

**Conocimiento de las madres sobre alimentación adecuada
en niños de 0 a 2 años**

Mabel Cabral Sánchez

Tutoras: Lic. Sully Rossana Sanabria de Rodríguez
Lic. Esperanza Ríos

Tesis presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica
Intercontinental, como requisito realizar el trabajo final para obtener el Título de
Licenciado en Enfermería

San Pedro – Paraguay
Diciembre de 2021

Constancia de aprobación de los tutores

Quienes suscriben, Lic. Sully Rossana Sanabria de Rodríguez CI N° 1970127. y Lic. Esperanza Ríos CI N° 985324, tutoras del trabajo de investigación titulado “Conocimiento de las madres sobre alimentación adecuada en niños de 0 a 2 años” hacen constar que dicho trabajo reúne los requisitos establecidos en el reglamento de elaboración de tesis presentado por la Vicerrectoría Científica y Tecnológica de la Universidad Tecnológica Intercontinental para la aprobación del proyecto.

En la ciudad de San Pedro de Ycuamandyyú, a los días del mes de diciembre. de 2021.

Lic. Sully Rossana Sanabria de Rodríguez
CI N° 1970127

Lic. Esperanza Ríos
CI N° 985324

Dedico este trabajo a:

A mis padres, pilares de mi existencia y fundamento de todos mis esfuerzos.

A mis hermanos por la motivación constante para seguir creciendo más en el estudio como fuente del éxito profesional

Agradezco a:

A Dios y la Virgen María que me han iluminado en todos estos años de estudio.

A mis tutoras, Lic. Sully Rossana Sanabria de Rodríguez y la Lic. Esperanza Ríos, quienes en todo momento me brindaron orientación y apoyo.

A las madres de la comunidad de Tape Ka'aguy por su participación en el desarrollo de este trabajo de investigación.

Tabla de contenido

Carátula.....	1
Constancia de aprobación de los tutores.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Tabla de contenido.....	v
Lista de tablas	vii
Lista de gráficos.....	vii
Portada	1
Resumen	2
Marco introductorio	2
Tema de investigación	2
Planteamiento del Problema	2
Preguntas de la investigación.....	4
Pregunta general	4
Preguntas específicas	4
Objetivos de la investigación.....	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos	5
Justificación	6
Delimitación del trabajo	7
Marco Teórico	7
Antecedentes de la investigación.....	7
Antecedentes nacionales	8
Antecedentes internacionales.....	9

Bases teóricas.....	10
Crecimiento y desarrollo.....	10
Alimentación.....	11
Nutrición	14
Estado nutricional	15
Alimentación saludable en niños de 0 a 2 años	15
Suplementación en el niño	19
Mala programación	21
Tipos de alimentos, recomendaciones basadas en la evidencia.....	22
Alimentos que se deben evitar o limitar	28
Problemas alimento-nutricionales	33
La desnutrición.	34
Evaluación antropométrica	35
Desarrollo de hábitos alimentarios	36
Conducta Alimentaria.....	39
Estilos de crianza	42
Conocimiento de las madres.....	47
Identificación de las variables de estudio	48
Definición Operacional de las variables	48
Marco Metodológico	49
Diseño de Investigación.....	49
Tipo de Investigación	49
Nivel de conocimiento esperado.....	49
Población y muestra.....	50
Instrumentos y técnicas de recolección de datos	51
Validación.....	51

Descripción de los procedimientos del análisis de datos.....	51
Consideraciones éticas.....	51
Marco Analítico	52
Presentación y análisis de los resultados	52
Nivel de conocimiento de las madres	52
Discusión de los resultados.....	54
Conclusión	55
Recomendación	57
Bibliografía	57
Apéndice	65

Lista de tablas

Tabla 1: Distribución de puntajes de respuestas correctas	52
Tabla 2: Distribución de puntajes por practica de alimentación adecuada.....	55

Lista de gráficos

Gráfico 1: Distribución por niveles de conocimiento de las madres.....	53
Gráfico 2: Distribución según niveles de practica.....	56

Conocimiento de las madres sobre alimentación adecuada en niños
de 0 a 2 años

Mabel Cabral Sánchez
Universidad Tecnológica Intercontinental

Carrera de Enfermería, Sede San Pedro
Correo: mabic89@gmail.com

Resumen

La nutrición del infante en los primeros mil días de vida es la clave esencial para su futura vida sana, ya que, en esta etapa aumenta considerablemente la demanda de sustancias nutritivas y por ello, este subgrupo de la población es propenso a los desequilibrios e insuficiencias dietéticas. Con el avance de la ciencia, especialmente en el ámbito de la salud, igual existe caso de madres con poco conocimiento e interés sobre la importancia de la alimentación adecuada en niños de 0 a 2 años. El trabajo tuvo como objetivo general determinar el conocimiento de las madres de niños de 0 a 2 años sobre alimentación adecuada, Comunidad de Tape Ka'aguy de San Pedro de Ykuamandiyu, año 2021. Se siguió como diseño de investigación el no experimental, tipo descriptivo, enfoque cuantitativo y el instrumento utilizado fue el cuestionario con 14 preguntas cerradas y de opciones múltiples. La población estuvo conformada por 40 madres que acuden a la consulta en la Unidad de Pediatría del Hospital Regional de San Pedro. El comportamiento de las puntuaciones presenta niveles medio-alto de conocimiento: conoce los alimentos que ayudan a crecer más al niño; las recomendaciones de la preparación de los alimentos; el alimento que debe recibir el niño/a desde el nacimiento hasta los 6 meses; la preparación que nutre más al niño; la consistencia de los alimentos de los niños menores de dos años; la cantidad de alimento que debe ingerir el niño al iniciar su alimentación complementaria; los beneficios físicos de una adecuada alimentación complementaria; la edad en la que el niño debe iniciar el consumo de alimentos complementario; el tiempo de duración de la lactancia materna; los alimentos que dan más fuerza y / o energía al niño; la frecuencia que debe comer el niño al cumplir un año. Conclusión: el conocimiento de las madres de niños de 0 a 2 años sobre alimentación adecuada es alto.

Palabras claves: Conocimiento, madres, niños de 0 a 2 años, alimentación adecuada

Marco introductorio

Tema de investigación

Conocimiento de las madres sobre alimentación adecuada en niños de 0 a 2 años

Planteamiento del Problema

La nutrición del infante en los primeros mil días de vida es la clave esencial para su futura vida sana, ya que, en esta etapa aumenta considerablemente la demanda de sustancias nutritivas y por ello, este subgrupo de la población es propenso a los desequilibrios e insuficiencias dietéticas. Es de vital importancia una correcta nutrición para apoyar el crecimiento y desarrollo adecuado (González Hernández, 2016, pág. 597)

A nivel mundial, al menos uno de cada tres niños menores de cinco años no crece de manera adecuada porque sufre una o más de las tres formas más visibles de malnutrición: retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso (UNICEF, 2019, pág. 8)

En Paraguay según datos del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN): en el 2018, tres de cada diez niños y niñas menores de cinco años padecen de exceso de peso. El 11,4% de las niñas y niños menores de cinco años padece de desnutrición crónica. 3 de cada 10 escolares sufren de exceso de peso. La prevalencia de lactancia materna exclusiva es solo del 31,3%. (UNICEF, 2019)

A pesar de todos los avances tecnológicos, culturales y sociales de las últimas décadas, se ha perdido de vista el hecho fundamental: si los niños comen mal, viven mal. “Millones de niños subsisten con una dieta poco saludable porque simplemente no tienen otra opción mejor. La manera en que se entiende y se responde a la malnutrición debe cambiar: no se trata sólo de conseguir que los niños coman lo suficiente; se trata sobre todo de conseguir que coman los alimentos adecuados. Ese es el desafío de todos nosotros hoy en día (UNICEF, 2019)

Culturalmente, la madre es la que más influencia tiene en dependencia de sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y preparaciones alimentarias, por lo que su rol es fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias que condicionan el estado nutricional de los hijos (Ruiz de la Fuente, 2017)

Otro factor fundamental es el conocimiento que poseen los padres, el cual se puede definir como la capacidad de un individuo de integrar saberes, prácticas, hechos y realizados un juicio de la realidad. Bajo este paradigma, la correcta adquisición de buenos hábitos alimentarios y nutricionales en edades tempranas de la vida favorecería conductas y decisiones positivas, respecto de la elección (Nuñez-Martínez, 2020)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para revertir esta situación y garantizar una adecuada alimentación infantil, el nivel de conocimiento materno sobre alimentación juega un papel importante, puesto que son responsables de introducir hábitos saludables a temprana edad para una apropiada e informada elección de su alimentación (Becerra A, 2018)

Con el avance de la ciencia, especialmente en el ámbito de la salud, igual existe caso de madres con poco conocimiento e interés sobre la importancia de la alimentación adecuada en niños de 0 a 2 años.

Teniendo en cuenta estas informaciones y tratando de despejar dudas, se realiza las siguientes interrogantes.

Preguntas de la investigación

Pregunta general

¿Cuál es el conocimiento de las madres de niños de 0 a 2 años sobre alimentación adecuada, Comunidad de Tape Ka'aguy de San Pedro de Ykuamandiyu, año 2021?

Preguntas específicas

¿Cuál es el manejo de las madres sobre la alimentación saludable para niños de 0 a 2 años, Comunidad de Tape Ka'aguy de San Pedro de Ykuamandiyu, año 2021?

¿Cuál es el manejo de las madres sobre los tipos de alimentos que benefician a los niños de 0 a 2 años, Comunidad de Tape Ka'aguy de San Pedro de Ykuamandiyu, año 2021?

¿Cuál es el manejo de las madres sobre la frecuencia y porciones diarias de alimentos para niños de 0 a 2 años, Comunidad de Tape Ka'aguy de San Pedro de Ykuamandiyu, año 2021?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar el conocimiento de las madres de niños de 0 a 2 años sobre alimentación adecuada, Comunidad de Tape Ka'aguy de San Pedro de Ykuamandiyu, año 2021.

Objetivos específicos

Describir el manejo de las madres sobre la alimentación saludable para niños de 0 a 2 años, Comunidad de Tape Ka'aguy de San Pedro de Ykuamandiyu, año 2021.

Identificar el manejo de las madres sobre los tipos de alimentos que benefician a los niños de 0 a 2 años, Comunidad de Tape Ka'aguy de San Pedro de Ykuamandiyu, año 2021.

Indagar el manejo de las madres sobre la frecuencia y porciones diarias de alimentos para niños de 0 a 2 años, Comunidad de Tape Ka'aguy de San Pedro de Ykuamandiyu, año 2021.

Justificación

Sin lugar a dudas, una adecuada alimentación del niño durante los dos primeros años de vida es importante y fundamental para el óptimo crecimiento y desarrollo del mismo. A su vez, las pautas alimentarias aprendidas durante estos años, son las bases para la constitución de los hábitos alimentarios del individuo. El rápido crecimiento de los niños, condiciona elevados requerimientos nutricionales que, sumado a una capacidad de ingesta limitada en volumen, esta etapa presenta en sí misma una alta vulnerabilidad nutricional.

Dado que la malnutrición tiene un efecto en la mortalidad infantil y las estrategias basadas exclusivamente en la detección y tratamiento de niños con este problema grave no son suficientes para controlarlo, es indispensables el papel que cumplen las madres si están respaldados por un alto nivel de conocimientos acerca de alimentación saludable.

Sobre esta base se presenta que la población del Paraguay ha aumentado considerablemente en los últimos años, por tanto, se observa que también ha aumentado la cantidad de niños malnutridos, ante esto surgen algunas dificultades como el poco conocimiento de las madres de 0 a 2 años sobre la adecuada alimentación.

La investigación se justifica tanto en el ámbito teórico como en el práctico. En el ámbito teórico, porque en la Comunidad de Tape Ka'aguy de San Pedro de Ykuamandiyu no existe investigación sobre el conocimiento de las madres de niños de 0 a 2 años sobre alimentación adecuada. La investigación posibilitará determinar el conocimiento de las madres de niños de 0 a 2 años sobre alimentación adecuada, Comunidad de Tape Ka'aguy de San Pedro de Ykuamandiyu, año 2021.

Este estudio posibilitará una información enriquecedora sobre la importancia de la adecuada alimentación de niños de 0 a 2 años para prevenir muchas enfermedades y contribuir con un nuevo enfoque metodológico que permita incrementar y profundizar el conocimiento respecto a este tema.

A nivel práctico, esta investigación puede contribuir al desarrollo de programas del ámbito de la salud, implementando charlas educativas a los personales de salud y a las madres, porque es un problema de relevancia social para mejorar la calidad de vida. Por lo tanto, la puesta en marcha de esta investigación es totalmente viable por la facilidad para la obtención de los datos, fuentes para el marco teórico, interés de la sociedad en el tema y los recursos para la obtención de los insumos requeridos para el desarrollo del trabajo.

Delimitación del trabajo

Este trabajo se circunscribe en determinar el conocimiento de las madres de niños de 0 a 2 años sobre alimentación adecuada, Comunidad de Tape Ka'aguy de San Pedro de Ykuamandiyu, año 2021.

Marco Teórico

Antecedentes de la investigación

La nutrición adecuada durante la niñez temprana, como componente esencial para el desarrollo del potencial humano del infante, es una preocupación constante reflejada

en numerosos estudios publicados. Sin embargo, tanto a nivel nacional como local son escasos los reportes sobre el conocimiento de las madres de la alimentación adecuada del niño de 0 a 2 años.

Antecedentes nacionales

Existen factores que pueden influir en una adecuada alimentación del niño como son los hábitos, costumbres, entorno social, prácticas maternas y la educación nutricional, de gran importancia en la etapa de los primeros años de vida. En las Guías Alimentarias del Paraguay, se advierten que la escasa información a las madres y el desconocimiento de las técnicas correctas, constituyen entre otros factores de riesgo de los problemas nutricionales del lactante y ni menor (Arbo et al., 2012).

El estudio realizado por Villalba Araujo & Dávalos Acosta, (2013) para comparar el nivel de conocimientos y hábitos alimentarios pre y post capacitación en las Guías Alimentarias del Paraguay para niños mayores a 2 años, en familias de zona urbana y rural, concluye: “El impacto de la intervención fue positivo en ambas zonas al reflejar un aumento en el nivel de conocimientos y una modificación favorable en los hábitos alimentarios, de allí la importancia de fomentar la educación alimentaria-nutricional en la población” (p. 15).

Núñez-Martínez et al., (2020) realizaron un trabajo para determinar la asociación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de cuidadores sobre alimentación infantil de niños de 2 a 5 años que acudían al Hospital Materno Infantil de Loma Pytá de la ciudad de Asunción en junio de 2019. Estudio observacional, analítico de corte transversal. La población a estudiar estuvo compuesta por cuidadores de niños de 2 a 5 años que consultaban en el Hospital Materno Infantil de Loma Pytá del Ministerio de Salud. Se aplicó un cuestionario en el cual se incluyeron preguntas en relación nivel de conocimientos y prácticas a los cuidadores sobre alimentación de sus niños, además de una frecuencia alimentaria. En cuanto al nivel de conocimiento sobre los hábitos alimentarios que tenían los cuidadores de los niños, la mayoría tenía un conocimiento medio (40%). En relación a las prácticas sobre los hábitos alimentarios que los cuidadores tenían respecto a los niños, 80% de ellos tenían un nivel inadecuado. En cuanto a la asociación entre el nivel de conocimientos y el nivel de práctica se encontró relación estadísticamente significativa entre estas variables con un valor de $p < 0,001$ para la prueba

de Chi Cuadrado. Esto significa que existía relación entre lo que sabían los cuidadores de estos niños y las prácticas que realizaban.

