúcares libres en la dieta de los lactantes. Por ello, si se consumen cereales en polvo u otros productos específicos para lactantes, hay que desaconsejar aquellos que contengan miel o azúcares añadidos en su composición.



Proteínas

Este grupo está constituido fundamentalmente por las carnes rojas, el pollo, el pescado, el marisco, los huevos y las legumbres. Se pueden ofrecer

en formas de puré, cocinadas y desmechadas o en pequeños trozos en lactantes mayores. Se debe ofrecer diariamente alimentos de este grupo, de forma variada, especialmente aquellos ricos en hierro.

Alimentos ricos en hierro

Los depósitos de hierro disminuyen desde el nacimiento y a partir del sexto mes aumenta el riesgo de anemia ferropénica. La carne roja es una fuente principal de hierro con buena biodisponibilidad. También son una buena opción la yema de huevo y los cereales enriquecidos con hierro. Existen alimentos de origen no animal con hierro no-hem, como guisantes, lentejas, frutos secos, brócoli y algunos tipos de pan que, aunque representan una fuente de hierro menor y de más difícil absorción, también deben formar parte de la dieta de los niños.

Lácteos

Entre los 6 y 12 meses, la leche materna sigue siendo el alimento principal, por lo que se recomienda mantenerla a demanda, sin disminuir el número de tomas. La AC no es “sustitutiva”, sino “complementaria”. Si el lactante mayor de 6 meses realiza al menos 4-5 tomas de pecho al día, no se precisan otras fuentes de lácteos. Si la madre trabaja fuera de casa, se puede ofrecer la AC las horas que esté fuera, y cuando regrese del trabajo continuar con el pecho frecuente y a demanda. Se puede ofrecer yogurt natural o queso desde los 9 meses y leche de vaca entera a partir de los 12 meses.

Hay que tener en cuenta que la leche materna sigue siendo el lácteo de primera elección y se recomienda por encima de cualquier otra leche, siempre que madre e hijo lo deseen, hasta los 2 años o más. En el caso de lactantes no amamantados, la fórmula indicada por encima de los 6 meses de edad es la fórmula de continuación. Según se vaya diversificando la dieta,

disminuirá la cantidad de leche ingerida, aunque se recomienda mantener al menos dos raciones de lácteos diarios (aproximadamente 500 mL al día).



Raciones recomendadas por Grupos de Alimentos

Grupos de Alimentos

- Leche: Leche en polvo, pasteurizada, lactovisoy, entre otros.
- Vegetales: Auyama, vainitas, zanahorias, calabacín, chayota, cebolla, pimentón, entre otros.
- Frutas: Guayaba, lechosa, melón, cambur, manzana, durazno, entre otros
- Panes y Cereales: Apio, ocumo, batata, papa, arepa, arroz, maíz, avena, pasta, pan y galletas.
- Carnes y Quesos: Pollo, res, huevo, pescado.
- Grasas: Margarina, mantequilla, aceites.

Raciones diarias recomendadas para Lactante Menor

Grupos de Alimentos	Nº de Raciones
Leche	2 a 3
Vegetales	½ a 1
Frutas	2 a 3
Panes y cereales	3 a 4
Carnes y Quesos	1 a 2
Grasas	1 a 2

Raciones diarias recomendadas para Lactante Mayor

Grupos de Alimentos	Nº de Raciones
Leche	1 a 2
Vegetales	1
Frutas	3 a 4
Panes y cereales	4 a 6
Carnes y Quesos	2 a 3
Grasas	2 a 4



Consumo de sal y azúcares

La recomendación de la OMS de limitar la ingesta de sal a menos de 5 g/día (2 g de sodio) es aplicable para adultos y niños por encima de los 2 años. Sin embargo, los lactantes necesitan muy pequeña cantidad, pues sus riñones son demasiados inmaduros para manejar las sobrecargas de sal. Por este motivo no debe añadirse sal a la AC de los bebés, aunque pueda parecernos insípida. La leche materna tiene la cantidad necesaria y lo mismo ocurre con las fórmulas infantiles.

En cuanto a las recomendaciones de consumo de azúcares, la OMS recomienda:

- Limitar el consumo de productos con elevado contenido en azúcares: bebidas azucaradas, zumos o batidos de frutas comerciales y bebidas o postres lácteos azucarados.

- En menores de 2 años, diversas sociedades científicas recomiendan evitar los azúcares añadidos y libres en la alimentación de los lactantes y niños pequeños

¿Cuándo introducir los alimentos potencialmente alergénicos?

