

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 12
MESES. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA - AYACUCHO, 2018”**

PRESENTADO POR:

Bach. MENESES MUCHA, Gladys

Bach. OCHOA ROCA, Mariluz Sonia

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

AYACUCHO –PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios, por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos.

A nuestros padres por habernos dado la oportunidad de seguir este gran camino, por su sacrificio, apoyo incondicional en todos estos años, gracias a ustedes hemos llegado hasta aquí y convertirnos en lo que somos.

A nuestros maestros que contribuyeron en aumentar nuestros conocimientos, valores y actitud para esta hermosa carrera “Enfermería”.

A nuestro asesor, por su paciencia, gentileza, apoyo y enseñanzas constantes.

Gracias por alentarnos a llegar hasta el final.

Gladys y Mariluz

AGRADECIMIENTO

A Dios por la fortaleza para lograr nuestras metas, a él le debemos nuestros triunfos.

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, "Alma Máter", la segunda universidad del Perú, por acogernos en sus aulas durante nuestros años de estudio y por habernos brindado la oportunidad de lograr esta noble profesión, destinada a velar por la salud de la población.

A la plana de docentes de la escuela profesional de enfermería, por impartir conocimientos necesarios durante nuestra permanencia, orientados hacia la calidez y calidad de atención en cada una de nuestras acciones cotidianas.

A nuestro asesor, el Mg. Hugo Ayala Prado, por su apoyo en el desarrollo del presente trabajo, asimismo por brindarnos su tiempo y paciencia durante nuestra formación profesional.

A los profesionales que laboran en el Centro de Salud San Juan Bautista, por brindarnos apoyo e información necesaria para la consolidación del presente trabajo de investigación.

A las madres de los niños de 6 a 12 meses de edad del Centro de Salud San Juan Bautista, por su colaboración, quienes concedieron su valioso tiempo en la adquisición de los datos de la investigación y brindaron facilidades para la ejecución de nuestra tesis, a ellas nuestra eterna gratitud.

INDICE

RESUMEN

ABSTRAC

INTRODUCCION

CAPITULO I: MARCO TEORICO	11
1.1. Antecedentes referenciales	11
1.2. Base teórica	23
1.3. Variables de estudio	50
CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS	51
CAPITULO III: RESULTADOS	57
3.1. RESULTADOS	58
CAPITULO IV: DISCUSION	62
4.1. DISCUSION DE RESULTADOS	62
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES	71
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	82
ANEXO A: Instrumento de recolección de datos	83
ANEXO B: Ficha de cotejo	87
ANEXO C: Consentimiento auto informado.	88
ANEXO D: Operalización de variables	89
ANEXO E: Matriz de consistencia	91

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA - AYACUCHO, 2018”.

AUTORAS:

Bach. GLADYS MENESES MUCHA, y Bach. MARILUZ SONIA OCHOA ROCA

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el **objetivo**, determinar si existe relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre la alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses. Centro de Salud San Juan Bautista-Ayacucho, 2018. **Materiales y métodos:** estudio transversal, no experimental, descriptivo; **la población** estuvo conformada por las madres con niños de 6 meses a 12 meses del Centro Salud de San Juan Bautista, cuya muestra fue 60 madres. **El instrumento** utilizado fue el cuestionario autoinformado, Ficha de Cotejo y carnet para evaluar el estado nutricional. **Resultados:** Se encontró que la mayoría de las madres (58,3%) con conocimiento regular, 45% de sus niños posee estado nutricional normal, el 13,3% son niños con desnutrición crónica y no encontrando niños con desnutrición aguda y global. El 30% de las madres tienen conocimiento bueno sobre la alimentación complementaria, de ellas el 30% de sus niños posee estado nutricional normal. El 11,7% de las madres cuyo conocimiento es deficiente sobre la alimentación complementaria, el 10% de sus niños tienen desnutrición crónica y el 1,7% de sus niños con desnutrición global. **Conclusiones:** Se halló relación significativa entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que acudieron al Centro de Salud San Juan Bautista ($p < 0,05$).

PALABRA CLAVE: Nivel de conocimiento, alimentación complementaria y estado nutricional.