Antecedentes internacionales

En un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación y nutrición en madres de niños menores de tres años, gestantes y escolares, donde se encontró que

Existe una diversidad a nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los diferentes públicos objetivos: gestantes, madres de niños menores de tres años y escolares, que parten desde la disponibilidad, el acceso y las percepciones y valoraciones respecto a los diversos alimentos locales, motivo por el cual amerita diseñar intervenciones específicas a fin de modificar o mejorar las prácticas alimentarias y también mejorar los indicadores nutricionales regionales y también los del país (Perú Instituto Nacional de Salud, 2015, p, 9).

Zamora & Ramírez, (2013) encontraron que “el nivel de conocimiento y prácticas alimentarias de las madres es deficiente en mayor porcentaje, y existe relación altamente significativa entre conocimiento y prácticas alimentarias de las madres en estudio” (p. 38).

Ajete, (2017), Evaluó los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de las madres con niños de 6 a 24 meses de edad y encontró que

No todas las madres tenían conocimientos adecuados sobre los alimentos que debían dar al niño a partir del primer año de vida. La mayoría mantuvo actitudes favorables y buenas prácticas durante la alimentación de sus hijos, con excepción del uso de biberón (p.10).

Zurita Esquivel, (2017) en un estudio realizado con el objetivo de determinar los conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de dos años sobre alimentación complementaria, concluye:

La mayoría de madres participantes presentaron un alto nivel de conocimiento sobre alimentación infantil y ninguna, nivel bajo. Se identificaron las prácticas que tienen las madres, de las cuales más de la mitad cumplía correctamente con

las prácticas de alimentación complementaria (p. 18).

Quispe Cayetano & Riveros Quispe, (2019) en el trabajo desarrollado para determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria en lactantes de 6 - 12 meses de edad, concluyen que “el mayor porcentaje de madres obtuvieron un conocimiento medio y el menor porcentaje un conocimiento bajo respecto a la alimentación complementaria de lactantes de 6 a 12 meses”

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de los primeros alimentos (o alimentos complementarios) para reemplazar gradualmente la leche materna entre los 6 y los 23 meses de edad.

UNICEF, (2019) reporta resultados de talleres donde se muestran que, en muchos casos, las prácticas alimentarias empleadas no son óptimas. Casi todas las mujeres amamantaron a sus bebés desde el nacimiento o dentro de los primeros 10 días después del nacimiento. Sin embargo, casi dos de cada cinco mujeres introdujeron sustitutos de la leche materna antes de que sus bebés tuvieran 8 semanas de edad y la mayoría combinaron leche materna y sustitutos de la leche materna (y a menudo otros líquidos) antes de que sus hijos tuvieran 6 meses de edad. Esto podría deberse al hecho de que los sustitutos facilitan que la madre trabaje. La mayoría de las madres introdujeron los primeros alimentos a los 6 meses de edad, pero una quinta parte comenzó antes de que su bebé tuviera 5 meses. Algunas esperaban a que tuviera entre 7 y 9 meses de edad.

Bases teóricas

Crecimiento y desarrollo

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo.

En condiciones biológicas el peso al nacer se cuadruplica durante los 2 primeros años de vida y la talla se duplica a los 4 años. A partir del primer año de vida el crecimiento aproximado es de 12 cm por año. La ganancia de peso es aproximadamente

de 2 a 2.5 kg por año. Se produce un aumento de las extremidades inferiores, se pierde agua, grasa, aumenta la masa muscular y el depósito mineral óseo (Raiten et al., 2014).)

En los dos primeros años de vida el niño adquiere más masa magra que grasa y posteriormente esta proporción se invierte. Esto es determinante ya que masa magra significa: músculos, huesos, vísceras y cerebro (Yajnik, 2014). La velocidad de crecimiento neural (cerebro, duramadre, aparato óptico, médula espinal, región etmoidal y cavidades nasales) es alta durante los primeros años de vida; llama la atención que durante el primer año se alcanza un 40% de su crecimiento, y a los 5 años alcanza aproximadamente el 85% de la masa neural que tendrá cuando sea adulto (Raiten et al., 2014).

Las alteraciones que ocurran durante los primeros 2 años de vida generarán morbimortalidad futura afectarán el desarrollo mental - motor y a largo plazo puede asociarse abajo rendimiento intelectual, disminución en la capacidad de trabajo y alteraciones en la capacidad reproductiva (Pantoja Ludueña, 2015). La ganancia rápida de peso desde los dos hasta los cuatro años se asocia a incremento de la masa grasa, y consecuentemente con el desarrollo de Diabetes Mellitus, Obesidad, Hipertensión arterial, síndrome metabólico.

Alimentación

La alimentación es la manera de proporcionar al organismo los alimentos que le son indispensables (MSP y BS, 2011). Consiste en el aporte e ingreso de un grupo de alimentos al organismo humano, con la finalidad de satisfacer el apetito, las funciones fisiológicas, regular el metabolismo y mantener la temperatura corporal. De tal forma que, una adecuada alimentación no solo implica ingerir los niveles apropiados de cada uno de los nutrientes del alimento, si no obtener un balance adecuado para mantener un estado nutricional adecuado.

De lo anterior se infiere que una alimentación adecuada es aquella que contiene los nutrientes suficientes para el crecimiento normal del ser humano los cuales están integrados por los alimentos formadores, protectores y energéticos. Por defecto la alimentación inadecuada se refiere a todo alimento que no aporta las cantidades apropiadas de nutrientes indispensable para el crecimiento del ser humano, es decir,

pueden contener nutrientes en pocas o excesivas cantidades (Hoyos & Juárez M, 2012).

Los primeros años de vida constituyen un período de extraordinaria importancia, que va a condicionar el resto de la vida del ser humano. Uno de los factores de mayor influencia para el pleno desarrollo del individuo, es una adecuada nutrición (Arbo et al., 2012).

Es durante esta etapa en que se produce el mayor desarrollo y crecimiento del niño, fundamentales para su proceso vital y depende de una buena alimentación, que proporcione los nutrientes indispensables para una evolución adecuada, ya que de lo contrario se puede caer en distintos grados de malnutrición (Merchan, 2015), es por ello que la adquisición de prácticas nutricionales adecuadas es indispensable (ASPCAT, 2016).

Como la alimentación se trata de un acto consciente es al mismo tiempo educable y durante la primera infancia se forman hábitos de alimentación e higiene que perduran toda la vida. La educación nutricional y la adquisición de hábitos alimentarios, debe formar parte de la cultura alimentaria que un niño adquiere a lo largo de su vida y por ello es labor de los padres de familia aportar esos conocimientos a sus hijos (Paraguay, MSP y BS, 2011)

González Hernández et al., (2016) señalan que los primeros mil días de vida es considerada la etapa más primordial e importante para el desarrollo y crecimiento del ser humano, este período va desde la gestación hasta el nacimiento y durante los dos primeros años de vida.

Se considera tiempo como la ventana crítica en el desarrollo del niño, ya que implica cambios trascendentales para la salud y la vida y debe tomarse como una oportunidad única en la que los niños obtengan beneficios nutricionales e inmunológicos que necesitarán el resto de su vida. Según UNICEF es hasta los 36 meses cuando el niño quintuplica su peso, se incrementa la talla y el cerebro, la talla en 1.95 veces y el cerebro en 3.5 veces el tamaño respecto a las características de su nacimiento, en los primeros tres años el cerebro del bebe crece hasta el punto que se logra ver los patrones de pensamiento y los de respuesta.

En esta etapa se forman la mayor parte de los órganos, tejidos y también el

potencial físico e intelectual de cada niño. Se desarrollará la inteligencia, se formarán los hábitos alimentarios perdurables y se definirá la salud nutricional del niño ya que una buena alimentación en estos mil días críticos será un seguro de salud para su vida futura (Raiten et al., 2014); (Rafael et al., 2017).

Algunos autores han señalado que la ganancia excesiva de peso temprana tiene un efecto sobre el estado metabólico a los 4 años. Otros aspectos críticos son el peso de la madre antes de embarazarse, la ganancia de peso durante el embarazo, el peso al nacimiento y la ganancia de peso postnatal, importante a partir de los 6 meses, y con un efecto mayor después de los 18 meses (Arbo et al., 2012).

Como puede verse, la alimentación cumple un papel trascendente en los primeros años de vida y depende de los hábitos alimentarios adecuados cubrir, no solo las necesidades fisiológicas sino también fomentar un ambiente favorable para que el niño se desarrolle adecuadamente en el aspecto psicológico.

Por otra parte, durante sus primeros años el infante desarrolla fuertes vínculos de afecto con las personas que están a su alrededor, que no sólo se relaciona con el cariño que se le entrega al niño sino especialmente con la manera en que se les pueda acoger, contener y calmar cada vez que sientan malestar. El apego se desarrolla desde el niño hacia su madre, padre o cuidador (no al revés). Es el niño quien busca protección y el adulto quien debe entregársela. La alimentación es una oportunidad de relacionarse con los niños(as) en la que también se desarrolla el apego.

Por otro lado, la evidencia ha demostrado que tanto el apego como la alimentación, son reguladores del estrés y de los afectos del infante, por lo que el apego inseguro durante los primeros dos años predice el riesgo de obesidad a los 4 años y 15 años de vida (Unicef, 2014). Si estas necesidades no se cumplen la situación es irreversible trayendo consigo una disminución de la capacidad funcional de trabajo, del desarrollo mental e intelectual, del crecimiento físico y de la productividad individual y social, por lo que la prevención es fundamental.

Tomando en cuenta lo anterior, es posible comprender que la alimentación ofrece un amplio potencial para prevenir, tratar o incidir en algunas de las enfermedades, ya que

puede considerarse como un factor modificable. Sin embargo, la acción de alimentarse depende de hábitos y costumbres que tienen componentes conscientes e inconscientes, por cuanto no son fáciles de modificar. E aquí la importancia de una correcta educación alimentaria y nutricional que mejora los conocimientos, actitudes, comportamientos y favorece el consumo de una dieta saludable (Priego Alvarez et al., 2014).

Para una alimentación adecuada del infante, la madre como primera cuidadora, constituye el eslabón principal y de sus conocimientos sobre alimentación adecuada depende que su hijo tenga un crecimiento y desarrollo saludable. Con frecuencia es ella quien se encarga de la compra de alimentos, las formas de preparación.

Nutrición

La nutrición es considerada como uno de los hábitos más relevantes para poder vivir una vida más saludable. La Organización Mundial de la Salud define la nutrición como la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo.

En las Guías Alimentarias del Paraguay se define la nutrición como:

Un conjunto de procesos fisiológicos por los cuales el organismo recibe, transforma y utiliza las sustancias químicas contenidas en los alimentos. Este proceso natural no depende de la voluntad del ser humano. Existen muchas maneras de alimentarse, pero sólo una de nutrirse, pues una persona puede creer estar bien alimentada y, sin embargo, no estar bien nutrida (MSP y BS, 2011).

UNICEF, (2018) señala que la nutrición en los primeros años de vida juega un papel importante en el crecimiento físico y desarrollo intelectual del ser humano. Una adecuada nutrición favorecerá tanto su crecimiento corporal como el desarrollo de sus capacidades cognoscitivas y lo harán más inmune o resistente a las enfermedades. Por el contrario, una inadecuada alimentación o malnutrición limitara su crecimiento y el desarrollo de su capacidad cognoscitiva, haciéndolo más propenso a enfermedades y a la muerte.

En tal sentido, 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.

Estado nutricional

El estado nutricional es la condición física que presenta el preescolar como el resultado del balance entre los requerimientos, ingesta de energía y nutrientes. Es principalmente el resultado del balance entre necesidad y gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales; una conducta interna del individuo que se refiere a la disponibilidad y utilización de la energía y los nutrientes a nivel celular

La alteración del estado nutricional está determinada por factores como, el insuficiente acceso a alimentos nutritivos, servicios de salud inadecuados, deficiencia de servicio de agua, saneamiento, nivel.

Disponibilidad de alimentos: Manejo de cultivos, tipos de cosecha, medios de producción, métodos de almacenamiento y procesamiento, exportación, calidad y seguridad del transporte y comercialización, importación, roles sociales.

Acceso a los alimentos: Que los alimentos lleguen al mercado a tiempo a un precio que la población los pueda comprar

Accesibilidad a los alimentos: Empleo e ingresos económicos producción hogareña acceso a alimentos fortificados o nutricionalmente mejorados precio de los alimentos remesas

Aceptabilidad y consumo: Que la población seleccione, elija y consuma alimentos de alto valor nutritivo.

Consumo de alimentos: Cultura y hábitos alimentarios, capacidad de compra, disponibilidad de alimentos, influencia social, distribución intrafamiliar de los alimentos, publicidad hambre y apetito, comodidad y tiempo, estado de ánimo, estado de salud, conocimientos de nutrición

Utilización biológica: Que la población se encuentre en óptimas condiciones de salud de manera que al comer el alimento éste sea bien aprovechado por el organismo.

Alimentación saludable en niños de 0 a 2 años

La OMS y el UNICEF recomiendan: inicio inmediato de la lactancia materna en

la primera hora de vida; lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida; introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los seis meses, continuando la lactancia materna hasta los dos años o más.

La leche materna es el alimento único e irremplazable debido a que suministra todos los nutrientes que garantizan un desarrollo adecuado, previene infecciones y estrecha la relación del binomio madre-hijo (González Hernández et al., 2016). Al respecto, la Asociación Española de Pediatría menciona que:

Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo y una adecuada relación de apego seguro con su madre, ambos esenciales para un correcto desarrollo como persona independiente y segura. Por todo ello la lactancia materna es considerada el método de referencia para la alimentación y crianza del lactante (AEP, 2012, p. 2);

La composición nutricional de la leche materna es influenciada en parte por la alimentación materna, por lo que durante este período debe tener una completa y adecuada nutrición.

En las Guías Alimentarias para Niñas y Niños Menores de 2 años del Paraguay (Arbo et al., 2012) se encuentra que, la leche de los primeros días, llamada calostro, es un líquido claro o amarillento que, en comparación con la leche madura, presenta las siguientes características: Mayor cantidad de sustancias nutritivas en poca cantidad de líquido; Más proteínas, vitaminas (por ejemplo, vitaminas A y E) y minerales; Mayor concentración de sustancias que protegen al recién nacido contra infecciones (los anticuerpos).

El calostro aumenta su volumen en forma progresiva durante los primeros tres días dependiendo de la cantidad de veces que el niño/a mame. Además, facilita el movimiento intestinal en el recién nacido y parece tener una acción protectora lubricante para el pezón de la madre.

La leche madura: Se empieza a producir alrededor de los 10 días después del parto, en una cantidad diaria promedio de 700 a 800 ml. Tiene las mismas propiedades

protectoras que el calostro.

Los principales componentes de la leche madura son (Arbo et al., 2012):

Agua: que satisface las necesidades de líquidos del niño/a, por eso no es necesario darle agua u otro líquido mientras se esté amamantando en forma exclusiva, es decir, si está recibiendo solamente leche materna.

Carbohidratos o Hidratos de Carbono: principalmente lactosa y además contiene un factor llamado “bífido” que impide el crecimiento de gérmenes que dañan al intestino del niño/a amamantado.

Proteínas: de fácil digestión para el niño/a, que en cantidades adecuadas son necesarias para el crecimiento y el desarrollo cerebral, en especial la taurina, aminoácido esencial importante durante los primeros dos años de vida. Contiene además otras proteínas como la lisozima, que protege contra las bacterias que atacan el intestino y la lactoferrina que favorece la absorción del hierro.

La leche de las madres de recién nacidos prematuros, tiene aún mayor cantidad de proteínas y factores de defensa, necesarios para cubrir las necesidades nutricionales de los mismos.

Grasas o Lípidos: que se digieren fácilmente. Poseen una buena cantidad de grasas especiales, llamadas ácidos grasos esenciales necesarias para el adecuado desarrollo del cerebro y otros órganos nerviosos.