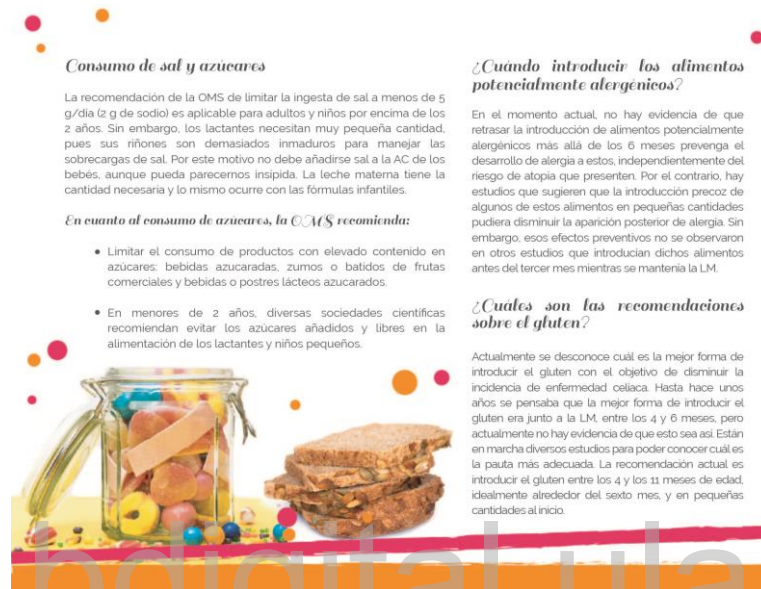
En el momento actual, no hay evidencia de que retrasar la introducción de alimentos potencialmente alergénicos más allá de los 6 meses prevenga el desarrollo de alergia a estos, independientemente del riesgo de atopia que presenten. Por el contrario, hay estudios que sugieren que la introducción precoz de algunos de estos alimentos en pequeñas cantidades pudiera disminuir la aparición posterior de alergia. Sin embargo, esos efectos preventivos no se observaron en otros estudios que introducían dichos alimentos antes del tercer mes mientras se mantenía la LM. Por otro lado, numerosos trabajos han puesto de manifiesto que, independientemente del efecto que tenga sobre la prevención, no tiene repercusión sobre la duración de la lactancia materna.

De esta forma, a falta de más estudios que aclaren cuál es la mejor estrategia para la prevención de alergias, se recomienda el seguimiento de las pautas de la Organización Mundial de la Salud (OMS): mantenimiento de la lactancia materna e introducción progresiva de los distintos alimentos alrededor del sexto mes (nunca antes del cuarto mes), de uno en uno, según las costumbres familiares, para diversificar la dieta del lactante y mejorar su aporte nutricional.

¿Cuáles son las recomendaciones sobre el gluten?

Actualmente se desconoce cuál es la mejor forma de introducir el gluten con el objetivo de disminuir la incidencia de enfermedad celíaca. Hasta hace unos años se pensaba que la mejor forma de introducir el gluten era junto a la LM, entre los 4 y 6 meses, pero actualmente no hay evidencia

de que esto sea así. Están en marcha diversos estudios para poder conocer cuál es la pauta más adecuada. La recomendación actual es introducir el gluten entre los 4 y los 11 meses de edad, idealmente alrededor del sexto mes, y en pequeñas cantidades al inicio.



¿Qué cantidad de alimentos hay que dar?

El alimento principal sigue siendo la leche materna, por lo que se deberá ofrecer el pecho a demanda y con frecuencia, o la leche de fórmula en caso de no ser amamantado. La introducción a la alimentación complementaria es un proceso gradual. Inicialmente las porciones han de ser pequeñas y se aumentan progresivamente conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna. Debe tenerse en cuenta que la cantidad (peso o volumen) puede ser diferente en función de la densidad energética del alimento ofrecido. Los cuidadores deben ofrecer comida sana, nutritiva y segura, y el lactante es el que decide cuánta cantidad come. Los alimentos complementarios deberían aportar la suficiente energía, proteína y micronutrientes de manera que, junto a la lactancia materna o artificial, cubran todas las necesidades del niño en esta etapa.

Al igual que ocurre durante el periodo de LM exclusiva, durante el periodo de AC es igualmente importante respetar las señales de hambre y saciedad del lactante. La OMS recomienda seguir los principios de la alimentación perceptiva, sin forzar a comer o distraer. El apetito de los lactantes es diferente en cada niño y circunstancia. La expectativa de una cantidad concreta de ingesta puede frustrar a los padres y hacer que el momento de la comida se convierta en una lucha en vez de en un disfrute. Por ello, más que centrarse en una cantidad concreta, es importante la variedad, disponibilidad y el establecimiento de los hábitos futuros.

¿Cómo ofrecer los alimentos?

Consistencia

Se recomienda aumentar progresivamente la consistencia de los alimentos y comenzar con texturas grumosas y semisólidas lo antes posible, nunca más tarde de los 8-9 meses. A los 12 meses, el lactante ya puede consumir el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia, aunque teniendo especial cuidado con los sólidos con riesgo de atragantamiento, como los frutos secos enteros. Se han descrito problemas de alimentación a largo plazo y un consumo escaso de frutas y verduras en niños en los que se introdujeron tardíamente las texturas grumosas (más tarde de los 9 meses).



¿Cómo ofrecer la alimentación complementaria con un enfoque positivo?