"LEVEL OF KNOWLEDGE OF MOTHERS ON COMPLEMENTARY FOOD AND NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN FROM 6 TO 12 MONTHS. HEALTH CENTER SAN JUAN BAUTISTA - AYACUCHO, 2018"

AUTHORS:

Bach. GLADYS MENESES MUCHA, and Bach. MARILUZ SONIA OCHOA ROCA

ABSTRAC

This research was carried out with the **objective** of determining whether there is a relationship between the level of knowledge of mothers about complementary feeding and the nutritional status of the child from 6 to 12 months. San Juan Bautista-Ayacucho Health Center, 2018. **Materials and methods:** cross-sectional, non-experimental, descriptive study; **The population** was made up of mothers with children from 6 months to 12 months of the San Juan Bautista Health Center, whose sample was 60 mothers. **The instrument** used was the self-reported questionnaire, Checklist and card to assess nutritional status. **Results:** It was found that the majority of mothers (58.3%) with regular knowledge, 45% of their children have normal nutritional status, 13.3% are children with chronic malnutrition and not finding children with acute and global malnutrition. 30% of mothers have good knowledge about complementary feeding, of which 30% of their children have normal nutritional status. 11.7% of mothers whose knowledge is deficient about complementary feeding, 10% of their children have chronic malnutrition and 1.7% of their children with global malnutrition. **Conclusions:** A significant relationship was found between the level of knowledge of mothers about complementary feeding and the nutritional status of children aged 6 to 12 months who attended the San Juan Bautista Health Center ($p < 0.05$).

KEY WORD: Level of knowledge, complementary feeding and nutritional status.

INTRODUCCION

Llega un momento en la vida del niño en que la leche materna no es suficiente para satisfacer todas sus necesidades nutricionales, ello no significa que la leche haya perdido sus propiedades sino que no basta. La leche materna es el alimento fundamental, durante los dos primeros años de vida, pero a partir de los 6 meses el niño requiere de la introducción de alimentos semisólidos además de la leche materna, a lo que se le denomina alimentación complementaria¹.

El nivel de conocimiento de las madres en la temática es importante para poder dar una adecuada alimentación de acuerdo a la edad del lactante².

El conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria, es la noción y experiencia, lograda y acumulada por la madre, que alcanza en el transcurso de vida mediante una buena recolección de datos e información acerca del contenido, frecuencia, consistencia, cantidad e introducción oportuna de los alimentos según la edad, una alimentación adecuada, logra cubrir sus requerimientos calórico-proteicos, evita alteraciones nutricionales por defecto y trastornos en su crecimiento y desarrollo³. El conocimiento depende de factores, como: el grado de instrucción, experiencias previas en el cuidado de niños, conocimientos que se adquieren del profesional de salud y los consejos de la familia que manejan un conjunto de creencias erróneas, profundamente arraigadas en nuestra cultura⁴.

Según BERMUDO y GONZALES, el estado nutricional, es el resultado del balance entre el requerimiento y la alimentación que recibe diariamente. Cuando ambos están en equilibrio, el individuo tiene un estado nutricional normal y si la alimentación es inferior a los requerimientos, el estado nutricional desmejora y el individuo adelgaza y muestra signo de desnutrición⁵.

En los últimos años el aumento de niños con problemas en el estado nutricional se manifiesta en las tasas de incidencia y prevalencia de niños con bajo peso y/o talla baja que se detecta en el consultorio de Atención Integral de Salud del niño (a).

Esta investigación está enmarcada en las políticas de salud de alimentación complementaria, que precisa que se debe brindar una eficiente atención y cuidado de la alimentación de los niños hasta los 24 meses de edad, siendo el sector salud el motor del desarrollo del ser humano, prioritariamente la enfermera que labora en el área niño debe tener en cuenta los puntos críticos en el conocimiento que poseen las madres, ya que se evidencia un panorama de riesgo en el que es necesario mejorar la consejería a la madre con el fin de promover la introducción adecuada de la alimentación en este grupo poblacional vulnerable mediante la implementación de estrategias preventivo – promocionales sobre alimentación complementaria lo que contribuirá a mejorar las prácticas de alimentación que brinde al niño, además de propiciar la adopción de conductas alimenticias saludables que mejoren la calidad de vida del niño y disminuyan el riesgo a contraer enfermedades nutricionales, previniendo complicaciones en su crecimiento y desarrollo cognitivo, emocional y social, contribuyendo a la salud total de los niños.

Los últimos tres gobiernos vienen impulsando en mayor número de distritos el programa CRECER como estrategia de intervención articulada multisectorialmente que tiene como objetivo la lucha contra la desnutrición infantil y la pobreza, fomentando la alimentación y protección del niño desde su nacimiento; no sólo proveendo a la población objetiva con productos que mejoren sus niveles de nutrición, sino capacitando en aspectos de salud, educación, hábitos de higiene, nutrición y adecuación de sus viviendas para liberarlas de humo y desechos⁶.

De acuerdo a los antecedentes el problema planteado fue: ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres sobre la alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses del Centro de Salud San Juan Bautista-Ayacucho, 2018?

El objetivo general formulado fue: Determinar la relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre la alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses. Centro de Salud de San Juan Bautista-Ayacucho, 2018.

Los Objetivo específicos planteados fueron:

- A. Identificar las características sociodemográficas de las madres con niños de 6 a 12 meses. Centro de Salud San Juan Bautista-Ayacucho, 2018.
- B. Identificar el nivel de conocimientos de las madres sobre la alimentación complementaria con niños de 6 a 12 meses. Centro de Salud San Juan Bautista-Ayacucho, 2018.