La cantidad de grasa en la leche materna es variable, según sea ésta de inicio o del final de la mamada (mayor cantidad hacia el final de cada mamada). El contenido de grasa de la leche de la madre de un recién nacido prematuro es el adecuado a las necesidades del mismo.

Vitaminas y Minerales: la cantidad de vitaminas y minerales que contiene la leche materna depende de la alimentación de la madre.

Resulta esencial que los trabajadores de la salud indiquen apego precoz durante las primeras horas de vida en las salas de maternidad y eduquen a la madre a alimentar al pecho materno de manera exclusiva al recién nacido y lactante, orientándola sobre la

importancia de mantener una adecuada alimentación, para así lograr que la lactancia materna sea siempre el pilar fundamental de la alimentación del niño en la primera etapa de vida. Una mejor nutrición en esta ventana crítica del desarrollo humano no sólo salva vidas sino también mejora el desarrollo cognoscitivo, los logros escolares y fomenta el capital humano (AEP, 2012).

La lactancia materna exclusiva se recomienda según la OMS, Asociación Española de Pediatría, Sociedad Europea para Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) hasta los primeros 6 meses de vida, y se recomienda la continuación de la lactancia materna después de introducir la alimentación complementaria¹⁰ y mantenerla durante los primeros 2 años, hasta que la madre y el niño así lo deseen (AEP, 2012); (Unicef, 2014);

La lactancia materna ejerce un efecto protector contra las infecciones y la atopia, debido a efectos inmunomoduladores sobre la respuesta inmune neonatal.(Dalmau et al., 2015). La leche humana contiene numerosos componentes relacionados con la inmunidad tales como; IgA, leucocitos, oligosacáridos, lisozima, lactoferrina, interferón gama, nucleótidos, citoquinas y otros. Estos componentes ofrecen una protección pasiva al tracto gastrointestinal y en cierta medida al tracto respiratorio superior, lo que evita la adhesión de patógenos a la mucosa y así protege contra las infecciones invasivas (Rivero Urgell et al., 2015).

El tipo de lactancia, la duración y el momento de introducción de los alimentos sólidos en la dieta, se han considerado como puntos importantes en la patogenia de algunas enfermedades no transmisibles como la alergia, la obesidad, Diabetes Mellitus y la enfermedad celiaca (González Hernández et al., 2016).

Aguilar Cordero et al., (2016) encontraron que los bebés alimentados con leche materna tienen menos probabilidades de padecer enfermedades gastrointestinales, respiratorias, alérgicas o asma, y también previene la obesidad infantil. Además, la lactancia materna tiene efectos beneficiosos para la madre, pues disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama, enfermedades cardiovasculares y el síndrome metabólico. Se deben aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva, al menos hasta los 6 meses de vida.

La alimentación infantil debe realizarse en familia y en un entorno agradable, para estimular el apetito y los buenos hábitos alimentarios.

El factor que más influye en la adquisición de los hábitos alimentarios del niño es el medio familiar, los hábitos de los padres que el niño vive diariamente e imita de manera continua. Como el resto de normas de conducta o de higiene, los hábitos alimentarios se aprenden y adquieren por repetición, imitación los hábitos de los adultos de su medio familiar y escolar. La educación del niño en normas y hábitos saludables requiere que los posean los adultos (Frontera & Cabezuelo citado en Girón Mendivelso & Plazas Jaimes, 2019, p. 62)

Según la Sociedad Argentina de Pediatría, la gran mayoría de alimentos utilizados para ablactación en nuestros países (cereales, granos y vegetales) son carentes de micronutrientes y zinc. Por lo que la estrategia de suplementarlos con micronutrientes, así como la selección de alimentos ricos en hierro y zinc de acuerdo a las necesidades del lactante son conductas valiosas que si se realizaran en forma sistemática ayudarían a corregir el problema (Fernandez et al., 2011).

Los objetivos de la alimentación complementaria son: 1. Proporcionar una dieta adecuada que cubra los requerimientos nutricionales del niño para un crecimiento y desarrollo óptimo, 2. Desarrollar buenos hábitos que en un futuro prevengan obesidad, dentición deciente, diabetes, enfermedades cardiovasculares, 3. Suministrar una dieta equilibrada y completa que evite deficiencias de nutrientes específicos (hierro, zinc, calcio, vitamina A y D) y 4. Desarrollo del gusto y palatabilidad: diferentes texturas, olores y sabores ya que esta es la base para una alimentación saludable en un futuro no lejano.

Suplementación en el niño

Existen pautas para suplementar las vitaminas y minerales en el niño. A partir del tercer día de vida, se inicia la vitamina D, al sexto mes el complejo de vitaminas B y hierro, aunque la suplementación varía dependiendo de ciertas características del bebe como la prematurez, antecedente de anemia/ictericia, bajo peso al nacer, entre otros.

La Vitamina K es necesaria para la síntesis de los factores de la coagulación V, VII IX y X. Su déficit se asocia a trastornos de la coagulación. La vitamina K atraviesa

la placenta, pero en cantidad muy limitada. Los niveles del feto y del neonato son muy bajos por lo que se debe realizar su administración sistemática a todos los recién nacidos a una dosis de 0.5 a 1 mg a el primer día de vida.

La fuente óptima de calcio durante el primer año de vida es la leche materna. La biodisponibilidad del calcio en la leche materna es mayor que en las fórmulas de inicio (58% y 38% respectivamente). Para obtener niveles comparables a la leche materna, se aumentaron las concentraciones de calcio en las fórmulas. Los requerimientos rondan los 700 mg/día (Grimshaw et al., 2014); (González Hernández et al., 2016).

El hierro y zinc están presentes en la LM a una concentración relativamente baja pero su disponibilidad y absorción es elevada. Si las reservas de hierro de la madre son adecuadas, los niños que nacen a término tienen reservas de hierro y zinc que permiten, satisfacer sus necesidades los primeros 6 meses; dado que los depósitos fetales se establecen en el último trimestre del embarazo los prematuros presentan déficit y requieren suplementación con estos nutrientes desde los primeros meses de vida. El hierro es un cofactor de enzimas cerebrales importante en la síntesis de neurotransmisores y tiene una influencia sobre el crecimiento dendrítico del hipocampo (Hardwick & Sidnell, 2014).

Existe evidencia que la anemia por déficit de hierro se asocia con una menor acción en los índices de desarrollo de los niños. Según reporte de la Sociedad Centroamericana de Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica, la mayor parte de la evidencia proviene de observaciones en las diferencias del estado basal entre niños con anemia ferropriva y niños no anémicos. La deficiencia severa de hierro da como resultado una actividad más pobre. Los infantes y niños menores con anemia ferropriva presentan frecuentemente dificultades en el lenguaje, coordinación motora y el mantenimiento del equilibrio corporal, quizá lo que parece más evidente es una alteración en los niveles de atención, con respuestas inadecuadas, en las diversas variaciones del humor y en el estado de ánimo (Jiménez Acosta et al., 2018)

Aunque la administración de hierro en niños que viven en condiciones socioeconómicas precarias, con muy poca estimulación y bajo nivel educativo, no parece ser capaz de promover un desarrollo psicomotor normal, las pruebas de desarrollo mental y psicomotor tienen un score inferior en infantes y niños pequeños que tienen anemia en

comparación con aquellos que solo presentan deficiencias de hierro.

La mayoría de estudios muestran que es necesario tratar precozmente la anemia ferropriva y la deficiencia de hierro severa con el fin de garantizar un adecuado desarrollo mental, motor y así asegurar el futuro del niño.

Mala programación

En los últimos años se han producido importantes cambios en el estilo de vida de la población y con ello en la alimentación de niños y adolescentes. El avance tecnológico alimentario y culinario, incorporación de la mujer en el trabajo, estructura familiar, publicidad y la incorporación más temprana de los niños en la escuela, entre otros factores pueden condicionar un consumo de alimentos de baja calidad nutricional (Raiten et al., 2014).

Según hallazgos de Boccolini et al., (2013) las tasas de sobrepeso y obesidad están en aumento en niños en edad preescolar, el estado nutricional de la madre y la alimentación en los primeros 2 años de vida se consideran una ventana crítica para su riesgo. La obesidad y diabetes mellitus materna es un factor que contribuye a obesidad y a la diabetes mellitus en edad temprana. (Jiménez Ortega, 2017).

A tal efecto, Hanson et al., (2011) ya señalaba que la estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de obesidad debe iniciarse en la infancia, a través de su promoción en Centros de Atención Primaria.

González Hernández et al., (2016) refieren que el microbiota intestinal es responsable de la integridad y función del tracto gastrointestinal por medio del efecto de barrera, estimulación del sistema inmune y síntesis de sustancias. El efecto de barrera es contra el crecimiento de bacterias patógenas y se ejerce por medio de una competencia de alimentos entre las bacterias mutualistas y patógenas. Además, ese desequilibrio del microbiota ejerce alteraciones en el pH intraluminal. El microbiota estimula el sistema inmune al activar los tejidos linfoides asociados al intestino; más del 70% del tejido linfoide se encuentra en el intestino y un cuarto de este se concentra en la mucosa.

Avances recientes han permitido coleccionar más datos sobre las secuencias de ADN y metabolitos en el ser humano. Esto ha incrementado el entendimiento sobre las conexiones entre el microbiota intestinal y los metabolitos. Se ha identificado cómo la

microbiota determina niveles de metabolitos específicos, cómo se desarrolla el perfil de metabolitos en los niños y prospectos para evaluar el estado físico de una persona en base a su microbiota y/o sus metabolitos (Zavaleta & Astete-Robilliard, 2017). Por lo tanto, el metaboloma es el conjunto dinámico de moléculas y elementos químicos presentes en un organismo vivo como en la microbiota y nos revela el estado metabólico del tracto gastrointestinal. Nos permite describir el estado de la microbiota haciendo posible el estudio de respuestas celulares, mecanismos de defensa y mecanismos de homeostasis (almacenamiento y redistribución de la energía (Moreno del Castillo et al., 2018).

La microbiota intestinal y por la misma razón, los probióticos específicos pueden ayudar a la normalización de las propiedades de la microbiota aberrante, a las funciones de barrera del intestino, regulación de la secreción de los mediadores inflamatorios, así como al desarrollo del sistema inmunológico durante el período crítico de programación inmunológica, metabólica y microbiológica.

Se calcula que a nivel mundial más de 42 millones de niños tienen sobrepeso. Aun cuando se atribuye generalmente a una mayor abundancia de alimentos y menor actividad física, existe una evidencia creciente que sugiere que la predisposición a la obesidad puede adquirirse también en etapas más tempranas de la vida.

Los niños con bajo peso y que muestran rápida recuperación del crecimiento en las primeras semanas de vida tienen un alto riesgo de obesidad. Lo mismo sucede con los bebés que nacen grandes para la edad gestacional (González Hernández et al., 2016).

Tipos de alimentos, recomendaciones basadas en la evidencia

Alimentación del lactante: ¿Qué dar de comer desde el embarazo hasta el primer año?

En las Guías Alimentarias para Niñas y Niños Menores de 2 años del Paraguay (Arbo et al., 2012) se encuentra que una alimentación saludable durante el embarazo y el periodo de lactancia, incluyendo el consumo de muchas frutas y verduras, ayudará a formar las preferencias del infante por alimentos saludables y nutritivos. Al mismo tiempo recomienda el consumo de pescado graso durante el embarazo y durante la lactancia como fuente de más ácidos grasos omega 3, necesarios para el desarrollo óptimo del cerebro.

De 0 a 6 meses. Las buenas prácticas basadas en evidencias indican que durante los primeros 6 meses (o hasta la introducción de alimentos sólidos), la mayoría de los lactantes sólo necesitan leche materna (o fórmula).

La leche materna proporciona casi todos los nutrientes necesarios para un crecimiento óptimo y fortalece el sistema inmunológico del bebé. La composición de la leche materna cambia a medida que el bebé crece para satisfacer sus necesidades nutrimentales individuales.

Se recomienda que la lactancia continúe hasta que su bebé tenga por lo menos 1 año de edad.

Se recomienda que los lactantes exclusivamente amamantados reciban un suplemento diario de vitamina D (400 UI), ya que esta vitamina es baja en la leche materna. Las fórmulas infantiles están enriquecidas con vitamina D. Sin embargo, si el bebé consume menos de un litro por día de fórmula, su médico puede recomendarle un suplemento de vitamina D para el bebé.

Si no está alimentando al bebé con leche materna, la fórmula enriquecida con hierro es la siguiente mejor opción para satisfacer las necesidades nutrimentales durante los primeros seis meses de vida. No se recomienda alimentarle con fórmulas que tengan bajo contenido de hierro (aquellas con menos de 6.7 miligramos de hierro por litro).

Los recién nacidos consumen alrededor de 30-60 ml de fórmula en cada comida durante el primer mes de vida. Esta cantidad aumenta a aproximadamente de 60-90 ml por comida durante el segundo mes, y después aumenta gradualmente de 120-180 ml a los cinco meses.

Debe prestarse atención a las señales de hambre y saciedad de su bebé y nunca presione para que se termine el biberón. El bebé no necesita terminarse la fórmula del biberón.

Debe tomarse cuidado con el volumen de fórmula o leche materna extraída que darle en cada comida. Los estudios demostraron que el tamaño del biberón sí es importante. Cuanto mayor sea el biberón, mayor es la probabilidad de que el bebé

consume más de lo necesario.

No se recomienda ofrecer jugos de frutas o bebidas azucaradas antes del primer año de vida de su bebé.

Sólo se deberá dar al bebé leche materna o fórmula en biberón. No agregar cereal a la leche del bebé que está en el biberón. Esta práctica no mejora el sueño de su bebé por la noche y puede interferir con la forma en que se absorben los nutrientes de la leche materna o la fórmula.

De 6 a 12 meses. Cuando transcurrieron entre cuatro y seis meses de edad, debe prestar atención a sus signos de desarrollo para averiguar si está listo para empezar a comer alimentos sólidos.

Estos signos incluyen sentarse sin apoyo, morder y masticar alimentos y la capacidad de tragar alimentos, agarrar objetos con la mano y llevarse comida a la boca. Si el bebé empuja los sólidos con su lengua hacia afuera de la boca cuando se le ofrece comida (reflejo de empuje) y/o muestra náuseas cuando se le coloca una cuchara o comida en su boca, entonces aún no está listo para la introducción de alimentos sólidos.

En algún momento entre los cuatro y seis meses (cuando el bebé esté listo de acuerdo a su desarrollo) las necesidades nutricionales de su bebé ya no podrán ser satisfechas sólo con leche materna o fórmula. En este momento, debe empezar a introducir gradualmente alimentos sólidos, ofreciendo uno a dos cucharaditas de comida hecha puré o machacada, aumentando lentamente la cantidad sin dejar de prestar atención a las señales de hambre y saciedad. Si sigue hambriento después de consumir la pequeña cantidad de sólidos recomendada, entonces dele leche materna o fórmula.

Se recomienda alentar a las madres que eligen amamantar, a que continúen amamantando hasta que tenga por lo menos un año de edad.

De los 6 a los 12 meses, la leche materna o fórmula sigue siendo la fuente más importante de alimentación.

Los alimentos sólidos deben introducirse gradualmente. Inicialmente los alimentos sólidos proporcionarán alrededor de una tercera parte del total de

calorías que necesita y aumentarán a más de la mitad en el momento en que tenga un año de edad.

Los bebés alimentados exclusivamente con leche materna deben empezar a comer alimentos sólidos que sean ricos en hierro y zinc en algún momento entre los cuatro y seis meses, ya que en ese tiempo la leche materna no proporciona suficiente cantidad de estos nutrimentos.

Los cereales enriquecidos con hierro-zinc o carne mechada o hecha papilla, se recomiendan como los primeros alimentos sólidos para los bebés que son exclusivamente amamantados. En general, se recomiendan aproximadamente dos porciones diarias de cereal (dos cucharadas soperas por porción o tres a seis cucharadas soperas) de carne por día para satisfacer la necesidad de estos nutrimentos.