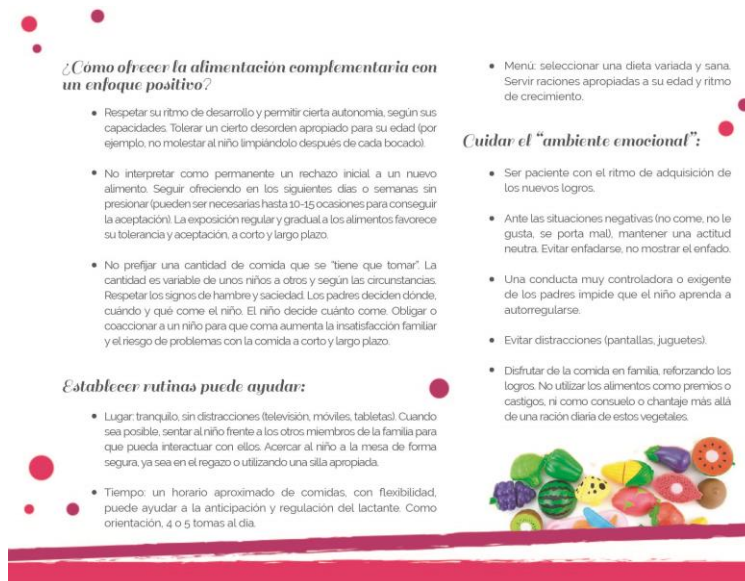
- Respetar su ritmo de desarrollo y permitir cierta autonomía, según sus capacidades. Tolerar un cierto desorden apropiado para su edad (por ejemplo, no molestar al niño limpiándolo después de cada bocado).
- No interpretar como permanente un rechazo inicial a un nuevo alimento. Seguir ofreciendo en los siguientes días o semanas sin presionar (pueden ser necesarias hasta 10-15 ocasiones para conseguir la aceptación). La exposición regular y gradual a los alimentos favorece su tolerancia y aceptación, a corto y largo plazo.
- No prefijar una cantidad de comida que se “tiene que tomar”. La cantidad es variable de unos niños a otros y según las circunstancias. Respetar los signos de hambre y saciedad. Los padres deciden dónde, cuándo y qué come el niño. El niño decide cuánto come. Obligar o coaccionar a un niño para que coma aumenta la insatisfacción familiar y el riesgo de problemas con la comida a corto y largo plazo.

Establecer rutinas puede ayudar:

- Lugar: tranquilo, sin distracciones (televisión, móviles, tabletas). Cuando sea posible, sentar al niño frente a los otros miembros de la familia para que pueda interactuar con ellos. Acercar al niño a la mesa de forma segura, ya sea en el regazo o utilizando una silla apropiada.
- Tiempo: un horario aproximado de comidas, con flexibilidad, puede ayudar a la anticipación y regulación del lactante. Como orientación, 4 o 5 tomas al día.
- Menú: seleccionar una dieta variada y sana. Servir raciones apropiadas a su edad y ritmo de crecimiento.

Cuidar el “ambiente emocional”

- Ser paciente con el ritmo de adquisición de los nuevos logros.
- Ante las situaciones negativas (no come, no le gusta, se porta mal), mantener una actitud neutra. Evitar enfadarse, no mostrar el enfado.
- Una conducta muy controladora o exigente de los padres impide que el niño aprenda a autorregularse.
- Evitar distracciones (pantallas, juguetes).
- Disfrutar de la comida en familia, reforzando los logros. No utilizar los alimentos como premios o castigos, ni como consuelo o chantaje.



¿Cómo ofrecer la alimentación complementaria con un enfoque positivo?

- Respetar su ritmo de desarrollo y permitir cierta autonomía, según sus capacidades. Tolerar un cierto desorden apropiado para su edad (por ejemplo, no molestar al niño limpiándolo después de cada bocado).
- No interpretar como permanente un rechazo inicial a un nuevo alimento. Seguir ofreciendo en los siguientes días o semanas sin presionar (pueden ser necesarias hasta 10-15 ocasiones para conseguir la aceptación). La exposición regular y gradual a los alimentos favorece su tolerancia y aceptación, a corto y largo plazo.
- No prefiar una cantidad de comida que se “tiene que tomar”. La cantidad es variable de unos niños a otros y según las circunstancias. Respetar los signos de hambre y saciedad. Los padres deciden dónde, cuándo y qué come el niño. El niño decide cuánto come. Obligar o coaccionar a un niño para que coma aumenta la insatisfacción familiar y el riesgo de problemas con la comida a corto y largo plazo.

Establecer rutinas puede ayudar:

- Lugar: tranquilo, sin distracciones (televisión, móviles, tabletas). Cuando sea posible, sentar al niño frente a los otros miembros de la familia para que pueda interactuar con ellos. Acercar al niño a la mesa de forma segura, ya sea en el regazo o utilizando una silla apropiada.
- Tiempo: un horario aproximado de comidas, con flexibilidad, puede ayudar a la anticipación y regulación del lactante. Como orientación, 4 o 5 tomas al día.

Cuidar el “ambiente emocional”:

- Menú: seleccionar una dieta variada y sana. Servir raciones apropiadas a su edad y ritmo de crecimiento.
- Ser paciente con el ritmo de adquisición de los nuevos logros.
- Ante las situaciones negativas (no come, no le gusta, se porta mal), mantener una actitud neutra. Evitar enfadarse, no mostrar el enfado.
- Una conducta muy controladora o exigente de los padres impide que el niño aprenda a autorregularse.
- Evitar distracciones (pantallas, juguetes).
- Disfrutar de la comida en familia, reforzando los logros. No utilizar los alimentos como premios o castigos, ni como consuelo o chantaje más allá de una ración diaria de estos vegetales.



Baby Led Weaning (BLW)

Es un término acuñado inicialmente en Reino Unido, que en español se ha traducido por “destete o alimentación complementaria (AC) dirigida por el bebé” y que propone la realización de la misma mediante el uso de alimentos enteros con un tamaño y una forma que permita al bebé agarrarlos y llevárselos a la boca (generalmente formas alargadas y estrechas) como alternativa a alimentos triturados y purés administrados con cuchara por los padres.