C. Evaluar el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses. Centro de Salud San Juan Bautista-Ayacucho, 2018.

Los datos del presente investigación brindará una información actualizada, relevante y veraz al equipo de salud, en especial al profesional de enfermería del consultorio de Atención Integral de Salud del niño(a) del primer nivel de atención; a que consideren que la parte principal es fortalecer el conocimiento de las madres, mejorar las técnicas de consejerías nutricionales y sesiones demostrativas que tenga un efecto positivo en incrementar, teniendo en cuenta los valores culturales, la condición social y otros para mejorar el estado nutricional. Así cumplir el rol relevante en la educación nutricional dentro del equipo de salud y la comunidad, la misma que sirva como punto de partida para otros centros de salud.

La hipótesis propuesta fue:

Hi: Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses. Centro de Salud San Juan Bautista-Ayacucho, 2018.

Ho: No existe relación significativa entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses. Centro de salud San Juan Bautista-Ayacucho, 2018.

Los resultados del estudio, establecen que la mayoría de las madres tienen el 41,7% perteneciente a la edad promedio de 23 a 28 años, 36,7% pertenecen al área urbana y otro 36,7% al área rural el 51,7% tienen grado de instrucción secundaria y 51,7% son amas de casa. La mayoría de las madres poseen conocimientos regular sobre la alimentación complementaria, alcanzando un 58,3%; mientras el 30% conocimiento bueno y un 11,7 % deficiente. Al respecto al estado nutricional el 75% de niños son normales, el 23.3% poseen desnutrición crónica. En la cual se observa que si existe la relación entre estado nutricional normal de los niños y nivel de conocimiento bueno de la madres, asimismo la desnutrición crónica y desnutrición aguda con el nivel de conocimiento regular y deficiente que poseen las madres.

Aplicando la prueba de Chi cuadrado, se establece relación altamente significativo entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y estado nutricional ($p < 0,05$).

La estructura del presente estudio está constituido por páginas preliminares. La introducción; el Capítulo I plasma el base teórico; el Capítulo II describe los materiales y métodos;

Capítulo III muestra los resultados; Capítulo IV la discusión; finalmente se alcanza las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Durante la revisión de la literatura se ha encontrado algunos estudios relacionados al nivel de conocimiento y estado nutricionales los cuales son:

Internacional:

Vallejo M. Castro L y Cerezo M. En el 2016 en Colombia, realizaron un estudio titulado: “Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa – Colombia”, con el **objetivo** de establecer el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años de edad de las comunidades Resguardo Yunguillo y Red Unidos pertenecientes al Municipio de Mocoa y su relación con los determinantes sociales. El **material y método** que utilizaron fue descriptivo correlacional. La **población** estuvo conformada por 117 niños de Yunguillo y 122 de Red Unidos, para la recolección de los datos utilizaron 2 cuestionarios adaptados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Colombia - ENSIN y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud –ENDES, y diseñaron un instrumento para registrar las medidas antropométricas de los niños y niñas de dichas comunidades. **Resultados** que los investigadores hallaron, un 43,6% y 24,2% de niños tuvieron retraso en la talla mientras que el 12,8% y 9,7% de los niños, cursaron con obesidad respectivamente en ambas comunidades. Así mismo, se encontró relación entre la talla/edad y nivel educativo del padre y la pertenencia a un programa de alimentación complementaria y para el peso/edad. **Conclusión:** Hallaron que los niños de las dos comunidades presentan problemas de malnutrición, los resultados se ven reflejados en los altos porcentajes de desnutrición crónica, sobrepeso y desnutrición global⁷.

Carolina M. En el año 2014 en Argentina, realizó un estudio titulado: “Creencias, prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses”, con el **objetivo** de analizar las prácticas y creencias alimentarias que poseen las madres de niños

de 6 a 24 meses de edad, que acuden a sus controles del Centro de Salud de la ciudad de Mar del Plata e identificar el estado nutricional de los niños. El **material y método** fue descriptivo y transversal; la **población** estuvo conformada por 120 madres, para la recolección de datos se realizó una encuesta con preguntas abiertas y cerradas, para el peso y talla de los niños se tomaron de la historia clínica. Los **resultados** fueron: el 84% de los niños presentan un estado nutricional dentro de los parámetros normales. Al momento de la entrevista el 63% de los niños recibía lactancia materna, el 18% de los niños diariamente consumían bebidas azucaradas, el 58% iniciaron la alimentación complementaria a la edad de 6 meses, una práctica frecuente fue el enriquecimiento de las comidas con aceite o manteca, el 61% agregan sal a la comida de los niños; la madre es generalmente la encargada de la alimentación de los niños. Las madres en su mayoría piensan que la alimentación complementaria debe iniciarse a los 6 meses de edad. **Conclusiones:** Se determinó que el estado nutricional de la mayoría de los niños dentro de los parámetros normales. Así mismo el autor refiere que las madres en general poseen prácticas y creencias de acuerdo a las recomendaciones establecidas por los organismos nacionales e internacionales⁸.