Sin embargo, cada bebé necesita diferentes cantidades para empezar. Debe prestarse atención a las señales de hambre y saciedad para descubrir cuánto necesita comer el bebé.

Si se elige alimentar al bebé con fórmula, se recomienda que use fórmula enriquecida con hierro y zinc. Es importante introducir sólidos a su bebé de manera gradual entre los cuatro y seis meses de edad, ya que esto fortalece su capacidad de aprender a comer una gran variedad de alimentos saludables con diferentes texturas y sabores. La introducción de alimentos sólidos también ayuda con el desarrollo, incluyendo las habilidades sociales.

Después de introducir cereales enriquecidos con hierro y zinc o puré de carne, no hay un orden particular para la introducción de alimentos sólidos. En este punto, el bebé es capaz de digerir y absorber los nutrimentos de los alimentos saludables pertenecientes a diferentes grupos de alimentos.

Sin embargo, es importante tener en cuenta mientras más temprano introduzca verduras (una vez que el bebé esté listo para consumir alimentos sólidos), mayor es la probabilidad de que los acepte fácilmente.

Al introducir una nueva verdura, se recomienda mezclarla primero con un alimento familiar como la leche materna, fórmula o cereal.

Combinar alimentos nuevos que son más difíciles de aceptar, como son algunas verduras, con alimentos que ya conocen, puede ayudar a aceptar y adquirir el gusto por las verduras con mayor facilidad. No es necesario dar el mismo alimento por varios días antes de darle a probar uno nuevo.

En el momento en que tenga entre 7 y 8 meses de edad, se recomienda introducir diversos tipos de alimentos de todos los grupos (verduras, frutas, granos, carnes/proteínas, productos lácteos)

Es importante ofrecer diversas verduras y frutas y evitar alimentos con valor nutricional limitado, como los que son altos en calorías, azúcar, sal y grasa (por ejemplo, papas fritas, cereales azucarados, galletas), para ayudar a ganar una buena cantidad de peso.

De lo que el bebé come alrededor de sus 9 meses indicará aquello que le gustará comer cuando esté en edad escolar. Por lo mismo, es necesario ofrecerle diversas verduras y frutas y productos de grano integral (por ejemplo, arroz integral, cereales integrales).

Es importante introducir una gran variedad de verduras y frutas preparadas de diferentes maneras saludables y texturas antes de que cumpla un año de edad. Esto expondrá al bebé a diversos sabores y texturas que le harán más fácil aceptar y adquirir el gusto por los alimentos saludables de todos los grupos de alimentos (frutas, verduras, granos enteros, productos lácteos y proteínas).

Así, el bebé también aprenderá a autocontrolar el deseo de alimentos poco saludables que tiene cantidades excesivas de calorías, azúcares, sodio (sal) y grasas saturadas añadidos.

En algún momento entre los 6 y 8 meses, debe incorporarse comida machacada o hecha puré y gradualmente haga la transición a alimentos grumosos y alimentos suaves que puedan coger con la mano.

Después, entre los 8 y los 12 meses, el bebé puede empezar a comer alimentos picados y alimentos duros que pueda tomar con los dedos. Experimentar diferentes texturas ayudará a mejorar sus habilidades de masticación y adquirirá el gusto por

diferentes alimentos saludables. Anime a su bebé a comer solo tan pronto como esté listo.

Entre los 6 y 11 meses los bebés comen aproximadamente cada dos o tres horas o aproximadamente cinco o seis veces durante el día.

Además de ofrecer de 180-240 ml de leche materna o fórmula enriquecida con hierro, en cada comida puede ofrecerle hasta 4 cucharadas soperas de alimentos infantiles enriquecidos con hierro o proteínas (carnes, huevos, legumbres) o productos lácteos como queso o yogur, y hasta dos cucharadas soperas de verduras o frutas.

Para una comida o merienda más pequeña puede ofrecerle leche materna o fórmula 60-120 ml y hasta ½ rebanada de pan de grano entero, o hasta 2 galletas de grano entero, o hasta 4 cucharadas soperas de cereal infantil enriquecido con hierro; y hasta 2 cucharadas soperas de verduras o frutas o una combinación de ambas.

Una vez que su bebé empieza a comer alimentos sólidos, se recomienda ofrecerle agua potable en una taza. Esto ayudará a familiarizarse con el sabor y a adquirir el gusto por el agua simple.

Durante la preparación del alimento para el bebé, no agregar sal ni azúcar. Del mismo modo, al elegir los alimentos que ya están preparados, elegir opciones sin (o con cantidades limitadas de) sal o azúcares añadidos. Esto ayudará a la adquisición del gusto por los sabores naturales de los alimentos y evitará que consuma cantidades excesivas de sal y azúcar.

Alimentar al bebé con alimentos saludables que le proporcionan muchas vitaminas, minerales y fibra, incluyendo verduras frescas, frutas y productos de grano entero apropiados para su edad. También, asegurarse de darle alimentos nutritivos que proporcionen energía y una cantidad adecuada de proteínas (como huevos, pescado, carne).

Alimentos que se deben evitar o limitar

De acuerdo con las Guías Alimentarias del Paraguay (Arbo et al., 2012), la leche de vaca está contraindicada antes de que el niño cumpla un año de edad, ya que puede causar sangrado intestinal.

Las prácticas adecuadas basadas en la evidencia indican que las bebidas a base de plantas (p. ej. leches de soya, arroz, almendras) no son recomendadas en lugar de leche materna o fórmula, a menos que sea prescrita por su pediatra (por ejemplo, fórmula infantil a base de soya preparada comercialmente). Estas bebidas no están diseñadas para satisfacer las necesidades nutricionales de su hijo en la misma medida que la leche materna o fórmula infantil.

Se recomienda ofrecer puré de frutas frescas en lugar de jugos de frutas, ya que tienen un mayor valor nutricional. Además, tomar en cuenta que los jugos de frutas y las bebidas azucaradas son una fuente concentrada de calorías que pueden desplazar a otros alimentos que tengan un mejor valor nutricional o desincentivar a su bebé a comer otros alimentos nutritivos que no sean dulces.

Debe evitarse la introducción de jugos de frutas durante el primer año de vida. Evitar las bebidas azucaradas también puede ayudar a prevenir las caries dentales.

Se recomienda encarecidamente no ofrecer al bebé durante su primer año de vida ningún tipo de bebida azucarada incluyendo bebidas de sabores (mezcla en polvo saborizada para preparar bebidas, bebidas de frutas, sodas, horchata (agua de arroz azucarada), bebidas deportivas, té azucarado o cualquier otra bebida azucarada). Caso contrario, podría reforzar una fuerte preferencia por los alimentos y bebidas azucaradas y hacer que le resulte más difícil aprender a comer alimentos saludables como verduras, frutas y agua simple.

Antes de elegir los alimentos, revisar la etiqueta de los alimentos y la lista de ingredientes. Escoger alimentos con cantidades nulas o muy limitadas de azúcares añadidos y sodio (sal).

No darles miel a niños menores de 12 meses ya que puede causar una condición seria conocida como botulismo.

Supervisar al infante durante la hora de la comida y evitar ofrecerle alimentos que representen peligro de asfixia como son las nueces, uvas, palomitas de maíz, hot-dogs y caramelos duros.

Cuchara, taza y comer solo

Cuando el bebé tenga entre 6 y 12 meses, se recomienda hacer la transición del biberón a la taza.

A los 12 meses, su bebé debe ser capaz de alimentarse con cuchara y tomar una taza con ambas manos.

Alrededor de los 6 meses puede utilizar una cuchara de bebé para empezar a ofrecerle comida hecha puré y agua en una taza con popote sostenida por un adulto.

Alrededor de los 8 meses, su bebé comenzará a tratar de alimentarse con cuchara por sí mismo y es muy probable que sea capaz de beber de una taza con menos derrames.

Los bebés prefieren usar sus manos para explorar los alimentos sólidos. Aunque esto puede ser un poco sucio, le da oportunidad al niño de explorar y adquirir el gusto por la comida sana. Anime a su bebé a comer solo.

Alimentación para niños pequeños ¿Qué dar de comer durante el segundo año de vida?

Alimentación apropiada de acuerdo al desarrollo 3,20

Los niños de 1 a 2 años de edad tienen un estómago pequeño y sólo pueden comer porciones pequeñas en cada comida, por lo que deben comer de cinco a seis veces al día (pueden ser comidas y refrigerios saludables). Las frutas frescas en rodajas (p. ej. manzanas, duraznos, fresas), verduras cocidas o verduras con alguna salsa (por ejemplo, zanahorias, brócoli, guisantes) y galletas de grano entero con queso, son algunas ideas de refrigerios saludables.

A la edad de 1 año, los niños necesitan alrededor de 1,000 calorías por día. Sin embargo, cada niño tiene diferentes necesidades, así que preste atención a sus señales de hambre y saciedad.

Cuando el infante cumpla un año de edad debe iniciarse la estructuración del horario de comida. A esta edad necesita comer tres comidas y de dos a tres refrigerios saludables a las mismas horas todos los días. Seguir un horario todos los días le ayudará a aprender cuándo y qué esperar comer durante el día. Sin embargo, no es motivo de preocupación si decide saltarse una comida o refrigerio. Lo importante es ofrecerle la comida y dejar que él/ella decida cuánto quiere comer.

En la medida de lo posible, las comidas del infante deben formar parte de las comidas de su familia. Los niños pequeños aprenden a comer alimentos sólidos y a socializar durante las comidas familiares.

Leche

Agua, jugos de frutas y bebidas azucaradas

El agua es la mejor opción para saciar la sed de su hijo. Los niños pequeños necesitan alrededor de 2 tazas de agua por día para cubrir sus necesidades de líquidos. Use una taza para ofrecerle agua. No sirva bebidas azucaradas (por ejemplo, refrescos, bebidas deportivas, bebidas de frutas, bebidas energéticas, té dulces). Su niño todavía está aprendiendo a aceptar y adquirir el gusto por los alimentos y bebidas saludables, y el consumo de bebidas azucaradas puede interferir con este proceso.

En la medida de lo posible, ofrezca fruta fresca en lugar de jugos 100% de fruta a su hijo, ya que la fruta entera proporciona menos azúcar y más fibra que el jugo. Evite frutas enlatadas en almíbar o con azúcar añadido. El exceso de jugos de frutas y frutas con azúcar añadido puede desplazar otros alimentos nutritivos y producir caries.

Si decide ofrecer su niño pequeño jugos 100% de fruta, limite la ingesta a no más 120 ml por día y ofrézcalo en una taza, no en biberón.

No ponga a su niño a dormir con un biberón o una taza con popote (pajita). Esto puede causar caries dentales y otros problemas de salud oral.

La Academia Americana de Pediatría recomienda dar leche de vaca entera pasteurizada a niños entre 1 y 2 años de edad. Sin embargo, su prestador de servicios de salud puede recomendar leche pasteurizada reducida en grasa (2%) en su lugar, si hay antecedentes familiares de obesidad o problemas cardíacos.

Debe ofrecer leche de vaca sin azúcares añadidos (por ejemplo, leches sin sabor). Los azúcares añadidos pueden interferir con el desarrollo de las preferencias del niño por alimentos saludables (como verduras y frutas) y pueden causar problemas de salud bucal, incluyendo caries dentales y dar lugar a un consumo extra de calorías.

Darle al bebé leche de vaca en una taza en lugar de un biberón. Ofrecer leche en una taza en lugar de un biberón puede ayudar al niño a mejorar sus habilidades motrices.

Demasiada leche puede disminuir el apetito de su niño y dejará de comer otros alimentos necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales. Cuide que el consumo total de leche no exceda 2 tazas (240 ml) por día al tiempo que le ofrece diversos alimentos saludables.

En cada comida, o como parte de un refrigerio, ofrecer a su niño $\frac{1}{2}$ taza de leche.

Puede ofrecerle de $\frac{1}{2}$ a $\frac{3}{4}$ de taza de yogur en lugar de leche durante las comidas o refrigerios, pero sólo sirva yogur natural o yogur sin azúcares totales excesivos. El yogur natural se puede mezclar con frutas para que el niño lo acepte más fácilmente.

Puede continuar amamantándolo después del año si la madre y el niño lo desean. La frecuencia de la lactancia materna y la duración de cada episodio suele disminuir un poco durante este tiempo, ya que su hijo consume más alimentos sólidos.

La alimentación con botella no se recomienda en absoluto después de los 12 meses. Se recomienda destetar del biberón en el momento en que tenga 1 año de edad. Esto reducirá el riesgo de caries dentales y otros problemas dentales más adelante.

Diversidad dietética

Planificar comidas y refrigerios para ofrecer una variedad de alimentos saludables de todos los grupos de alimentos (frutas, verduras, carnes/proteínas, productos lácteos, granos enteros).

Los multivitamínicos no son necesarios si el niño está comiendo una dieta nutritiva saludable. Si el médico o prestadores de servicios de salud recomienda administrar un multivitamínico, elegir marcas con bajo contenido de azúcar. Consultar con el dentista de no saber cuáles son bajos en azúcar.

Incluir una variedad de verduras, especialmente de color verde oscuro, rojo y naranja. Estas verduras son ricas en muchos nutrimentos que son difíciles de obtener en cantidades adecuadas de otros alimentos. La exposición a diversas verduras también ayudará a su hijo a adquirir el gusto por las verduras. Ofrezca $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ taza de verduras en la mayoría de las comidas.

Ofrezca diversas frutas de diferentes colores. Ofrezca a su niño $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ taza de fruta en cada comida.

Ofrezca a su hijo diferentes aves de corral, pescado, carnes y sustitutos de carne (p. ej. frijoles, lentejas, tofu). Ofrezca $\frac{1}{2}$ a 1 onza de aves, pescado, carne o sustitutos de carne en la mayoría de las comidas y refrigerios. Evite alimentar a su niño con alimentos ricos en sodio (sal) como son las carnes procesadas, jamón, carnes frías y pollo o pescado empanizado empacado.

Refrigerios del niño

Ofrecer sólo refrigerios nutritivos. Recuerde que, a esta edad, los refrigerios son una fuente muy importante de nutrimentos para el crecimiento y el desarrollo y ayudan a dar forma a los hábitos alimenticios para toda la vida. En la mayoría de los refrigerios incluya una fruta o verdura combinada con alimentos del grupo de los cereales o lácteos.

Granos enteros y fibra, ácidos grasos Omega

Ofrecerle alimentos de grano entero como son el pan de trigo integral, pasta de trigo integral, tortillas de maíz o arroz integral. Estos alimentos son ricos en fibra que a menudo falta en la alimentación de los niños. Ofrezca de $\frac{1}{2}$ a 1 rebanada de pan de grano entero o $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ taza de cereal de grano entero o pasta en la mayoría de las comidas y refrigerios.

Ofrecer al niño carne de pescado desmenuzado, deshuesado. El pescado es una buena fuente de grasas saludables conocidas como omega 3 que son muy importantes para el desarrollo del cerebro.

Elegir comida preparada con aceites saludables, como aceite de oliva, canola, maíz o girasol.

Limite el azúcar y el sodio y evite las grasas trans

Evitar agregar demasiada sal o azúcar a la comida de su niño. De lo contrario, el infante desarrollará una fuerte preferencia por alimentos y bebidas saladas y dulces. De preferencia sazonar la comida hecha en casa con hierbas naturales y especias como albahaca, orégano, comino, picante/chile y jengibre) en lugar de sal, azúcar, miel y otros edulcorantes.

Leer las etiquetas de los alimentos y la lista de ingredientes al elegir los alimentos ya preparados para niños pequeños. Evitar alimentos que contengan cantidades altas de cualquier tipo de azúcares añadidos, como jarabe de maíz alto en fructosa (es decir, bebidas azucaradas como mezcla en polvo saborizada para preparar bebidas, refrescos, bebidas deportivas) o altas en sodio (p. ej. macarrones con queso en caja) o que contengan cualquier cantidad de grasas trans (papas fritas).