Se trata por tanto de una manera de introducir la AC diferente a la tradicional que otorga al lactante un papel mucho más activo, ya que si bien los padres deciden qué alimentos le ofrecen, realmente es el niño el que decide qué tomar de las opciones que le ofrecen, cuánto y a qué ritmo. Hacer que el lactante participe más activamente en su alimentación y conseguir que conozca y se integre lo antes posible en la comida familiar es la filosofía que subyace en esta técnica que rechaza la alimentación exclusiva y pasiva con cuchara por parte de los padres o a lo sumo la relega un pequeño porcentaje

¿En qué se fundamenta el BLW?

El BLW tiene como principal fundamento basar la introducción de la AC en el desarrollo fisiológico de los bebés durante su primer año. Aunque generalmente se habla de los 6 meses como momento en el que puede llevarse a cabo, su inicio no depende tanto de alcanzar una edad límite como constatar que el bebé haya adquirido una serie de ítems en su desarrollo, fundamentalmente, tales como:

- La adquisición de la sedestación (mantenerse sentado de forma autónoma).
- El uso coordinado de las manos para explorar y manipular objetos junto con el interés por conocer sus características y la capacidad

para discernir entre los tamaños y las propiedades físicas de los mismos.

- La adquisición de funciones motoras orales adecuadas para manejar trozos de comida y ser capaz de realizar movimientos masticatorios (subiendo y bajando la mandíbula) para romper los alimentos blandos y movilizar lateralmente su lengua para mover la comida alrededor de la boca y llevarla a la parte posterior con el fin de tragarla.

Baby Led Weaning (BLW)

Es un término acuñado inicialmente en Reino Unido, que en español se ha traducido por "destete" o alimentación complementaria (AC) dirigida por el bebé" y que propone la realización de la misma mediante el uso de alimentos enteros con un tamaño y una forma que permita al bebé agarrarlos y llevárselos a la boca (generalmente formas alargadas y estrechas) como alternativa a alimentos triturados y purés administrados con cuchara por los padres. Se trata por tanto de una manera de introducir la AC diferente a la tradicional que otorga al lactante un papel mucho más activo, ya que si bien los padres deciden qué alimentos le ofrecen, realmente es el niño el que decide qué tomar de las opciones que le ofrecen, cuánto y a qué ritmo.

Hacer que el lactante participe más activamente en su alimentación y conseguir que conozca y se integre lo antes posible en la comida familiar es la filosofía que subyace en esta técnica que rechaza la alimentación exclusiva y pasiva con cuchara por parte de los padres.

¿En qué se fundamenta el BLW?

El BLW tiene como principal fundamento basar la introducción de la AC en el desarrollo fisiológico de los bebés durante su primer año. Aunque generalmente se habla de los 6 meses como momento en el que puede llevarse a cabo, su inicio no depende tanto de alcanzar una edad límite como constatar que el bebé haya adquirido una serie de ítems en su desarrollo, fundamentalmente, tales como:

- La adquisición de la sedestación (mantenerse sentado de forma autónoma).
- El uso coordinado de las manos para explorar y manipular objetos junto con el interés por conocer sus características y la capacidad para discernir entre los tamaños y las propiedades físicas de los mismos.
- La adquisición de funciones motoras orales adecuadas para manejar trozos de comida y ser capaz de realizar movimientos masticatorios (subiendo y bajando la mandíbula) para romper los alimentos blandos y movilizar lateralmente su lengua para mover la comida alrededor de la boca y llevarla a la parte posterior con el fin de tragarla.



¿Es válido para todos los bebés?

El BLW se ha estudiado en niños nacidos a término, sanos y con un desarrollo psicomotor normal, tanto alimentados al pecho como con lactancia artificial. Con la información y precaución adecuadas, la mayoría de las familias pueden practicar BLW de forma segura y eficaz. En niños prematuros se podría valorar individualmente, pero siempre atendiendo a la edad corregida de 6 meses. No se recomienda en niños con fallo de medro, dificultades neurológicas o motoras

¿Cómo se debe ofrecer la comida si se realiza BLW?

Al principio se debe ofrecer la comida de forma que puedan comer con las manos o en palitos. Así, el bebé puede agarrar la comida con su puño y comer lo que sobresale. Cuando la habilidad motora mejora, se pueden ofrecer comidas seguras cortadas en pequeños trozos

Posibles inconvenientes con el BLW

- El hierro

Una preocupación es la ingesta de hierro. Hay trabajos que no encuentran diferencias en la ingesta de hierro cuando se instruye a los padres en su importancia y en ofrecer diariamente comidas ricas en hierro: carne cocida en tiras o picada en forma de hamburguesas, bolas o palitos, yema de huevo, tortas de lentejas, palitos de tofu, entre otros.

- Atragantamientos

Siguiendo unas normas básicas de seguridad, no hay diferencias en el riesgo de atragantamiento. A todas las familias, independientemente del método utilizado, se les debe educar en la prevención de atragantamientos.

Normas de seguridad (prevención de atragantamientos):

- ✓ Para comer el bebé debe estar erguido, nunca recostado. Debe estar sentado en una silla o en su defecto en el regazo de su cuidador.
- ✓ Nunca se puede dejar a un bebé que está comiendo sin supervisión.
- ✓ No se deben ofrecer comidas con alto riesgo de atragantamiento, como frutos secos enteros, palomitas de maíz, uvas enteras, salchichas cortadas transversalmente, etc. También hay que evitar algunos vegetales y frutas duros, como la manzana y zanahoria crudas.