Bustamante J, Zhagñay P. En el 2014 en Ecuador, realizó un estudio titulado: “Estado nutricional de niños/as menores de 5 años que acuden al centro de desarrollo infantil Buen Vivir Los Pitufos de la Parroquia El Valle”. **Objetivo:** Valorar el estado nutricional de los niños/as menores de cinco años de edad. La muestra fue de 193 niños/as. La técnica utilizada fue la observación directa, la toma de peso y talla, interpretación de resultados mediante las curvas de crecimiento y el IMC y como instrumento de trabajo se utilizó un formulario elaborado. Como **resultados** obtenidos en relación P/E 179 niños/as están con peso bajo para la edad, T/E 153 escolares están normales y 40 con talla baja, en cuanto al IMC 187 niños están 5 con sobrepeso. **Conclusión:** el conocimiento deficiente afecta el crecimiento y desarrollo de los niños⁹.

Sánchez L. En el 2014 en México, En su estudio titulado “Nivel de conocimientos sobre ablactación que presentan los padres de familia de la estancia Cendi Mexiquense Toluca”. **Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimientos de los padres de Familia de la Estancia CENDI Mexiquense, Toluca, acerca de una adecuada ablactación. Siendo el **resultado** que el 72% de los padres de familia presentó un nivel de conocimientos adecuado y el 28% un nivel de conocimientos escaso. **Conclusión:** Con esta investigación se pudo comprobar que existe una relación entre el nivel de conocimientos que tienen los padres de familia acerca

de la alimentación complementaria con la práctica, por lo tanto es un factor de riesgo el nivel escaso de conocimientos alimentarios para una inadecuada práctica de alimentación complementaria¹⁰.

Garcia I. En el año 2014 en Guatemala, realizó un estudio titulado “Caracterización de prácticas de alimentación complementaria a la lactancia materna que realiza la madre del niño(a) de 6 meses a un año de edad en la Etnia Mam, en la jurisdicción 2, Ixtahuacán. Huehuetenango”. El **objetivo** fue caracterizar las prácticas de alimentación complementaria a la lactancia materna que realizan las madres de niño de 6 meses a un año edad, de la etnia mam en la jurisdicción 2, Ixtahuacan, Huehuetenango. El **material y método** que se utilizó fue de tipo descriptivo transversal, de las madres de 152 niños menores de un año, de la jurisdicción 2 de san Ildefonso Ixtahuacan, se tomaron al azar a 33 madres como muestra para la recolección de datos de información se realizó a través de una encuesta a madres con niños(as) de 6 meses a un año de edad que voluntariamente participaron, en el estudio y se llevó a cabo a través de visitas domiciliarias, en la jurisdicción dos. Los **resultados** obtenidos más importantes fue identificar los factores sociales, culturales, educativos que tienen más influencia en la alimentación complementaria y la mayoría de las familias no tienen acceso a los alimentos, debido a bajos recursos económicos, pobreza extrema, esto trae como consecuencia en los niños riesgo a padecer desnutrición crónica y por con siguiente las consecuencias en el desarrollo físico y mental. **Conclusiones** fue que el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria es baja solo 36.36% tienen conocimiento respecto a la edad de inicio de alimentación complementaria y el 63.63% de las madres desconocen la edad que se inicia la introducción de otros alimentos aparte de la lactancia materna¹¹.

Nacionales:

Tovar L. En el 2018 en Lima, realizó un estudio titulado: “Evaluación de la alimentación y del estado nutricional de niños de 6 a 12 meses que asisten al Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Faucett Callao”. La investigación tuvo como **objetivo**, determinar la alimentación y estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asiste al Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Faucett, Callao - 2018. El **material y método** es de tipo cuantitativo, descriptivo de diseño no experimental, la muestra fue conformada por 54 niños de 6 a 12 meses de edad. El instrumento fue cuestionario la técnica encuesta. **Resultado:** se encontró que el 96% de los niños son alimentados de manera incorrecta, solo 4% son alimentados de manera correcta, en la lactancia materna el 83%

tienen la lactancia materna incorrecta y 17% lactancia materna correcta, en alimentación complementaria, 65% son alimentados de manera incorrecta y el 35% son alimentados de manera correcta, en cuanto a estado nutricional el 93% presentan un estado nutricional normal y el 7% presentan sobrepeso. **Conclusión:** El estudio de la variable “Alimentación” evidenció una incorrecta ingesta alimentaria en casi la totalidad de la población, con respecto a la lactancia materna y alimentación complementaria se evidenció un gran porcentaje inadecuadas prácticas alimentarias. Así mismo un número considerable de la población estudiada demostró normalidad en la evaluación nutricional, el crecimiento de los niños con respecto al peso para la edad, estos presentaron características normales en casi la totalidad de sus evaluados¹².