La Asociación Americana del Corazón y la Academia de Nutrición y Dietética recomiendan que los niños menores de 2 años no consuman ningún azúcar añadido en alimentos o bebidas. Por ello limitar el consumo de refrigerios altos en sodio y con azúcares añadidos. Recuerde que todavía está aprendiendo a desarrollar hábitos alimenticios para el resto de su vida.

Problemas alimento-nutricionales

La Organización Mundial de la Salud advierte sobre los riesgos que la malnutrición, en cualquiera de sus formas, representa para la salud humana: “En la actualidad, el mundo se enfrenta a una doble carga de malnutrición que incluye la desnutrición y la alimentación excesiva, particularmente en los países en desarrollo” (OMS, 2019).

El hambre y una nutrición inapropiada contribuyen a la muerte prematura de las madres, lactantes y niños pequeños, y al desarrollo físico y cerebral deficiente en los jóvenes. Al mismo tiempo, las tasas mundiales crecientes de sobrepeso y obesidad están relacionadas con el aumento en las enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, todas ellas afecciones que ponen en peligro la vida y son muy difíciles de tratar en lugares con limitados recursos y con unos sistemas de salud que ya están sobrecargados.

Todas estas consecuencias tienen a su vez implicancias directas en términos de costos y pérdidas de productividad potencial respecto a la población no afectada por la malnutrición (Fernández et al., 2017).

La desnutrición.

La malnutrición en todas sus formas, la malnutrición abarca la desnutrición (emaciación, retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal), los desequilibrios de vitaminas o minerales, el sobrepeso, la obesidad, y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación.

La Organización Mundial de la Salud define la desnutrición como un estado patológico que tiene como principal característica un bajo aporte de energía y de nutrientes a los que el organismo biológico necesita, por tanto el que una persona se encuentre desnutrida afectará no solo en su salud, sino también en el rendimiento óptimo de su vida cotidiana, además podemos agregar que en la mayoría de los casos crónicos se van a desencadenar otras series de síntomas o enfermedades que complican aún más el estado de salud del individuo (OMS, 2019).

Existen cuatro tipos principales de desnutrición: emaciación, retraso del crecimiento, insuficiencia ponderal, y carencias de vitaminas y minerales. Por causa de la desnutrición, los niños, en particular, son mucho más vulnerables ante la enfermedad y la muerte.

La insuficiencia de peso respecto de la talla se denomina emaciación. Suele indicar una pérdida de peso reciente y grave, debida a que la persona no ha comido lo suficiente y/o a que tiene una enfermedad infecciosa, como la diarrea, que le ha provocado la pérdida de peso. Un niño pequeño que presente una emaciación moderada o grave tiene un riesgo más alto de morir, pero es posible proporcionarle tratamiento.

La talla insuficiente respecto de la edad se denomina retraso del crecimiento. Es consecuencia de una desnutrición crónica o recurrente, por regla general asociada a unas condiciones socioeconómicas deficientes, una nutrición y una salud de la madre deficientes, a la recurrencia de enfermedades y/o a una alimentación o unos cuidados no apropiados para el lactante y el niño pequeño. El retraso del crecimiento impide que los niños desarrollen plenamente su potencial físico y cognitivo.

Los niños que pesan menos de lo que corresponde a su edad sufren insuficiencia ponderal. Un niño con insuficiencia ponderal puede presentar a la vez retraso del crecimiento y/o emaciación (UNICEF, 2019).

Causas de los problemas alimento-nutricionales

Muchas son las causas que en forma directa e indirecta contribuyen a la existencia de los problemas nutricionales. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social tiene identificado como causas directas, el consumo de una dieta inadecuada y la presencia de infecciones y alergias que interfieren con la utilización adecuada de los nutrientes. Las causas indirectas están relacionadas con el índice de pobreza e incluye la insuficiente disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad, inequidad en el acceso a los alimentos, conductas desfavorables de los miembros de la familia, en particular los prestadores de cuidados, las cuales redundan en prácticas inadecuadas de alimentación, falta de acceso y mala calidad de los servicios básicos, de salud, falta de información y educación pertinentes (Paraguay, MSP y BS, 2011).

Evaluación antropométrica

La antropometría es una técnica incruenta y poco costosa, portátil y aplicable en todo el mundo para evaluar el tamaño, las proporciones y la composición del cuerpo humano. Refleja el estado nutricional y de salud y permite predecir el rendimiento, la salud y la supervivencia.

Según la Organización Mundial de la Salud, es un instrumento valioso actualmente subutilizado en la orientación de las políticas de salud pública y las decisiones clínicas.

Entre las medidas antropométricas se incluyen: peso, talla, circunferencias, pliegues, a partir de las cuales se construyen diversos indicadores que permiten realizar el diagnóstico antropométrico final. Los puntos de corte para clasificar el estado nutricional con este indicador fueron: normal: $-2 \leq Z \leq +2$; detención del crecimiento: $Z \leq -3$; retraso en el crecimiento: $-3 < Z < -2$; altos: $+2 < Z < +3$; muy altos: $Z \geq +3$.

Desarrollo de hábitos alimentarios

De acuerdo con el diccionario esencial de la lengua española (RAE) el hábito consiste en el modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas. Por analogía, los hábitos alimentarios se refieren a manifestaciones recurrentes de comportamientos individuales y colectivos respecto del qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para qué se come y quién consume los alimentos.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación (FAO) hábitos alimentarios es un constructo utilizado para denotar el conjunto de costumbres que condicionan la forma como los individuos o grupos seleccionan, preparan y consumen los alimentos, influidas por la disponibilidad de éstos, el nivel de educación alimentaria y el acceso a los mismos.

Para Maggi et al., (2015) los hábitos se adoptan de manera directa e indirecta como parte de prácticas socioculturales, en las que intervienen principalmente la familia y las personas que rodean a los niños y niñas, los medios de comunicación, el equipo de salud y la escuela o jardín infantil.

Varios estudios coinciden en la importancia que tiene comprender la manera en que se establecen las preferencias de los sabores y los alimentos en la edad temprana, ya que los patrones de alimentación en de la segunda infancia siguen durante la infancia (Perrine et al., 2014) y la adolescencia (Birch & Doub, 2014). En esta línea investigativa, Mennella et al., (2016) revisaron el proceso de desarrollo de preferencias de sabor, documentando lo importantes que son los primeros años de vida para establecer preferencias por los alimentos y bebidas saludables.

Sin dudas, la gestación y los primeros dos años de vida representan un período sensible o ventana de oportunidad para que los seres humanos aprendan a comer de manera saludable y nutritiva y que, entre otras cosas, ayuden a protegerse del riesgo de obesidad infantil (Rafael et al., 2017).

Un aspecto clave de este período sensible es que establecen las bases para el desarrollo de preferencias de sabor durante toda la vida. Debido a que los seres humanos nacen con una preferencia de sabor innata por el dulce y un rechazo por lo agrio y lo

amargo (por ejemplo, ciertos vegetales), los primeros mil días de vida representan un período muy importante para facilitar la aceptación de los sabores amargos que caracterizan a ciertos vegetales.

Así, la exposición a variedad de sabores durante las comidas parece facilitar la aceptación de nuevos alimentos, en cambio el rechazo a los vegetales verdes se asocia al innato rechazo al sabor amargo; por lo que se recomienda que si hay rechazo a algún alimento se debería continuar con la exposición paulatina a ese alimento para mejorar su aceptación.

De hecho, los lactantes menores y mayores pueden incrementar su gusto por alimentos saludables, aun cuando tengan sabor amargo o agrio, a través de exposiciones repetidas. La alimentación materna durante el embarazo y la lactancia también establecen el escenario para el desarrollo de las preferencias de una amplia variedad de alimentos y sabores.

Mennella et al., (2016) encontraron que una amplia variedad de sabores de alimentos (por ejemplo, frutas y verduras), bebidas (por ejemplo, alcohol) y potenciadores de sabor (es decir, especias) consumidos por la madre, así como productos inhalados como el tabaco, se transfieren al feto o lactante a través del líquido amniótico y la leche materna. La evidencia sugiere que los niños nacidos de madres que consumieron frutas y verduras durante el embarazo y el período de lactancia son más propensos a aprender a adquirir el gusto por estos alimentos

Por lo mismo, se hace necesaria la exposición repetida a nuevos alimentos es necesaria para que los lactantes menores y mayores adquieran el gusto por ellos, especialmente aquellos alimentos que tienen perfiles de sabor agrio o amargo, como es el caso de ciertas verduras.

Este principio se aplica a los lactantes alimentados con leche materna, alimentados con fórmula o alimentados de forma mixta, aunque es probable que los lactantes amamantados acepten más rápido alimentos nuevos. Por ejemplo, los estudios han demostrado que los lactantes pueden necesitar ser expuestos a las frutas y a las verduras muchas veces, desde 6 hasta (Carling et al., 2015) exposiciones, para que adquieran el gusto por ellas.

Ofrecer a los lactantes una variedad de verduras, en vez de ofrecerles la misma verdura una y otra vez, ha demostrado que aumenta la aceptación de más verduras y conduce a cantidades mayores de verdura consumida (Mennella et al., 2016)..

Birch & Doub, (2014) resaltan la importancia de tener en cuenta que los niños todavía pueden adquirir el gusto, incluso si están expuestos a ellas en edades más avanzadas. Sin embargo, cuanto más tiempo pase para que un niño esté expuesto a los vegetales, más difícil será para el niño adquirir el gusto, es decir, la neofobia, o el temor a nuevos alimentos que aumenta con la edad.

De la misma manera, es crucial exponer al niño a alimentos con texturas para poder hacer una transición adecuada a los alimentos sólidos, por ejemplo, pasar de puré a machacado y a grumoso y luego a alimentos sólidos blandos picados, durante los dos primeros años de vida (Fisher & Dwyer, 2016); (Harris & Coulthard, 2016).

Se hace mención especial al rol fundamental que cumple la familia en el desarrollo de los hábitos alimentarios en los niños y las niñas, a través de la educación que se pueda entregar, pero en especial a través del modelo de alimentación, qué se compra, cómo se cocina, cómo comemos, por ejemplo, parece ser mejor todos juntos conversando¹⁶. Hay estudios que concluyen que existe una asociación positiva intensa entre la cantidad de frutas y verduras disponibles en el hogar y el mayor consumo de frutas y verduras.

Además, que la mayor parte de las preferencias y aversiones se establecen antes de los 24 meses. Así también, es importante que el tamaño de las porciones sea adoptado de acuerdo a las señales de saciedad del niño, evitando forzar el sobreconsumo de alimentos (Castillo-Durán et al., 2013).

A los dos años se espera que los niños tengan una transición completa a los alimentos que comprende la alimentación familiar. Por esta razón, es vital con lo señalan Rafael et al., (2017).que la alimentación familiar incluya una variedad de frutas y verduras en cantidades suficientes. Esto le dará al niño las experiencias sensoriales necesarias para que le sigan gustando los alimentos nutritivos y permitirá influir en el niño de manera positiva y ofrecerá oportunidades para que los cuidadores modelen conductas saludables, como se discute en la siguiente sección.

La evidencia revisada con respecto a la formación de preferencias alimentarias en

lactantes respalda brindar la siguiente información a las mujeres embarazadas y cuidadores de lactantes menores y mayores: (a) las madres que consumen una alimentación saludable rica en verduras y frutas durante el embarazo y la lactancia pueden ayudar a formar las preferencias alimentarias saludables en sus hijos; (b) los lactantes amamantados son más propensos que los lactantes alimentados con fórmula a consumir alimentos más sanos antes de que lleguen a la edad escolar; (c) los bebés y niños deben ser expuestos repetidamente a alimentos saludables, incluyendo verduras, hasta que aprendan a aceptarlas y a apetecerlas; (d) los alimentos saludables, incluidas las frutas, los vegetales y los granos enteros, deberían estar disponibles para iniciarlos (de acuerdo con el nivel de desarrollo alcanzado entre los 4 y los 6 meses de edad) en casa y en los jardines infantiles donde pasan muchas horas al día; (e) los lactantes menores y mayores no deben consumir alimentos y bebidas altas en azúcares y sodio (Rafael et al., 2017).

Conducta Alimentaria

La conducta, según el diccionario esencial de lengua española (RAE) se refiere a la manera con que una persona se comporta en su vida y acciones. Así como al conjunto de las acciones con que un ser vivo responde a una situación. La conducta alimentaria se define como el comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos

En los seres humanos los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros cinco años de vida

Los sentidos del gusto y el olfato se inician en el útero y ambos son funcionalmente maduros al tercer trimestre. La deglución fetal de líquido amniótico es significativa en etapas avanzadas de la gestación y es sabido que esta etapa prenatal prepara al feto para conductas de alimentación posteriores y aceptación de la alimentación posnatal. Las respuestas aprendidas, como indican Castillo-Durán et al., (2013) incluyen preferencias por estímulos experimentados dentro del útero, como el sabor y los olores de los alimentos consumidos por la madre y que se transmiten a través del líquido

amniótico.

El paso desde el ambiente intrauterino con un flujo continuo de nutrientes y un ambiente controlado en luz y temperatura hacia una etapa de ciclos de sueño y vigilia, hambre y saciedad, requiere de adaptación por parte del recién nacido.

Los recién nacidos muestran tanto conductas aprendidas, como innatas, que guían su alimentación y moldean los patrones de aceptación de los alimentos. Así, las preferencias por lo dulce y sabores similares, y la aversión a lo amargo, son innatas; a los 4 meses de edad surge la preferencia por sabores salados:

La búsqueda de alimento y succión de leche materna presentes al nacer, dependen de estas preferencias. Las respuestas aprendidas en la etapa intrauterina (preferencias de sabor y olor) y las destrezas neuromusculares necesarias para el consumo de alimentos sólidos continúan su desarrollo en la etapa posnatal. Los sabores y olores de los alimentos que consume la madre también se transmiten a través de la leche materna, y los lactantes aprenden a preferir dichos sabores, por lo que será muy importante que la madre consuma una dieta variada, con lo que desde muy precozmente estará transmitiendo esa variedad de sabores a su hijo/hija.

Los padres, madres y cuidadores tienen una participación importante en el desarrollo de las habilidades de alimentación del niño o la niña a través de la selección de alimentos que les ofrecen, así como la forma y cantidad en que se presentan. Una forma eficaz de introducir un nuevo alimento es por imitación o modelaje, si los niños/niñas ven a su padre, madre o hermanos disfrutar un alimento, estarán más interesados en probarlo.

Moorcroft et al., (2011) proponen sugerencias para promover una conducta saludable desde la niñez temprana:

Alimentación saludable y variada durante el embarazo y la lactancia.

Lactancia materna exclusiva idealmente hasta el 6º mes y complementado con alimentos sólidos hasta idealmente los 24 meses de vida y luego cuanto cada familia desee, siempre que exista un buen incremento pondero-estatural con un buen desarrollo de la capacidad de alimentación e inclusión de variados alimentos.

Alimentarse en un ambiente social positivo, mantener una actitud amable y

respetuosa.

La familia como modelo de conducta de alimentación saludable respetuosa.

No adicionar sal o azúcar a las preparaciones ofrecidas al niño(a).

Preferir agua y no ofrecer jugos artificiales dulces o endulzados artificialmente.

Permitir que el niño(a) coma sólo, aunque se ensucie, desde el comienzo de la alimentación complementaria.

Ofrecer nuevas comidas con cierta periodicidad y no retroceder; hacerlo con suavidad y paciencia.

Ofrecer recompensas frente a conductas positivas y nunca destacar lo malo o castigar.

Al introducir un alimento nuevo, es mejor si se hace acompañado de un alimento conocido, por ejemplo, agregarle leche materna o un alimento sólido que ya disfruta.