- Comida insana o poco variada

Al compartir la mesa familiar, los lactantes puedan estar expuestos a una dieta poco sana. Independientemente del método utilizado, la presencia de alimentos poco sanos en el hogar predispone a su consumo por el niño. Hay familias que aprovechan el momento de la introducción de la AC para revisar la alimentación y mejorarla, y es adecuado informar a los padres de qué tipo de alimentos no son recomendables.

Recomendaciones con la práctica del BLW

- Ofrecer a diario alimentos que aporten energía suficiente.
- Ofrecer a diario alimentos que aporten hierro.
- Continuar con lactancia a demanda.
- Vigilar de cerca al bebé.
- Diferenciar una sensación de náusea de un atragantamiento.
- Dar una lista clara de los alimentos que suponen riesgo de atragantamiento.
- Manejo rápido y eficaz en caso de atragantamiento.
- Necesidad de adecuarlo a los bebés con situaciones especiales.



Viabilidad o Factibilidad de la propuesta

El término factibilidad o viabilidad se ha venido utilizando como sinónimos, para Ander-Egg y Aguilar (2000) la factibilidad:

Se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señaladas. Del mismo modo el autor afirma que los resultados del estudio de factibilidad, influyen en las decisiones tomadas por las personas responsables del proyecto. A tal efecto, se puede abandonar el proyecto si el estudio contradice los enfoques anteriores o se pueden continuar los trabajos para superar o resolver los problemas o limitaciones identificadas, por lo tanto el tener antecedentes analizados progresivamente en las diferentes etapas del trabajo caracteriza su viabilidad técnica, económica, administrativa, social e institucional. (s/p).

En consecuencia el éxito del proyecto está determinado por el grado de factibilidad que éste posee, debido a esto se diseñó una propuesta de programa dirigido a madres, padres y representantes para orientar o guiar en

el proceso de alimentación complementaria en los lactantes, a continuación se realizó la viabilidad técnica, económica, social y legal.

Factibilidad o viabilidad técnica; busca determinar la posibilidad física o material para ejecutar el proyecto. Según Sapag y Sapag (2008), señala que “siempre debe establecerse con la ayuda de los técnicos especializados en la materia” (pág.14). Para efectos del presente estudio, se procedió a solicitar el apoyo de personal capacitado en materia de los contenidos abordados en el plan, además de revisiones bibliográficas que avalaron lo propuesto. En tal sentido, se contó con la revisión adecuada de los diferentes alimentos y sus nutrientes que pueden ingerir los infantes. De igual manera, la propuesta fue validada con el apoyo de personal especializado en el área de nutrición, tales como: Licdo. Esp. Rafael León y Licda. Esp. Jessica Urbina.

Factibilidad económica; es un indicativo netamente cuantificable, incluye su viabilidad y rentabilidad, los gastos que implican la implantación de la propuesta. En este caso los recursos económicos, como materiales utilizados y diseño de la elaboración del programa educativo sobre alimentación complementaria para lactantes de 4 meses de edad, dirigido a madres, padres y representantes fueron financiados por el autor de la investigación.

Factibilidad social; está relacionada con la población a quien va dirigida la propuesta, en éste caso a las madres primeramente, así como a padres o representantes encargados de los niños lactantes, quienes al tener conocimiento de la propuesta sobre los alimentos alternativos puedan ofrecer adecuadamente la alimentación a los niños a partir de los cuatro (4) meses. De igual manera, se pretende hacer extensivo a la población que desee obtener información en cuanto al tema presentado, tanto a nivel nacional como internacional, haciendo llegar éste programa de manera digital, ofreciéndolo en la internet y/o redes sociales. Hoy día se hace más factible la

aplicación del programa alimenticio, considerando situación económica, salud, social, que viene afectando a las madres para alimentar adecuadamente a los niños y niñas a partir de los cuatro meses de edad.

Factibilidad legal; según Sapag (1994) la viabilidad legal “se refiere a la necesidad de determinar la inexistencia de trabas legales para la instalación y operación normal del proyecto” (pág.14). En este sentido la Ley Orgánica de Protección al Niño, Niña y Adolescente (2007), artículo 30, señala que todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a un nivel de vida adecuado que asegure su desarrollo integral. Este derecho comprende, entre otros, el disfrute de: a) Alimentación nutritiva y balanceada, en calidad y cantidad que satisfaga las normas de la dietética, la higiene y la salud (...) Además la Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras Protección a la maternidad (2012), artículo 331, afirma que en el proceso social de trabajo y desde cada entidad de trabajo, se protegerá la maternidad y se apoyará a los padres y las madres en el cumplimiento de criar, formar, educar, mantener y asistir a sus hijos e hijas.

En cuanto a la elaboración y publicidad del programa educativo la Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna (2007) Derecho a la lactancia materna en su artículo 9 señala que los materiales impresos, auditivos, visuales o audiovisuales sobre lactancia materna o alimentación de niños y niñas lactantes deben ser en idioma de uso oficial, bien sea castellano o indígena, y contener en forma clara e inteligible (...) Además el artículo 10 refiere que los materiales impresos, auditivos, visuales o audiovisuales sobre lactancia materna o alimentación de niños y niñas lactantes no deberán:

- Dar la impresión o suscitar la creencia de que un producto designado es equivalente, comparable o superior a la leche materna o a la lactancia materna (...)
- Desestimular la práctica de la lactancia materna (...)