Ramírez M. En el 2018 en Cajamarca, realizó un estudio denominado: “Nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud de Morro Solar de Jaén, 2017.” La presente investigación tuvo como **objetivo** fue determinar el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud de Morro Solar; el **material y método** fue enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, diseño transversal; la población de estudio la conformaron 242 madres a quienes se les aplicó un cuestionario donde se **concluyó** que: La madres de niños de 6 a 12 meses caracterizadas en el estudio, la edad que predominó fue de 18 a 30 años con 59,5 %, nivel educativo superior incompleto con 26,4 %, estado civil conviviente con 68,2 %, ocupación del hogar un 65,3 % y proceden de la zona urbana el 82,2 %; el nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad sobre alimentación complementaria en el estudio fue medio con 46,7 %, seguido de alto con 4,6 % y un porcentaje bajo de 8,7 %; las prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el estudio fueron adecuadas un 87,2 % e inadecuadas el 12,8 %¹³.

Mejía R. Meza Y. y Morales L. En 2017 en Ica, realizaron un estudio denominado: “Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED Centro Salud Parcona, 2016”. El **objetivo** fue determinar la relación entre los conocimientos maternos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED en el Centro Salud Parcona 2016. **Material y método** fue diseño

cuantitativo descriptivo, de tipo transversal correlacional. La población estuvo conformada por 150 madres de niños de 6 a 12 meses; y 150 niños de 6 a 12 meses que asistieron al consultorio CRED del Centro de Salud de Parcona. **Resultados:** La mayoría de las madres que asisten al consultorio CRED del C.S. Parcona tienen un nivel bajo de conocimientos con un 46.7% sobre alimentación complementaria mientras que un menor número tienen un nivel de conocimientos medio y alto representando un 40.2% y 13.1% respectivamente. El mayor porcentaje de los niños evaluados tiene un estado nutricional normal con un 30.4% mientras que un porcentaje considerable tiene desnutrición y sobrepeso con un 17.4% y 17.4% respectivamente. Se **concluye** que existe relación significativa entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED del C.S. Parcona. Ya que realizada la prueba de Chi cuadrado entre las dos variables involucradas en la investigación esta resultó significativa ($p < 0,05$)¹⁴.

Cordero S. En 2017 en Trujillo, realizó un estudio denominado: “Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y estado nutricional de niños de 6 a 12 meses Puesto de Salud los Quechuas, Independencia-Lima, 2017”. **Objetivo** fue: Determinar la relación entre los conocimientos de la madre sobre Alimentación Complementaria y el Estado Nutricional de Niños de 6 a 12 meses del Puesto de Salud Los Quechuas en Independencia, 2017. **Material y Método:** Descriptivo correlacional, no experimental de corte transversal. Población: Conformada por 50 madres de familia, misma que se utilizó para la investigación. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario y la cartilla de CRED de MINSA, la primera para medir el nivel de conocimientos y el segundo para hallar el Estado Nutricional. **Resultados:** Según el coeficiente de correlación Rho de Spearman el valor fue de 0.849 evidenciándose que existe correlación positiva y fuerte entre ambas variables. **Conclusión:** Existe una relación entre los conocimientos y el Estado Nutricional de Niños de 6 a 12 meses del Puesto de Salud los Quechuas¹⁵.

Gervacio G. en 2017 en Huacho, realizó un estudio titulado: “Nivel de conocimiento y práctica sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses, Puesto de Salud Amado Velásquez”. Su **objetivo** fue determinar el nivel de Conocimiento y práctica sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses en el Puesto de Salud Amado Velásquez, 2017. El **Material y método** fue descriptivo,

transversal, no experimental y una población de 60 madres de niños de 6 a 12 meses, el tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia de estudio con 40 madres; para la recolección de datos se usó la encuesta como instrumento el cuestionario los cuales fueron sometidos a validez con un valor de 0.78 y 0.76, para la confiabilidad se aplicará la prueba piloto. Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva. Se **concluye** que la mayoría de las madres tienen un nivel de conocimiento medio con un 65% con tendencia a bajo en un 21,7% y tan solo un 13,3% de nivel Alto y las prácticas son inadecuadas con un 63,3% con tendencia a adecuado en un 36,7%¹⁶.