No utilizar la recompensa o premio por comer o castigo por no comer. La interpretación por parte del lactante puede ser aumentar el gusto por los alimentos de recompensa y disminuir el del alimento diario. Las recompensas se pueden usar como manejo conductual, pero no debieran ser alimentos sino alabanzas, y no debieran relacionarse a “comerse toda la comida” sino a conductas esperadas, como querer probar un alimento nuevo.

No alimentar para calmar dolor o tristeza, lo correcto es alimentar para saciar el hambre.

No mantener al niño(a) comiendo por largo rato hasta que “se coma toda la comida”, hay que limitar tiempo de comida a uno prudente, en que el niño esté saciado y no quiera continuar comiendo.

No ofrecer porciones y texturas que no estén de acuerdo a la edad y desarrollo del niño o la niña.

La introducción tardía (después de los 9 meses) de alimentos grumosos o de mayor textura, se asocia a mayor selectividad y a consumo de dietas menos saludables.

Hay que tener presente que la alimentación y el desarrollo socio-emocional de los lactantes son dos procesos que se complementan, donde bajos niveles de seguridad en el apego del infante, así como cuidados inadecuados predicen una serie de dificultades presentes y futuras, de entre las que se encuentran los problemas de alimentación, a través del ciclo vital (Sroufe, 2005).

De lo anterior, se desprende que los padres y profesionales deben comprender la alimentación como un proceso que es esencialmente afectivo, relacional y familiar, de modo que los infantes puedan alcanzar una alimentación saludable.

Las condiciones que se establecen al comer impactan la crianza y viceversa, una relación afectiva, estable, continua, predecible, sensible y sin condiciones de estrés en el comer, hará más fácil el desarrollo de una conducta alimentaria saludable. En este sentido, (Hughes et al., (2011) señalan que la relación afectiva debe comprender un patrón de protección y regulación del estrés, en un estilo de alimentación respetuosa, manteniendo un equilibrio entre el apoyo y la libertad para alimentarse.

Estilos de crianza

Diversos estudios coinciden en describir cuatro estilos de crianza, los que también afectan el desarrollo alimentario (Hughes et al., (2011); (Hughes et al., 2012); (Musher-Eizenman & Kiefner, 2013); (Tovar et al., 2013):

Respetuoso: el adulto a cargo apoya y orienta al niño(a) en su proceso, lo considera, responde frente a la demanda del niño. Este estilo se asocia a alimentación más sana.

Autoritario: el adulto a cargo impone lo que desea, no considera al niño(a). Este estilo se asocia al sobrepeso.

Indulgente: el adulto a cargo no impone, ni orienta al niño, pero hace lo que desea, con una desconexión emocional del niño y de la niña.

Negligente: al adulto a cargo ignora al niño(a), no lo considera y lo deja hacer lo

que quiere, con una desconexión emocional del niño y de la niña.

De acuerdo con los estudios sobre estilos de crianza, las prácticas que mayormente predicen tendencia a la obesidad y otras dificultades en la alimentación son los del tipo autoritario y negligente. Las prácticas negativas de estos estilos suelen ser:

Amenazar o castigar al niño/a por no comer;

Quitarle la comida o amenazarlo que no comerá en las próximas horas;

Pelear con el niño, obligándole a que coma;

Presentar una tendencia de estar apurando al niño para que coma en los tiempos establecidos por los padres;

Retar y/o rechazar al niño por no comer; Expectativas no realistas en relación a la alimentación (que coma y en el tiempo esperado);

Evitar mostrar expresiones faciales y/o reacciones emocionales negativas en los momentos de la comida.

Hacer de la alimentación el tema principal de la familia;

Evitar reacciones emocionales descontroladas porque el niño no come;

Evitar interpretar las reacciones emocionales del niño siempre como hambre (tú no tienes rabia, estás llorando porque no has comido);

No dar importancia a lo que coma el niño, estableciendo un estilo de que coma lo que quiera y cuando quiera;

Por el contrario, el estilo de crianza que mayormente predice una alimentación saludable y bajos índices de dificultades en la alimentación es el estilo respetuoso:

Respetar el tiempo del niño, pidiéndole que vaya comiendo de a poco y en porciones pequeñas.

Alimentar en ambientes tranquilos, pero emocionalmente positivos, en donde comer no es solo el

objetivo último y final (sino que también conversar, compartir y relacionarse).

Hacer preguntas sobre la comida y la experiencia de comer.

Dialogar sobre los gustos, aversiones y tipos de comida.

Ayudar al niño a comer.

Permitir que el niño vaya aprendiendo a comer solo, dándole su tiempo.

Es importante considerar el nivel de madurez del niño(a) para adecuar la alimentación (Cereceda Bujaico & Quintana Salinas, 2014); (USDA, 2019):

La pérdida del reflejo de extrusión cerca de los 4 meses permite la aceptación de alimentos no líquidos sin atragantamiento o reflejo nauseoso.

Sentarse con apoyo cerca de los 4 meses permite el control de cabeza y cuello, necesarios para deglutir sólidos.

La aparición de movimientos verticales en la boca o “saboreo” (sin lateralización) observado desde los 4-5 meses, que le puede permitir comenzar con alimentación no líquida.

La masticación aparece cerca de los 8 a 10 meses, lo que permite la transición de texturas blandas (purés, sopas cremas) a más sólidas.

Es normal que los niños y las niñas que se exponen a un alimento nuevo lo rechacen, esto se denomina neofobia, definida como el temor ante lo nuevo, lo que incluye a las nuevas texturas, sabores y olores de alimentos. Los lactantes normalmente aceptarán con facilidad alimentos azucarados (por ej.: postres), pero pueden rechazar alimentos más amargos (por ej.: verduras verdes), sin embargo, la exposición repetida, el condicionamiento asociativo y contextos sociales positivos pueden contribuir a moldear esta característica (Birch & Doub, 2014);

El desarrollo motor avanza del centro a la periferia del cuerpo, de modo que, la estabilidad que el niño(a) posee al sentarse es importante en el progreso de las competencias para iniciar la alimentación complementaria. La correcta posición para comer es con las caderas hacia atrás, tronco en la línea media y cabeza en control sobre el tórax. El desarrollo motor oral, de los labios, las mejillas y la lengua requiere estabilidad de la mandíbula y de la pelvis. Aquellos niños(as) que no logran mantener la

estabilidad del cuerpo en posición sentada deben ser estimulados a lograrlo a través de soportes dirigidos a mantener la correcta posición, por ejemplo, sillas de comer rectas con respaldo alto, mesa de comer cercana al cuerpo, contenciones laterales, incluso con apoyo para los pies.

La evolución en la alimentación complementaria durante la niñez se asocia a la erupción dentaria (Castillo-Durán et al., 2013).

Los dientes primarios, temporales o «de leche», empiezan a salir aproximadamente a los seis meses de edad. El número de dientes temporales es de 20 (10 superiores y 10 inferiores) y terminan de aparecer, con seguridad, a los tres años de edad. Estos dientes permiten a niños y niñas masticar y comer adecuadamente, ayudando en la formación de los sonidos y mantienen el espacio para los dientes adultos (permanentes). Los dientes temporales son importantes porque guían la posición de los permanentes. Los dientes permanentes generalmente comienzan a erupcionar entre los cinco y seis años de edad (Henkes et al., 2019).

Se considera erupción retrasada cuando ningún diente ha emergido al finalizar el mes (Cooke & Fildes, 2011). Existen edades promedio en las que se espera la erupción de piezas dentales específicas (Henkes et al., 2019).

La buena salud oral beneficia la salud general de niños y niñas. Los dientes temporales necesitan tanta atención como los permanentes. Las caries en los dientes temporales pueden producir dolor y angustia dificultando comer, dormir, jugar y causar otros problemas más tarde en la vida como, por ejemplo: desórdenes en la masticación, alteraciones estéticas y de oclusión, problemas de fono articulación, etc.

Este patrón normal de erupción dentaria se asocia al patrón motor buco lingual. De este modo, el niño o la niña avanza desde la succión hasta la masticación pasando por etapas como morder, remover alimentos desde la cuchara, masticar, comer por sí solo y beber en vaso.

A los cuatro meses tiene mayor movilidad del mentón, mayor extensión del cuello, y músculos abdominales más desarrollados que permiten mejor apoyo del tórax permitiendo su alimentación vertical.

A los seis meses se puede sentar e iniciar la masticación vertical (movimientos hacia arriba y abajo de la mandíbula, sin lateralización, que se pueden observar desde los 4 meses), lo que le permite comenzar con la alimentación complementaria, el progreso del desarrollo oromotriz en esta etapa le permite beber en vaso, aunque con escurrimiento.

El reflejo nauseoso, que en los primeros meses se ubica en la región anterior de la lengua, comienza a estar en áreas más posteriores de tal modo que a los siete meses es definitivamente posterior. Por otra parte, la lengua adquiere mayor movilidad lateral y existe mayor producción de saliva facilitando la mezcla del alimento para su deglución.

Entre los 9 meses y 10 meses el niño o la niña puede sellar los labios sobre la cuchara y abrir la boca, dejando la lengua atrás. En esta etapa es útil evaluar el patrón bucal dando de beber en vaso, los niños y las niñas que no logran este hito probablemente se encuentran en estados más precoces y reflejan un aprendizaje más lento.

Al año de vida el infante intenta comer por sí solo, toma la cuchara en pronación en forma torpe por lo cual se ensucia. El progreso del patrón motor oral se logra con la experimentación y repetición, mejorando la coordinación de la apertura bucal y la introducción de la cuchara con la experiencia de distintas texturas. Para lograrlo, debe alcanzar la masticación rotatoria (15 meses), que involucra el movimiento de la lengua de un lado hacia el otro de la mandíbula y movimientos diagonales que permiten mover el alimento desde el centro de la boca.

El desarrollo de habilidades para alimentarse incluye no sólo el patrón oral o la posición al sentarse sino también herramientas de manos y cuerpo que permiten la interacción con la comida. Así, por ejemplo:

La mayor parte de los niños(as) entre los 7 y 8 meses son capaces de tomar alimentos con la mano.

Entre los 8 meses y 11 meses puedan comer con la mano, a través de la transferencia de alimentos desde la mano a la boca, incluso con maniobra de pinza.

Comienzan a poner la cuchara en la boca por si solos, entre los 10 meses y 12 meses e incluso sostienen un vaso con las 2 manos.

La mayoría de los niños(as) bebe en vaso sin ayuda desde los 15 meses y sin derramar a los 21 meses.

El aprendizaje es un proceso neural y la manifestación motriz es la expresión de ese proceso producido en las áreas corticales de la motricidad, siempre desde los movimientos más gruesos y globales a los más finos y específicos.

La adquisición de la pinza digital, así como de una mejor coordinación óculo-manual (la coordinación de la mano y el ojo) constituyen uno de los objetivos principales para la adquisición de habilidades de la motricidad fina.

El aprendizaje motor de la alimentación, del cepillado dental u otro de cualquier categoría psicomotora, es un tipo de aprendizaje que permite un incremento en el rendimiento motor de la motricidad fina, gracias a la práctica, a la experiencia y a la percepción que de ella obtenemos.

Considerando la evolución de estas competencias, es fácil comprender la necesidad de permitir la exposición del niño y la niña a alimentos de diferentes texturas, colores y olores, que los tome con sus manos, que intente llevárselos a la boca directamente o sosteniéndolos como bocados en la cuchara; así también se debe incentivar el uso del vaso abierto (sin boquilla), aunque ocurra escurrimiento.

La limpieza de la cara y ropa no es lo más importante durante la alimentación⁷⁰, sin embargo, se recomienda realizar la higiene bucal después de comer, especialmente en la noche, antes de dormir, siguiendo la técnica indicada por el profesional.

Hay patrones más lentos de aprendizaje, no por ello anormales, en estos casos con mayor énfasis aún se debe estimular el desarrollo promoviendo vivenciar las experiencias deseadas en cada etapa (Rafael et al., 2017).

Conocimiento de las madres

Según Kant, (2002) todo conocimiento empieza por la experiencia, no todo conocimiento procede de ella. Establece la existencia de ciertas estructuras en los sujetos que hacen posible el conocimiento, éstas son previas a toda experiencia y son iguales en todos los sujetos.

El conocimiento es un flujo en el que se mezclan las experiencias, valores importantes, información contextual y puntos de vista de expertos, que facilitan un marco de análisis para la evaluación e incorporación de nuevas experiencias e información. Se origina y es aplicado en la mente de los conocedores. En las organizaciones, a menudo se encuentra no solo en los documentos sino también en las rutinas organizativas, procesos, prácticas y normas (Segarra & Bou, 2005).

Conocimiento de la madre sobre alimentación infantil, es la noción y experiencia, lograda y acumulada por la madre sobre alimentación, que alcanza en el transcurso de vida mediante una buena recolección de datos e información, que ayudará a mantener la salud de sus hijos y prevenir enfermedades (OMS/OPS, 2011).

Identificación de las variables de estudio

Las variables de estudio fueron los conocimientos de las madres sobre alimentación adecuada del niño de 0 a 2 años

Definición Operacional de las variables

Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Conocimiento de las madres sobre alimentación adecuada en niños de 0 a 2 años	Noción y experiencia, lograda y acumulada por la madre sobre alimentación, que alcanza en el transcurso de vida mediante una buena recolección de datos e información, que ayudará a mantener la salud de sus hijos y prevenir enfermedades (OMS/OPS, 2011).	Alimentación saludable	Variedad de alimentos que brindan nutrientes necesarios para mantener la salud	Cuestionario
		Tipos de alimentos	Formadores Reguladores Energéticos	
		Frecuencia y porciones diarias de los alimentos	Cantidad y Número de veces que el niño debe alimentarse	

Marco Metodológico

Diseño de Investigación

Este trabajo adopta el diseño no experimental, ya que las variables no fueron manipuladas, esto es, fueron observadas y analizadas en su estado natural, tal cual es. Respecto de la temporalidad, corresponde al de corte transversal, es decir, la recolección de datos se produjo en una sola ocasión, sin dar continuidad en el eje del tiempo.

Tipo de Investigación

El tipo de investigación se corresponde con el descriptivo con enfoque cuantitativo, porque se determinará el nivel de conocimiento sobre alimentación adecuada de niños de 0 a 2 años que tienen las madres de la comunidad de Tape Ka'aguy de San Pedro de Ykuamandiyu.

En cuanto a las características descriptivas, afirman Hernández Sampieri et al., (2014) que, busca especificar propiedades, características y rasgos importante de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo de población, en su forma natural, tal cual es, y se utilizarán los procedimientos matemáticos y estadísticos para dimensionar tanto el conocimiento, las prácticas y sus relaciones.

Nivel de conocimiento esperado

El nivel de conocimiento esperado se corresponde con el descriptivo. Desde esta perspectiva, se busca una descripción detallada de los principales aspectos considerados en los objetivos específicos de la investigación: Determinar el conocimiento de las madres de la comunidad de Tape Ka'aguy de San Pedro de Ycuamandyú sobre alimentación adecuada de niños de 0 a 2 años.

Población y muestra

La conformación del grupo de sujetos o participantes, con las características particulares que permitirán responder los objetivos planteados, es una parte fundamental de todo trabajo de investigación. Una apropiada selección conduce a la obtención de resultados confiables y hace posible que dichos resultados puedan ser extrapolados a otras poblaciones similares. Además, una buena elección de los participantes cumple con el propósito esencial de asegurar que los hallazgos representarán, de forma exacta, lo que sucede en la población de interés (Arias et al., 2016).