En síntesis, se puede decir que, la propuesta es factible o viable de ser aplicada una vez que se obtiene la aprobación de especialistas en la nutrición, quienes revisaron y aprobaron el programa, de igual manera, por cuanto permite la integración y participación de las madres, en la medida que se educan para ofrecer alimentos adecuados a los infantes, por no poderlos amamantar por las diferentes situaciones o inconvenientes que se le puedan presentar.

Es de resaltar, que ante la situación política y económica que se vive en Venezuela, son muchas las madres que se han visto en la necesidad de salir a trabajar y no poder amamantar a sus hijos, además que ellas mismas no adquieren los alimentos necesarios que le ofrezcan los nutrientes adecuados a sus niños y niñas.

La propuesta se considera viable socialmente, en cuanto a que las madres y demás miembros de la comunidad y familia, pueden participar, quienes en la medida que se educan o forman, también pueden socializar la información con otras madres de otros sectores o comunidades. Desde los señalamientos realizados, sobre el análisis a las diferentes viabilidades; técnica, social, económica y legal se considera que la propuesta es viable de ser puesta en práctica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta S., Angarita A., Barrera L., Garzón S. (2011). *Estado nutricional y características relacionadas en menores de cinco años en la ciudad de Bogotá*, 2009. Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2661/Barrera-Barbosa-Lina-2011.pdf;jsessionid=0FCFFA7A70CD0BD99C16D9D73C40B8BB?sequence=1>
- Ander-Egg, E. y Aguilar M. (2000). *Cómo elaborar un proyecto* 15ª edición. Buenos Aires: Lumen/humanitas.
- Anduiza E., Crespo I. y Méndez M. (2009). *Metodología de la ciencia política*. Recuperado de <https://books.google.co.ve/books?id=JdLEuRFam4oC&pg=PA89&dq=que+es+la+encuesta+en+metodologia&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwig7dLp4PzkAhWnd98KHUPeCo8Q6AEIWDAl#v=onepage&q=que%20es%20la%20encuesta%20en%20metodologia&f=false>
- Angulo O. (2015). *Lactancia artificial en niños menores de seis meses de edad con diarrea aguda. Hospital "Dr. Jorge Lizárraga". Chet. Valencia*. 2014-2015. Recuperado de <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/2286/oangulo.pdf?sequence=1>
- Argote D. y Cordero J. (2015). *Relación del tipo de lactancia y el estado nutricional de los niños menores de seis meses –C.S. Chilca* 2014. Recuperado de http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1068/TENF_10.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arias, F.(2006).*El proyecto de Investigación*. (4ªed.).Caracas: Epísteme.
- Brooke T. (2015). *Pediatría*. Recuperado de <https://books.google.co.ve/books?id=TqT7CAAAQBAJ&pg=PT44&dq=porque+no+deben+consumir+los+lactantes+leche+de+vaca&hl=es->

[419&sa=X&ved=0ahUKEwiv19XZg4bkAhWIslkKHUXFA2kQ6AEIWDAl#v=onepage&q=porque%20no%20deben%20consumir%20los%20lactantes%20leche%20de%20vaca&f=false](https://books.google.co.ve/books?id=yy302qM5T1wC&pg=PT75&dq=porque+no+deben+consumir+los+lactantes+leche+de+vaca&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiv19XZg4bkAhWIslkKHUXFA2kQ6AEIWDAl#v=onepage&q=porque%20no%20deben%20consumir%20los%20lactantes%20leche%20de%20vaca&f=false)

Calderón, J. (2017). *Guía de Nutrición Enteral en Pacientes de Unidades de Cuidados Críticos Pediátrico. Trabajo Especial de Grado para optar por el título de especialista en Nutrición Clínica*. Mérida. Venezuela.

Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36860. Caracas, Venezuela.

Cortina J. (2018). *Pediatría para todos*. Recuperado de <https://books.google.co.ve/books?id=yy302qM5T1wC&pg=PT75&dq=porque+no+deben+consumir+los+lactantes+leche+de+vaca&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiv19XZg4bkAhWIslkKHUXFA2kQ6AEIWDAl#v=onepage&q=porque%20no%20deben%20consumir%20los%20lactantes%20leche%20de%20vaca&f=false>

Chávez, N. (2001). *Introducción a la investigación educativa*. Editorial La Columna. Venezuela.

Espín B, Martínez A. (2016). *El paso de la teta a la mesa sin guión escrito. Baby led weaning: ¿ventajas?, ¿riesgos?* Recuperado de <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/es/index1.html>

Fajardo, D. (2016). *Alimentación complementaria precoz y estado nutricional en lactantes. Trabajo especial de grado presentado como requisito para optar al título de especialista en Puericultura y Pediatría en la Universidad de Carabobo*. Maracay, Venezuela.

Fewtrell, M. et al (2017). *Alimentación complementaria. Posición de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenido=92023>

Fernández, I. (2007). *Diccionario de Investigación. Una comprensión Holística*. (2da. Ed.). Caracas, Venezuela: SYPAL.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2005). *Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna*. (2da. Ed.). Caracas, Venezuela.

Garcia, M y Zarzalejo, Z. (S/F). *Alimentación y salud*. Recuperado de <http://cania.msinfo.info/base/biblo/texto/pdf2/garcia%20M..pdf>

Gimeno E. (2019). *Medidas empleadas para evaluar el estado nutricional*. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-medidas-empleadas-evaluar-el-estado-13044456>

Gómez M. (2018). *Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria*. Recuperado de https://www.aepap.org/sites/default/files/1mr_3.2_el_paso_de_la_teta_a_la_mesa_sin_quion_escrito_baby_lead_weaning.pdf

Hernández, R., Fernández, C.; y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta.Ed). México editorial McGraw-Hill.