García M. En el 2017 en Puno, realizó una investigación titulada: “Conocimiento de las madres de niños de 6 a 11 meses sobre alimentación complementaria en el Puesto de Salud Canchi Grande, Juliaca – Perú, 2016”. Cuyo **objetivo** fue determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños de 6 a 11 meses sobre alimentación complementaria en el Puesto de Salud Canchi Grande. El **material y método** que se utilizó fue descriptivo diseño no experimental de corte transversal, contando con 30 madres como muestra para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista dirigida, y el Instrumento fue guía de entrevista constituido por 20 preguntas cerradas con respuestas múltiples. **Conclusiones:** “El conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria de niños de seis a once meses en el puesto de salud Canchi Grande es deficiente en la mitad del total de madres encuestadas del total de madres encuestadas el 6.67% de madres tienen conocimiento bueno sobre alimentación complementaria, el 43.3% tiene un conocimiento regular y el 50% de las madres posee un conocimiento deficiente respecto al tema¹⁷.

Zurita M. En el 2017 en Lima, realizaron un estudio denominado: “Conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de 2 años sobre alimentación complementaria, en un Centro de Salud, San Miguel 2016”. El **objetivo** fue determinar los conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de dos años sobre alimentación complementaria de un centro de salud de San Miguel. El **material y método** fue descriptivo, observacional, transversal, prospectivo. La población estuvo conformada por madres de niños menores de dos años que asistieron al centro de Salud “Huaca Pando” ubicado en el distrito de San Miguel. Muestra fue 40 madres de niños menores de dos años que asistían al centro de Salud Huaca Pando ubicado en el distrito de San Miguel, Durante los meses de setiembre y octubre 2016. La técnica la observación y el instrumento fue cuestionario. En sus **conclusiones**

tenemos: La mayoría de madres participantes tuvieron un alto nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria (62.5%), regular (37.5%), ninguna tuvo un nivel bajo¹⁸.

Tasayco A. En el 2016 en Lima, realizó un estudio titulado: “Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres relacionadas al estado nutricional en niños menores de 1 año Centro de Condorillo - Chíncha 2016”. El **objetivo** del estudio fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres y el estado nutricional de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud de Condorillo Alto Chíncha, 2016. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta cuyo instrumento fue un cuestionario para el nivel de conocimiento y análisis documental para establecer el estado nutricional utilizando una ficha nutricional, ambos instrumentos fueron previamente validados a través de juicio de expertos, cuya confiabilidad fue demostrada a través del coeficiente Alfa de Cronbach. **Resultados:** Las madres encuestadas tenían edades entre 23 a 29 años (36%); con instrucción secundaria (67%); de ocupación obrera (43%), de estado civil conviviente (52%); tenían de 2 a 3 hijos (52%). Respecto al nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria fue medio (48%); en tanto que el estado nutricional fue normal según los indicadores P/E; T/E; P/T (79%; 79% y 81%), destacándose además que las madres de mayor edad tenían mejor conocimiento, asimismo, las madres que tenían instrucción secundaria tenían mejor conocimiento. **Conclusiones:** se demostró que existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres y el estado nutricional de sus niños de 6 a 12 meses. ($X^2 = 20.92$)¹⁹.

León R. En el 2016 en Juliaca, realizó un estudio titulado: “Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud de Revolución, Juliaca – 2016”. Cuyo **objetivo** fue determinar la relación que existe entre Conocimientos y Prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Revolución, Juliaca 2015. **El material y método** es no experimental de corte transversal de tipo correlacional, se realizó un muestreo no probabilístico estratificado, determinándose una muestra de 63 madres de niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Revolución. El instrumento que se utilizó es el cuestionario de conocimientos, que consta de 15 preguntas y prácticas de alimentación complementaria con 18 ítems que tiene como duración de 15 minutos. Los **resultados** indican que 63 madres que representan el 100%, donde 18 madres que representa el 28.6% presentan un conocimiento bajo, seguido por 34 madres que representa el 54% que

presentan un conocimiento medio y por ultimo 11 madres que representa el 17.5% que presentan un conocimiento alto, con respecto a las prácticas donde 47 madres que representan el 74.6% presentan prácticas desfavorables, seguido por 16 madres que representan el 25.4% presentan prácticas favorables, encontrándose correlación directa y significativa entre las variables de estudio ($\text{sig}=.000$). Se llegó a la **conclusión** que existe relación entre conocimientos y prácticas con una correlación $r = .845^{20}$.

Ochoa N. En 2016 en Puerto Maldonado, titulado: “Alimentación complementaria y estado nutricional en niños de 6 meses a 2 años, atendidos en el Centro de Salud Jorge Chávez, Puerto Maldonado – 2016”. Realizó un estudio que tuvo como **objetivo** determinar la relación que existe entre la alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 6 meses a 2 años. El **material y método** fue descriptiva correlacional tipo cuantitativa, la muestra que fue conformada por 25 niños con sus respectivas madres. Entre los **resultados** más resaltantes encontró que solo el 44% de las madres brindaron alimentación complementaria adecuada conforme lo que dice la norma técnica, aunque el 4% de las madres priorizaron la administración de proteínas. El 80% de las madres, agregaron en la alimentación del niño: aceite y mantequilla. Solo el 36% del niño tomaron suplemento de hierro. El 80% reciben los multimicronutrientes. El 80% de las madres brindan alimentación de consistencia picada, mientras que el 4 % fue licuado. Así mismo el 68 % brindaron 3 a 5 cucharadas, mientras el 16% brindaron 2 a 3 cucharadas. El 64% de los niños presentaron un estado nutricional normal, seguido del 24% con desnutrición aguda, el 8% con desnutrición crónica, mientras el 4% de niños con sobrepeso. Se **concluyó** que la relación entre la alimentación complementaria y estado nutricional de los niños de 6 meses a 24 meses, fue en este caso, directa y fuerte²¹.