Para Hernández Sampieri et al., (2014) la población de estudio es un conjunto de casos, definido, limitado y accesible, que formará el referente para la elección de la muestra que cumple con una serie de criterios predeterminados. También constituye el elemento como la unidad acerca de la cual se solicita información

En la selección de la población de estudio existen características decisivas que deben considerarse. Una de ellas es la homogeneidad, que se refiere a que todos los miembros de la población tienen las mismas características según las variables que se habrán de estudiar, ya que si no se asegura que la población sea homogénea puede conducir a elaborar conclusiones equivocadas durante el análisis, ya que por la mezcla de subpoblaciones (heterogéneas) no se obtendrá una representación clara de las variables en estudio

En tal sentido, la población para el desarrollo de este trabajo será no probabilística, por conveniencia; ya que se trabajan con un grupo de madres previamente establecido, siendo consciente que los resultados no sirven para realizar generalizaciones, puesto que no se tiene certeza de que la muestra extraída sea representativa, ya que no todos los sujetos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos. Sin embargo, se seleccionan a los sujetos siguiendo determinados criterios de similitud, en forma directa e intencional, por su facilidad de acceso.

Participaron del estudio 40 madres de niños de 0 a 2 años, que viven en la comunidad de Tape Ka'aguy del distrito de San Pedro de Ykuamandiyu y que acuden a la consulta en la Unidad de Pediatría del Hospital Regional de San Pedro.

Las edades de las madres comprendían desde los 16 hasta los 42 años de edad. La

edad promedio encontrada en las participantes del estudio fue de $27 \pm 6,7$ años. Según el nivel educativo, el 50% de las madres tenía educación básica completa y el 45% educación de nivel medio y 5% nivel superior y en relación a su ocupación un 72% de ellas eran amas de casa

Instrumentos y técnicas de recolección de datos

Se utilizó un cuestionario para determinar los conocimientos, Para determinar el nivel de conocimientos se utilizó un cuestionario de 14 preguntas cerradas y de opciones múltiples sobre alimentación a madres de niños menores de dos años de edad, cada pregunta tenía un valor de 2 puntos, teniendo como puntos de corte: Bajo <21, Regular de 22 a 23 y Alto de 24 a 28.

Validación

La validación del instrumento se realizó aplicando una encuesta piloto a 10 madres de niños de 0 a 2 años que no forman parte de la población en estudio.

Los puntajes obtenidos fueron sometidos a la prueba de alfa de Cronbach para obtener una estimación de la confiabilidad de consistencia interna, utilizada como una medida de confiabilidad, en parte, debido a que se requiere de una sola aplicación al grupo de sujetos. Los valores típicos de esta prueba van de 0 a 1, arrojando un resultado favorable (= 0.84), no habiendo inconvenientes al momento de responder el cuestionario por lo que se procede a la utilización del mismo.

Descripción de los procedimientos del análisis de datos

Terminada la encuesta se procedió a la verificación del número total de participantes y el llenado completo de las informaciones requeridas. Luego se procedió a la tabulación de los datos obtenidos.

Consideraciones éticas

Se informó a las madres sobre el propósito del estudio, los objetivos, condiciones y beneficios del mismo. Se garantizó total confidencialidad de los datos y de la identidad de los participantes, así como de los resultados. Así los fundamenta (Guerrish & Lacey, 2008), diciendo que los principales aspectos éticos que se requieren atención cuando se

proyecta y conduce una investigación incluyen: la importancia de respetar a los participantes, responder a las necesidades de los individuos y grupos vulnerables, obtener consentimiento y mantener la confidencialidad.

Marco Analítico

Presentación y análisis de los resultados

Los hallazgos respecto de las informaciones ofrecidas por las madres de los niños de 0 a 2 años respecto de sus conocimientos sobre alimentación adecuada de sus hijos/as son expuestos en secuencia.

Nivel de conocimiento de las madres

Tabla 1: Distribución de puntajes de respuestas correctas

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Conoce los alimentos que ayudan a crecer más al niño	32	80%
Maneja las recomendaciones de la preparación de los alimentos	30	75%
Conoce el alimento que debe recibir el niño/a desde el nacimiento hasta los 6 meses	29	73%
Maneja la preparación que nutre más al niño	28	70%
Identifica la consistencia de los alimentos de los niños menores de dos años	28	70%
Conoce la cantidad de alimento que debe ingerir el niño al iniciar su alimentación complementaria	27	68%
Conoce los beneficios físicos de una adecuada alimentación complementaria	27	68%
Define la alimentación complementaria en el niño	26	65%
Identifica la edad en la que el niño debe iniciar el consumo de alimentos complementario	26	65%
Conoce el tiempo de duración de la lactancia materna	26	65%
Conoce los alimentos que dan más fuerza y / o energía al niño	26	65%
Conoce la frecuencia que debe comer el niño al cumplir un año	26	65%
Identifica lugar ideal donde se debe alimentar el niño	23	58%
Conoce los alimentos que protegen de las enfermedades al niño	18	45%

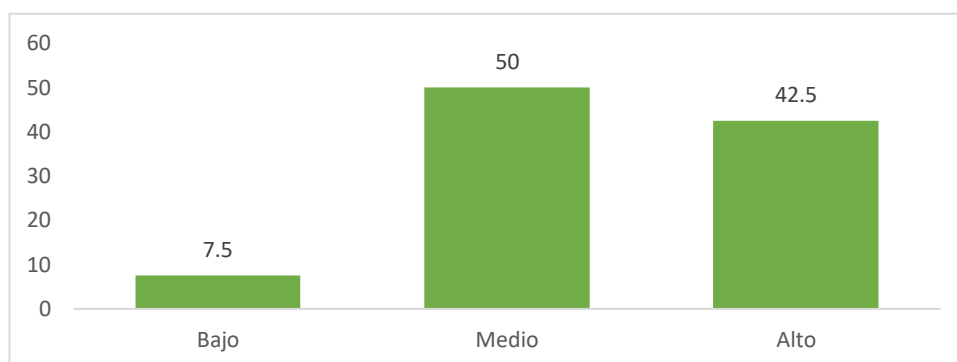
De las preguntas sobre alimentación adecuada de los niños menores de 0 a 2 años,

se encontró que el 80% de las madres conoce los alimentos que ayudan a crecer más al niño; el 75% maneja las recomendaciones de la preparación de los alimentos; 73% conoce el alimento que debe recibir el niño/a desde el nacimiento hasta los 6 meses; 70% maneja la preparación que nutre más al niño; 70% identifica la consistencia de los alimentos de los niños menores de dos años; el 68% conoce la cantidad de alimento que debe ingerir el niño al iniciar su alimentación complementaria; 68% conoce los beneficios físicos de una adecuada alimentación complementaria; el 65% define la alimentación complementaria en el niño; 65% identifica la edad en la que el niño debe iniciar el consumo de alimentos complementario; 65% conoce el tiempo de duración de la lactancia materna; 65% conoce los alimentos que dan más fuerza y / o energía al niño; el 65% conoce la frecuencia que debe comer el niño al cumplir un año; y un 45% conoce los alimentos que protegen de las enfermedades al niño.

El recuento de los puntajes logrados para determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación adecuada del niño de 0 a 2 años, muestra una tendencia positiva, con una media $X = 23,3 \pm 1,44$ (mínimo 20, máximo 26) de un total de 28 puntos esperados.

Una vez obtenido el promedio de los puntajes se procedió a la recodificación derivando en los niveles de conocimiento derivando en tres categorías: bajo, medio y alto, tal como se presenta en el gráfico 1.

Gráfico 1: Distribución por niveles de conocimiento de las madres



Estos resultados muestran un nivel de conocimiento con tendencia positiva medio-alto, con mayor concentración en el nivel medio.

Discusión de los resultados

Diversos estudios demuestran que la alimentación del niño está asociada a varios factores, siendo de gran importancia el nivel educativo que tienen las madres. En el presente estudio se determinaron los conocimientos de las madres de niños menores de 0 a 2 años, encontrándose que tuvieron conocimientos con tendencia positiva medio-alto, con mayor concentración en el nivel medio.

En cuanto al conocimiento sobre alimentación adecuada al niño de 0 a 2 años, casi todas las madres conoce los alimentos que ayudan a crecer más al niño; maneja las recomendaciones de la preparación de los alimentos; conoce el alimento que debe recibir el niño/a desde el nacimiento hasta los 6 meses; la mayoría maneja la preparación que nutre más al niño; identifica la consistencia de los alimentos de los niños menores de dos años; conoce la cantidad de alimento que debe ingerir el niño al iniciar su alimentación complementaria; conoce los beneficios físicos de una adecuada alimentación complementaria; define la alimentación complementaria en el niño; identifica la edad en la que el niño debe iniciar el consumo de alimentos complementario; conoce el tiempo de duración de la lactancia materna; conoce los alimentos que dan más fuerza y / o energía al niño; conoce la frecuencia que debe comer el niño al cumplir un año; y menos de la mitad conoce los alimentos que protegen de las enfermedades al niño.

En este sentido, Nuñez-Martínez et al., (2020) encontraron en cuanto al nivel de conocimiento sobre los hábitos alimentarios que tenían los cuidadores de los niños, la mayoría tenía un conocimiento medio (40%). En relación a las prácticas sobre los hábitos alimentarios que los cuidadores tenían respecto a los niños, 80% de ellos tenían un nivel inadecuado.

Villalba Araujo & Dávalos Acosta, (2013) encontraron un aumento en el nivel de conocimientos y una modificación favorable en los hábitos alimentarios, postulando la importancia de fomentar la educación alimentaria-nutricional en la población

Conclusión

Al finalizar el presente estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

En cuanto al manejo de las madres sobre la alimentación saludable para niños de 0 a 2 años, el 80% de las encuestadas conoce los alimentos que ayudan a crecer más al niño, el 75% conoce las recomendaciones de la preparación de los alimentos; el 65% conoce el tiempo de duración de la lactancia materna; el mismo porcentaje conoce los alimentos que dan más fuerza y / o energía al niño y un 45% conoce los alimentos que protegen de las enfermedades al niño.

Con referencia al manejo de las madres sobre los tipos de alimentos que benefician a los niños de 0 a 2 años, el 73% de las encuestadas conoce el alimento que debe recibir el niño/a desde el nacimiento hasta los 6 meses, el 68% conoce los beneficios físicos de una adecuada alimentación complementaria, el 65% conoce sobre la alimentación complementaria en el niño y el mismo porcentaje conoce la edad en la que el niño debe iniciar el consumo de alimentos complementario.

En relación al manejo de las madres sobre la frecuencia y porciones diarias de alimentos, el 70% de las encuestadas conoce la preparación que nutre más al niño, el mismo porcentaje conoce la consistencia de los alimentos de los niños menores de dos años, el 68% conoce la cantidad de alimento que debe ingerir el niño al iniciar su alimentación complementaria y el 65% conoce la frecuencia que debe comer el niño al cumplir un año.

Por tanto, se puede concluir diciendo que el conocimiento de las madres de niños de 0 a 2 años sobre alimentación adecuada, Comunidad de Tape Ka'aguy de San Pedro de Ykuamandiyu, año 2021 es alto, porque manejan los alimentos que ayudan a crecer

más al niño, las recomendaciones de la preparación de los alimentos; el tiempo de duración de la lactancia materna y los alimentos que dan más fuerza y / o energía al niño; el alimento que debe recibir el niño/a desde el nacimiento hasta los 6 meses, los beneficios físicos de una adecuada alimentación, la edad en la que el niño debe iniciar el consumo de alimentos complementario; asimismo conocen, la preparación que nutre más al niño, la consistencia de los alimentos de los niños menores de dos años, la cantidad de alimento que debe ingerir el niño al iniciar su alimentación complementaria y la frecuencia que debe comer el niño al cumplir un año.

Recomendaciones

Sobre el estudio realizado se recomienda las siguientes acciones;

- a) Al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social:
- b) A las autoridades locales
- c) A los colegas
- d) A las madres y padres de niños de 0 a 2 años

Que desarrollen programas y proyectos educativos enfocados hacia la capacitación constante, relacionada a la alimentación adecuada para mejorar la calidad de vida.

Bibliografía

- AEP. (2012). *Recomendaciones sobre lactancia materna* (AEP (ed.)).
- Agostoni, C., Decsi, T., Fewtrell, M., Goulet, O., Kolacek, S., Koletzko, B., Kim, Ñ. Ñ., Michaelsen, F., Moreno, L., Puntis, J., Rigo, J., Shamir, R., Szajewska, H., Turck, Ñ. Ñ. Ñ. D., & Goudoever, J. Van. (2008). Alimentación complementaria: un comentario del Comité de Nutrición de ESPGHAN. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, *46*, 99–110.
- Aguilar Cordero, M. J., Baena García, L., Sánchez López, A. M., Guisado Barrilao, R., Hermoso Rodríguez, E., & Mur Villar, N. (2016). Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. Revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, *33*(2), 482–493.
- Ajete, S. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de madres con niños de 6 a 24 meses en Cuba. *Salud Pública y Nutrición*, *16*(4), 10–19.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2017/spn174a.pdf>
- Arbo, A., Ayala, F., Figueredo, R., & Director, G. (2012). *Guías Alimentarias para Niñas y Niños Menores de 2 años del Paraguay* (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (ed.)). MSP y BS. <http://www.fao.org/3/a-ax435s.pdf>
- Becerra A, K. M., Russián F, O., & Lopez, R. (2018). ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE PROGENITORES SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE PREESCOLARES , CARACAS 2015. *CIMEI*, *23*(32), 36–41.
<https://doi.org/https://doi.org/10.23961/cimel.v23i2.1224>

- Birch, L. L., & Doub, A. E. (2014). Learning to eat: Birth to age 2 y. *American Journal of Clinical Nutrition*, 99(3), 723–728. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.069047>
- Boccolini, C. S., De Carvalho, M. L., De Oliveira, M. I. C., & Pérez-Escamilla, R. (2013). Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *Jornal de Pediatria*, 89(2), 131–136. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.03.005>
- Carling, S. J., Demment, M. M., Kjolhede, C. L., & Olson, C. M. (2015). Breastfeeding duration and weight gain trajectory in infancy. *Pediatrics*, 135(1), 111–119. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1392>
- Carrero, C. M., Oróstegui, M. A., Escorcía, L. R., & Arrieta, D. B. (2018). Anemia infantil: Desarrollo cognitivo y rendimiento académico. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 37(4), 411–426.
- Castillo-Durán, C., Balboa C., P., Torrejón S., C., Bascuñán G., K., & Uauy D., R. (2013). Alimentación normal del niño menor de 2 años. Recomendaciones de la rama de nutrición de la sociedad chilena de pediatría 2013. *Revista Chilena de Pediatria*, 84(5), 565–572. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062013000500013>
- Cereceda Bujaico, M. del P., & Quintana Salinas, M. R. (2014). Consideraciones para una adecuada alimentación durante el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(2), 153–160.
- Chalasani, N., Younossi, Z., Lavine, J. E., Diehl, A. M., Brunt, E. M., Cusi, K., Charlton, M., & Sanyal, A. J. (2012). El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del hígado graso no alcohólico: guía práctica de la Asociación Estadounidense para el Estudio de Enfermedades Hepáticas, el Colegio Estadounidense de Gastroenterología y la Asociación Estadounidense de Gastroe. *Hepatology*, 55(6), 2005–2023. <https://doi.org/10.1002/hep.25762>
- Cooke, L., & Fildes, A. (2011). The impact of flavour exposure in utero and during milk feeding on food acceptance at weaning and beyond. *Appetite*, 57(3), 808–811. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.05.317>
- Dalmau, J., Pena-Quintana, L., Moráis, A., Martínez, V., Varea, V., Martínez, M. J., & Soler, B. (2015). Análisis cuantitativo de la ingesta de nutrientes en niños menores