Izarra, L. (S/F). *Importancia del peso y la talla en niños*. Recuperado de <https://www.lalongherademihijo.org/docentes/importancia-peso-talla.asp>

Lázaro A. y Martínez B. (S/F). *Alimentación del lactante sano*. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_lactante.pdf

Lawrence, R., y Lawrence, R. (2007). *Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica*. (6ta. Ed). España: ELSEVIER.

Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna. (2007).Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.763. Caracas, Venezuela.

Ley Orgánica de Protección al Niño, Niña y Adolescente. (2007). Gaceta Oficial Extraordinaria de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.859.Caracas, Venezuela.

Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras Protección a la maternidad. (2012).Gaceta Oficial Extraordinaria de la República Bolivariana de Venezuela N° 6.076. Caracas, Venezuela.

López B, Martínez L, Zapata N. (2013).*Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín*. Antioquia, Colombia.

Macias, Rodriguez y Ronayne (2013).*Patrón de alimentación e incorporación de alimentos complementarios en lactantes de una población de bajos recursos*. Argentina.

Marín, Z. (1998). *Elementos de Nutrición Humana*. Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

Mayordomo, I. (2017). *Nutrición terapia nutricional*. (2017). S/L: Salud terapia. Recuperado de <http://www.saludterapia.com/glosario/d/74-nutricion.html>

Moreno, D. (2016). *Alimentación complementaria: una aliada para la lactancia continua*. Venezuela: INN. Recuperado de <http://www.inn.gob.ve/innw/?p=16799>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. S/L: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Recomendación de la OMS sobre la alimentación del lactante*. Recuperado de https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/

Organización Panamericana de la Salud y OMS (S/F). *La leche materna protege contra las enfermedades*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9328:breastfeeding-benefits&Itemid=42403&lang=es

Perez, G. y Golding, E. (Eds.). (2010). *Nutrición en pediatría* (Vol.1). CANIA, Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano.

Pérez, Y. y Abellas, M. (2016). *Algunas consideraciones sobre la alimentación del lactante para la conservación de su salud bucal*. Santiago de Cuba, Cuba.

Pérez, R. (2006). *Evaluación de programas educativos*. Madrid: La Muralla, S. A.

Ribes, C. et al (2015). *La introducción del gluten en la dieta del lactante. Recomendaciones de un grupo de expertos*. España: EL SERVIER.

Rodriguez, V. (2008). *Bases de la alimentación humana*. Recuperado de https://books.google.co.ve/books?id=c_f5eJ77PnwC&pg=PA430&dq=alimentacion+complementaria&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjRio6K_67IAhXBVt8KHbpSCI4Q6AEIOzAD#v=onepage&q=alimentacion%20complementaria&f=false

Rojas, C. y Guerrero, R. (1999). *Nutrición clínica y gastroenterología pediátrica*. Colombia: Médica Panamericana.

Roldan, J; Alvarez, M. y Carrasco, R. (2014). *Alimentación y desarrollo humano a través de la historia: Importancia histórica de los alimentos en la evolución humana*. Recuperado de <https://books.google.co.ve/books?id=hp6GoAEACAAJ&dq=importancia+de+la+alimentacion+en+el+hombre&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiJrlu9iqTTAhWT14MKHZMkC6cQ6AEIJTAB>.

Rodríguez, P y Larrosa, A. (2013). *Desnutrición y obesidad en pediatría*. México: Alfil, S. A.

Sapag, N. y Sapag, R. (2008). Preparación y evaluación de proyectos. Quinta edición. Editorial McGrawHill. Bogotá: Colombia.

UPEL (2016). Manual de trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales, 5ta Ed. Caracas, FEDUPEL. Recuperado de <https://es.slideshare.net/mirnalitaquirez/manual-upel-2016-1pdf>

www.bdigital.ula.ve

ANEXOS

www.bdigital.ula.ve

ANEXO A

Cuestionario de CANIA aplicado a madres, padres y representantes.

Fecha de evaluación: día mes año

Datos Personales

Apellidos: Nombres:

Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

Fecha de Nacimiento: día mes año

Edad Cronológica (EC): años meses días EC Decimal:

Diagnóstico nutricional antropométrico

Peso: Talla: CC: CMB:

Diagnóstico médicos asociados

Frecuencia semanal de consumo de alimentos (sin información) ☐ Preparaciones

Alimento	Frecuencia	Estatus	Alimento	Frecuencia	Estatus
Leche			Pan, cereales, galletitas		Monótona ☐
Yogurt			Carnes, quesos y huevo		Variadas ☐
Vegetales en ensaladas			Grasas		Agua ☐
Vegetales en jugo			Bebidas gaseosas		Vesos al día ☐
Frutas en jugo			Otros		No precisa ☐
Frutas enteras					

Estatus: Adecuada: 1 Inadecuada: 2

Rechazos y pertinencias de alimentos

Rechazos	Alimentos	Problemas para mastigar o tragar
		Si ☐
Preferencias		No ☐

Intolerancias alimentarias

Alimento	Signo / Sintoma	Descripción

Antecedentes dietéticos de importancia

Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ Duración: meses

Lactancia materna mixta Si ☐ No ☐ Duración: meses

Formula láctea

Tipo de fórmula	Nombre comercial	Edad inicio	Edad finalización	Inicia, Continuación, Soya sin Lactosa, Especial, Completa