Soncco R. En 2016 en Huánuco, realizó un estudio titulado: “Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional en niños menores de 1 año Aclas-Umari Tambillo, 2015”. El **objetivo** fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres y el estado nutricional de niños de 6 a 12 meses. El **material y método** corresponde al nivel relacional, la población estuvo conformada por 118 madres de niños menores de 2 años de edad, del programa de Control de crecimiento y desarrollo de ACLAS Umari-Tambillo; utilizó una encuesta para la recolección de datos. Entre los **resultados** se encontró que hay una relación significativa estadísticamente entre los conocimientos de la alimentación complementaria y el estado

nutricional ($X^2=118$; $P\leq 0,000$), Por otro lado, encontró que de 118 el 73.7% de madres alcanzo un nivel de conocimiento bueno de la alimentación complementaria, además el 81.4% de los niños presentaron estado nutricional dentro de parámetro normal para el indicador peso para edad, y el 18.6% niños con desnutrición. Se **concluye** que los conocimientos sobre alimentación complementaria de las madres se relacionan significativamente con el estado nutricional de los niños del ACLAS Umari-tambillo²².

Castro K. En el 2016 en Lima, realizó un estudio denominado: “Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S San Juan de Miraflores, 2015”. El **objetivo** fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años que asisten al consultorio de CRED del C.S. Villa San Luis. El **materi al y método** fue descriptivo correlacional y de corte transversal. La población está conformada por un total de 185 madres que asisten mensualmente al consultorio de Crecimiento y Desarrollo. El tipo de muestreo fue no probabilístico; por conveniencia la muestra fue de 50 madres de niños de 6 a 24 meses de edad. La técnica fue la entrevista y el instrumento la encuesta. En sus **conclusiones** tenemos: Existe una relacion significativa entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del nino menor de 2 años de edad²³.

Olivares G. En el 2016 en Huancayo, realizó un estudio denominado: “Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y su relación con el crecimiento y desarrollo en niños de 6 a 12 meses del Centro Salud San Jerónimo - Huancayo – 2016”. El **objetivo** determinar la relación entre el conocimientos materno sobre la alimentación complementaria con el crecimiento y desarrollo de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud San Jerónimo / Huancayo 2016. El **materi al y método** fue descriptivo correlacional y de corte transversal. La población fue conformada por 65 madres de familia y sus hijos de 6 a 12 meses del Centro de Salud de San Jerónimo. La muestra fue probabilística que estuvo conformado de 65 madres de familia y sus hijos de 6 a 12 meses de edad. La técnica fue la entrevista y el instrumento la encuesta. En sus **conclusiones** tenemos: que de 65 madres (100%), que 16 madres (24.6%) conoce sobre la introducción de la alimentación complementaria y 49 madres (75.4%) no conocen, teniendo en cuenta como resultado que 50 niños (76.9%) tienen un crecimiento adecuado y 15 niños (23.1%) tienen crecimiento inadecuado. En el desarrollo de los mismo niños 64 (98.5%) tiene un desarrollo normal y un niño (1.5%) tiene trastorno en el desarrollo²⁴.

Ruiz M. y Pinedo M. En el 2016 en Tarapoto, realizaron una investigación titulada: “Actitudes y prácticas sobre la alimentación complementaria en madres y el estado nutricional de niñas (os) de 6 a 12 meses, atendidos en la unidad de salud del niño, Centro de Salud de Morales, periodo Junio – Octubre 2016.” cuyo **objetivo** fue determinar la relación entre las actitudes y prácticas sobre la alimentación complementaria en madres y el estado nutricional en niñas (os) de 6 a 12 meses, atendidos en la unidad de salud del niño en el Centro de Salud de Morales. El **material y método** fue no experimental, descriptivo, aplicado, transversal, la muestra fue 200 madres, que cumplieron los criterios de inclusión, para la recolección de datos se utilizó la técnica fue la encuesta y como instrumento se utilizó los cuestionarios. El **resultado** fue que 88,6% de la población en estudio, tienen una actitud positiva y el 77,1% tienen prácticas adecuadas sobre la alimentación complementaria. El 78,9% de los niños (as) de 6 a 12 meses tienen un estado nutricional Normal. En **conclusión** existe relación estadísticamente significativa entre las actitudes y prácticas sobre la alimentación complementaria en madres y el estado nutricional de las niñas (os) de 6 a 12 meses, al 5% de significancia $p= 0,016$ en la actitud y el estado nutricional y $p= 0,020$ en la práctica y el estado nutricional del niño²⁵.