- de 3 años. Estudio ALSALMA. *An Pediatr (Barc)*, 82(4), 255–266.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014>.
- Fernández, A., Martínez, R., Carrasco, I., & Palma, A. (2017). Impacto social y económico de la malnutrición. *Modelo de Análisis y Estudio Piloto En Chile El Ecuador y México*, 1–190.
http://es.wfp.org/sites/default/files/es/file/espanol_estudiopiloto_abril_2017.pdf
- Fernandez, A., Sosa, P., Setton, D., Desantadina, V., Fabeiro, M., Martinez, M. I., Piazza, N., Casavalle, P., Tonietti, M., Vacarezza, V., Grandis, S. de, Granados, N., & Hernandez, J. (2011). *Calcio y Nutrición*.
- Fisher, J. O., & Dwyer, J. T. (2016). Next steps for science and policy on promoting vegetable consumption among US infants and young children. *Advances in Nutrition*, 7(1), 261S–271S. <https://doi.org/10.3945/an.115.009332>
- Girón Mendivelso, N. Y., & Plazas Jaimes, K. Y. (2019). *Los hábitos alimenticios en la familia y su incidencia en el desarrollo integral de los niños y niñas del preescolar del centro educativo rural el convento del Municipio de Trinidad Casanare*.
- González Hernández, N., López Robles, G. A., & Prado López, L. M. (2016). Importancia de la nutrición: primeros 1,000 días de vida. *Acta Pediátrica Hondureña*, 7(1), 597–607.
- Grimshaw, K. E. C., Maskell, J., Oliver, E. M., Morris, R. C. G., He, D., Child, R. N., Foote, K. D., Mills, E. N. C., & Margetts, B. M. (2014). Desarrollo de la dieta y las alergias alimentarias durante la infancia: hallazgos del estudio de cohortes de nacimiento utilizando datos prospectivos del diario de alimentos. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 133(2), 511–519.
<https://doi.org/10.1016/j.jaci.2013.05.035>
- Hanson, M. A., Low, F. M., & Gluckman, P. D. (2011). Epigenetic epidemiology: The rebirth of soft inheritance. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 58(SUPPL. 2), 8–15. <https://doi.org/10.1159/000328033>
- Hardwick, J., & Sidnell, A. (2014). Infant nutrition – diet between 6 and 24 months, implications for paediatric growth, overweight and obesity. *Nutrition Bulletin*,

39(4), 354–363. <https://doi.org/10.1111/nbu.12118>

Harris, G., & Coulthard, H. (2016). Early Eating Behaviours and Food Acceptance Revisited: Breastfeeding and Introduction of Complementary Foods as Predictive of Food Acceptance. *Current Obesity Reports*, 5(1), 113–120. <https://doi.org/10.1007/s13679-016-0202-2>

Henkes, H. S., Flores, C. B., Ibarra, C. C., Cárdenas, B. L., & Rigollet, S. S. (Eds.). (2019). *Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud*. Ministerio de Salud, Gobierno de Cjile.

Hughes, S. O., Cross, M. B., Hennessy, E., Tovar, A., Economos, C. D., & Power, T. G. (2012). Caregiver's Feeding Styles Questionnaire. Establishing cutoff points. *Appetite*, 58(1), 393–395. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.11.011>

Hughes, S. O., Power, T. G., Papaioannou, M. A., Cross, M. B., Nicklas, T. A., Hall, S. K., & Shewchuk, R. M. (2011). Emotional climate, feeding practices, and feeding styles: An observational analysis of the dinner meal in Head Start families. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 1–11. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-60>

Jiménez Acosta, S. M., González, I. M., Rodríguez, A., Silvera Téllez, D., Torres, E., & Alfonso Fagué, K. (2018). Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad Feeding practices in children aged 6-23 months. *Revista Cubana de Pediatría*, 90(1), 79–93.

Jiménez Ortega, A. I. (2017). De lactante a niño. Alimentación en diversas etapas de la vida y avances en nutrición. *Nutrición Hospitalaria*, 34(4), 3–7. <https://doi.org/10.20960/nh.1563>

Maggi, A., Carranza, A. M., Pinheiro, A. C., Leyton, B., Becerra, C., & Castillo C, et al. (2015). Guía De Alimentación Del niño(a) menor de 2 años, Guía De Alimentación hasta la adolescencia. In *Guia De Alimentacion*. <https://doi.org/10.1007/s11356-018-1569-2>

Mennella, J. A., Reiter, A. R., & Daniels, L. M. (2016). Ekonomi Pancasila ; WARISAN PEMIKIRAN MUBYARTO.pdf. *Advances in Nutrition*, 7(12), 211–

219. <https://doi.org/10.3945/an.115.008649.patterns>

Michaelsen, K. . (2015a). Amamantamiento. In B. Koletzko (Ed.), *Pediatric nutrition in practice* (2ª, Vol. 113, pp. 92–96). KARGER.

Michaelsen, K. . (2015b). Breastfeeding. In B. Koletzko (Ed.), *Nutrición pediátrica en la práctica clínica* (2ª, pp. 92–96). Karger.

Moorcroft, K. E., Marshall, J. L., & McCormick, F. M. (2011). Association between timing of introducing solid foods and obesity in infancy and childhood: A systematic review. *Maternal and Child Nutrition*, 7(1), 3–26.
<https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2010.00284.x>

Moreno del Castillo, M. C., Valladares-García, J., & Halabe-Cheremb, J. (2018). Microbioma Humano. *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM*, 61(6), 95–98. <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v61n6/2448-4865-facmed-61-06-7.pdf>

Muquinche, M. de L., & Valencia, G. E. (2019). Propuesta Educativa sobre Alimentación para la prevención de malnutrición dirigida a madres con hijos menores de 5 años de la localidad de Yaruquíes, Ecuador. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 2(37), 1–16.

Musher-Eizenman, D. R., & Kiefner, A. (2013). Food parenting: A selective review of current measurement and an empirical examination to inform future measurement. *Childhood Obesity*, 9(SUPPL.1), 32–39. <https://doi.org/10.1089/chi.2013.0030>

Núñez-Martínez, B. E., Meza-Miranda, E., & Sanabria-Fleitas, T. L. (2020). Asociación entre nivel de conocimiento y prácticas de cuidadores de niños de 2 a 5 años sobre la alimentación infantil. 18(1), 47–54.

Pantoja Ludueña, M. (2015). Los primeros 1000 días de la vida. *Rev. Soc. Boliv. Pediatr*, 54(2), 60–61.

Pearce, J., & Langley-Evans, S. C. (2013). Los tipos de alimentos introducidos durante la alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil: una revisión sistemática. *International Journal of Obesity*, 37(4), 477–485.

<https://doi.org/10.1038/ijo.2013.8>

Perrine, C. G., Galuska, D. A., Thompson, F. E., & Scanlon, K. S. (2014).

Breastfeeding duration is associated with child diet at 6 years. *Pediatrics*, *134*, S50–S55. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0646I>

Perú Instituto Nacional de Salud. (2015). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la alimentación y nutrición de la gestante y madre de niños menores de tres años. In *The British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.111.479.1009-a>

Priego Alvarez, H. R., Rivera Barragán, M. del R., & Córdova Hernández, J. A. (2014).

Programa educativo de alimentación y nutrición en una comunidad del Estado de Tabasco. *Horizonte Sanitario*, *9*(3), 7–15.

<https://doi.org/https://doi.org/10.19136/hs.a9n3.143>

Quispe Cayetano, C. Della, & Riveros Quispe, S. (2019). Conocimiento de las madres sobre Alimentación Complementaria en lactantes de 6 - 12 meses de edad, en el Consultorio De Crecimiento y Desarrollo en el Centro De Salud San Cristobal, Huancavelica-2019. In *Universidad Nacional de Huancavelica*.

Rafael, P., Sofia, S., & Megan, L. (2017). Guías de alimentación para niñas y niños menores de dos años: Un enfoque de crianza perceptiva. *Healthy Eating Reserch*, 1–69. https://healthyeatingresearch.org/wp-content/uploads/2017/10/GuiaResponsiva_Final.pdf

Raiten, D. J., Raghavan, R., Porter, A., Obbagy, J. E., & Spahn, J. M. (2014). Executive summary : evaluating the evidence base to support the inclusion of infants and children from birth to 24 mo of age in the Dietary Guidelines for Americans —“ the B-24 Project ” 1 – 3. *Am J Clin Nut*, *99*(3), 6635–6915.

<https://doi.org/10.3945/ajcn.113.072140.1>

Rivero Urgell, M., Moreno Aznar, L. A., Dalmau Serra, J., Moreno Villares, J. M., Aliaga Pérez, A., García Perea, A., Varela Moreiras, G., & Ávila Torres, J. M. (2015). *Libro Blanco de la nutrición infantil en España*. Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Ruiz de la Fuente, M., Torres Caro, A., Lara Quezada, C., Torres Muñoz, F., Rodriguez

- Fernández, A., & Parra Flores, J. (2017). Estado nutricional de escolares de 4.º año de enseñanza básica y su relación con el ingreso económico, conocimiento en alimentación saludable, nutrición y percepción de sus madres. *Perspectivas En Nutrición Humana*, 18(2), 143–153. <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v18n2a02>
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development*, 7(4), 349–367. <https://doi.org/10.1080/14616730500365928>
- Thorisdottir, B., Gunnarsdottir, I., Thorisdottir, A. V., Palsson, G. I., Halldorsson, T. I., & Thorsdottir, I. (2013). Ingesta de nutrientes en la infancia e índice de masa corporal a los seis años en dos cohortes poblacionales reclutadas antes y después de la revisión de las recomendaciones dietéticas para lactantes. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 63(1–2), 145–151. <https://doi.org/10.1159/000354431>
- Tovar, A., Hennessy, E., Must, A., Hughes, S. O., Gute, D. M., Sliwa, S., Boulos, R. J., Vikre, E. K., Kamins, C. L., Tofuri, K., Pirie, A., & Economos, C. D. (2013). Feeding styles and evening family meals among recent immigrants. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-84>
- Unicef. (2014). *¡UPA! Guía de pautas de crianza de niños y niñas entre 0 y 5 años para agentes formadores de familia*. <http://desarrollo.edu.py/uploads/2015/03/unicef-guiaagentesformadores.pdf>
- UNICEF. (2019). *Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición. Crecer bien en un mundo en transformación*. UNICEF.
- USDA. (2019). Infant nutrition and feeding guide. In *Duodecim; laaketieteellinen aikakauskirja*. Sistema de recursos de WIC Works DEPARTAMENTO DE AGRICULTURA DE EE. UU. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4678488>
- Van Goudoever, J. B. (2015). Proteína. In B. Koletzko (Ed.), *Nutrición pediátrica en la práctica clínica* (2ª, pp. 41–45). Karger. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2009.00219.x>
- Victora, C. (2012). Los mil días de oportunidad para intervenciones nutricionales. De la

- concepción a los dos años de vida. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 110(4), 311–317. <https://doi.org/10.5546/aap.2012.311>
- Villalba Araujo, R., & Dávalos Acosta, A. (2013). *Nivel de conocimientos y hábitos alimentarios pre y post capacitación en las Guías Alimentarias del Paraguay para niños mayores a 2 años , en familias de zona urbana y rural Level of knowledge and eating habits pre and post training*. 3, 14–22.
- Weber, M., Grote, V., Closa-Monasterolo, R., Escribano, J., Langhendries, J.-P., Dain, E., Giovannini, M., Verduci, E., Gruszfeld, D., Socha, P., & Koletzko, B. (2014). El menor contenido de proteínas en la fórmula infantil reduce el IMC y el riesgo de obesidad en la edad escolar: seguimiento de un ensayo aleatorizado. *Am J Clin Nutr*, 99, 1041–1051. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.064071.1>
- Yajnik, C. S. (2014). Transmission of obesity-adiposity and related disorders from the mother to the Baby. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 64(SUPPL.1), 8–17. <https://doi.org/10.1159/000362608>
- Zamora, Y., & Ramírez, E. (2013). Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad. *Revista Peruana Enfermería y Desarrollo*, 11(1), 38–44.
- Zavaleta, N., & Astete-Robilliard, L. (2017). Effect of anemia on child development: Long-term consequences. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 34(4), 716–722. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.3251>
- Zhang, Z., Adelman, A. S., Rai, D., Boettcher, J., & Lonnerdal, B. (2013). Amino acid profiles in term and preterm human milk through lactation: A systematic review. *Nutrients*, 5(12), 4800–4821. <https://doi.org/10.3390/nu5124800>
- Zurita Esquivel, M. (2017). *Conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de 2 años sobre alimentación complementaria , en un centro de salud, San Miguel 2016[tesis pregrado]*. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/facenf/issue/viewFile/59/60>

Apéndice

Instrumento de recolección de datos I

Estimada

Madre

Esta encuesta forma parte de los trabajos de investigación con el propósito de determinar el nivel de conocimiento de las madres de la comunidad de Tape Ka'aguy de San Pedro de Ycuamandyyú sobre alimentación adecuada de niños de 0 a 2 años. La información proporcionada será confidencial y anónima, utilizada exclusivamente a los efectos de la presentación de esta Tesis de Grado.

Instrucciones: A continuación, se le presenta una serie de preguntas por lo que se le solicita marcar con un aspa (x) la respuesta que considera correcta y completar la información que se le solicita en los espacios en blanco.

I. Conocimientos y prácticas sobre alimentación adecuada

1. Qué alimento debe recibir el niño/a desde el nacimiento hasta los 6 meses?
 - a. Leche materna exclusivamente
 - b. Leche materna más leche de formula
 - c. Jugo, agua o te
 - d. otras especificar
2. La alimentación complementaria en el niño consiste en:
 - a. Leche materna y calditos
 - b. Leche materna e introducción de otros alimentos.**
 - c. Leche materna y otro tipo de leches.
 - d. Alimentarlo con la comida de la olla familiar
 - e. Alimentarlo únicamente con papillas y calditos.
3. La edad en la que el niño debe iniciar el consumo de alimentos diferentes a la leche materna es:
 - a. Al mes
 - b. Dos meses
 - c. Cuatro meses

- d. Seis meses**
 - e. Al año
4. Al iniciar la alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, ¿cuánto tiempo más puede tomar la leche materna?
- a. Hasta los 6 meses
 - b. Hasta los 9 meses
 - c. Hasta un año
 - d. Hasta los dos años
5. Los alimentos que protegen de las enfermedades al niño son:
- a. Almidones (cereales, tubérculos)
 - b. Carnes y leche
 - c. Grasas.
 - d. Frutas, verduras**
6. Los alimentos que dan más fuerza y / o energía al niño son:
- a. Almidones (cereales, tubérculos)**
 - b. Carnes y leche.
 - c. Grasas.
 - d. Frutas, verduras
7. Los alimentos que ayudan a crecer más al niño son:
- a. Almidones (cereales, tubérculos)
 - b. Carnes y leche.**
 - c. Grasas.
 - d. Frutas, verduras.
8. La preparación que nutre más al niño es:
- a. Sopas
 - b. Segundos y/o plato fuerte.**
 - c. Coladas
9. La cantidad de alimento que debe ingerir el niño al iniciar su alimentación complementaria es:
- a. Una taza.
 - b. Media taza
 - c. Cuarto de taza
 - d. Unas cucharadas
 - e. Una a dos Cucharaditas.**
10. La frecuencia que debe comer el niño al cumplir un año es:
- a. Según lo que pida.
 - b. Dos veces al día
 - c. Tres veces al día
 - d. Cuatro veces al día
 - e. Cinco veces al día**
11. La consistencia de los alimentos de los niños menores de dos años debe ser:
- a. Bien líquido
 - b. Líquido

- c. **Espeso**
 - d. Muy espeso
12. Para evitar que el niño se enferme es importante que en la preparación de los alimentos se tome en cuenta la:
- a. Higiene de utensilios
 - b. Higiene de los alimentos
 - c. Higiene del niño
 - d. **Todos**
 - e. Ninguno
13. Los beneficios físicos de una adecuada alimentación complementaria hacia el niño menor de dos años están dados por:
- a. **Mayor crecimiento**
 - b. Menor peso
 - c. Baja estatura
 - d. Mayor peso
14. ¿A qué edad comenzó a darle a su niño el primer alimento?
- a. **< 6 meses**
 - b. 6 meses
 - c. 7 meses