Alimentación complementaria

Edad de incorporación: meses Incorporación a la mesa familiar: meses

Uso biberón Si ☐ No ☐ Sin información ☐ Hasta qué edad lo utilizó? Diluida ☐ Usó biberón meses N° de tomas al día N° de onzas / toma Condicionada ☐

CONDUCTAS ALIMENTARIAS

Apetito

Apetito	Descripción
Bueno	
Regular	
Malo	
Variable	
Elevado	

CONDUCTAS ALIMENTARIAS

Ambiente mientras come

Elementos distracción presentes Si ☐ No ☐

Televisor ☐ Radio ☐ Juguetes ☐ Animales ☐

Otros:

Lugar fijo Si ☐ No ☐ Horario fijo Si ☐ No ☐

Velocidad con que come

Rápido ☐ Despacio ☐ Normal ☐

Duración de la comida

<20 min. ☐ 20 a 35 min. ☐ >35 min. ☐ Estatus: Adecuado 1 Inadecuado 2

Cuidador responsable de la comida

Horas de comida	Horario	Lugar	Cuidador	Estatus	Lugar:
Desayuno (am)					Casa 1
Merienda (pm)					Casa Familiar 2
Almuerzo (pm)					Colegio 3
Merienda (pm)					Hogar de cuidado 4
Cena (pm)					Comida callejera 5
Merienda (pm)					

Estatus: Adecuada 1 Inadecuada 2

Disposición del niño durante la alimentación

Si No Buena disposición Si No Espontáneo Si No Colaborador Si No

Atento ☐ Buena disposición ☐ Espontáneo ☐ Colaborador ☐

Interacción del niño con cuidador con respecto a la alimentación

Rebelde ☐ Pasivo ☐ Apático ☐ Responde adecuadamente ☐

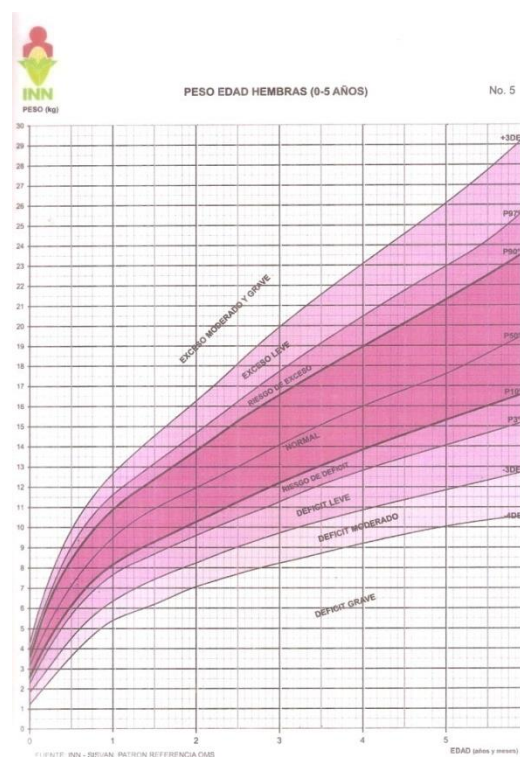
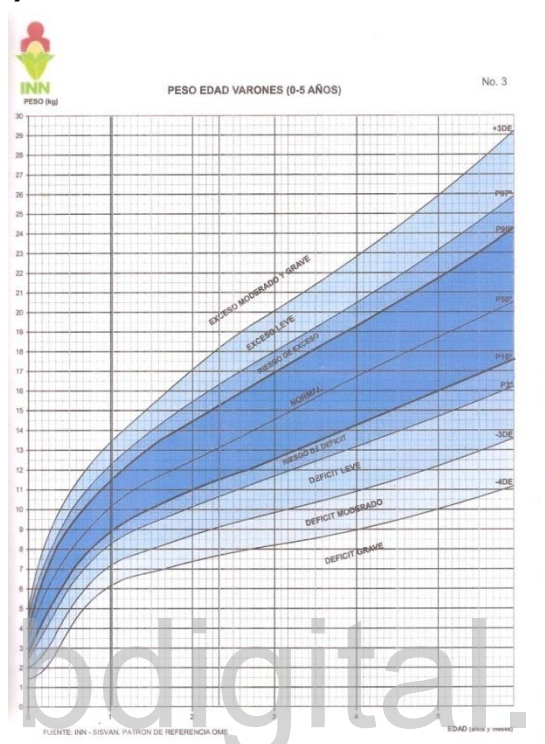
Escala Graffar

Profesión del jefe del hogar	1	2	3	4	5
Nivel de instrucción de la esposa (o) o cónyuge	1	2	3	4	5
Principal fuente de ingreso del hogar	1	2	3	4	5
Condiciones de alojamiento	1	2	3	4	5

TOTAL	ESTRATO SOCIAL
4-5	I
7-9	II
10-12	III
13-16	IV
17-20	V

ANEXO B

Tablas para evaluar estado nutricional. (Fuente INN- SISVAN. Patrón de referencia OMS).



ANEXO C

Aplicación de la encuesta a las madres, padres y representantes.





ANEXO D

Evaluación antropométrica a los niños.