Orosco L. En el 2015 en Lima, realizó un estudio: “Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que acuden al Centro Materno Infantil -Villa María del Triunfo, 2015. Con el **objetivo**, determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento que posee la madre acerca de la alimentación complementaria y el estado nutricional de niños de 6 meses a 12 meses de edad, que asisten al Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo. El **material y método** corresponde al diseño descriptivo - transversal correlacional. La población de estudio estuvo conformada por 180 madres con niños de 6 a 12 meses de edad, 94 de las madres conformaron para la muestra que acuden a dicho Centro de Salud. El autor aplicó dos instrumentos (cuestionario acerca del conocimiento materno y las tablas de valoración nutricional antropométrica). Entre los **resultados** obtuvieron, que el 55,3% de las madres mostraron un nivel medio de conocimientos sobre la alimentación complementaria, como también, el 60,6 % de niños mostraron un estado nutricional adecuado. **Conclusiones:** Se determinó que el nivel de conocimiento acerca de la alimentación complementaria y el estado nutricional tiene una relación significativa²⁶.

Martínez E. y Zevallos M. En el año 2015 en Arequipa, realizaron un estudio denominado: “Conocimientos de las madres sobre calidad de la alimentación

complementaria y estado nutricional de niños de 6 a 12 meses- Centro de Salud Francisco de Bolognesi Cayma 2014”. El **objetivo** fue determinar la relación entre los conocimientos de las madres sobre calidad de la alimentación complementaria y el estado nutricional en los lactantes de 6 a 12 meses que acuden a la consulta de crec en el C.S.Francisco Bolognesi de Cayma, Arequipa 2014. El **material y método** fue descriptivo correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 105 madres y sus niños de 6 a 12 meses de edad. El tipo de muestra fue probalístico elegidos al azar, que estuvo conformado de 83 madres con sus respectivos niños. La técnica fue la entrevista método la encuesta y como instrumento el cuestionario. En sus **conclusiones** tenemos: el mayor porcentaje de nuestra población está representando por un 57.8% de que corresponden al sexo femenino, la edad más frecuente está entre los 8 y 9 meses de edad. La alimentación complementaria de la población en estudio es un 57.8% de conocimiento con calidad intermedia, es decir que se puede llenar los requerimientos energéticos del niño, pero a la vez no aportar todos los nutrientes necesarios para su desarrollo, además que el 47.1% de nuestra población tiene un estado nutricional normal y el 52.9 % de la misma posee un problema de malnutrición²⁷.

Del Aguila A. y Del Aguila J. En el 2015 en Iquitos, realizaron una investigación titulada: “Prácticas de alimentación complementaria y estado nutricional en niños de 6 a 24 meses, atendidos en los Centros de Salud: 6 de Octubre, 9 de Octubre y Manuel Cardozo, del distrito de Belén, Iquitos – 2015”. El **objetivo** fue determinar la relación que existe entre las prácticas de Alimentación Complementaria y el Estado Nutricional en niños de 6 a 24 meses, atendidos en el consultorio de CRED de los Centros de Salud: 6 de Octubre, 9 de Octubre y Manuel Cardozo, del Distrito de Belén. El **material y método** fue un enfoque cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional para la muestra estuvo constituido por 251 madres de niñas (os) de 6 a 24 meses. Para la recolección de datos que utilizo para el instrumento fue un Cuestionario y Ficha de Registro y la técnica la encuesta. Los **resultados** fueron: 141 (56,2%) madres practican alimentación complementaria adecuada y 110 (43,8%) inadecuada; 226 (90%) niños(as) presentaron un estado nutricional Normal, 19 (7,6%) Desnutrición y 6 (2,4%) Sobrepeso. Para establecer la relación se sometieron estos resultados a la prueba estadística de chi cuadrada (X^2), se **concluyó** que existe relación estadísticamente significativa entre las prácticas de Alimentación Complementaria y el Estado Nutricional²⁸.

Huaman M. y Vidal G. En el año 2014 en Huancayo, realizaron un estudio denominado: “Nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al C.S de Huachac, 2014.” El **objetivo** fue Determinar la relación del nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses. El **material y método** fue descriptivo transversal. La población estuvo constituida por 150 madres de niños de 6 a 12 meses de edad. La muestra fue obtenida mediante la técnica del muestreo no probabilístico, conformada por 90 madres. La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. En sus **conclusiones** tenemos: Existe relación directa del nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio CRED del C.S de Huachac. Ya que realizada la prueba chi cuadrada entre las dos variables involucradas en la investigación, ésta resultó significativa ($p < 0,05$)²⁹.

Vergara T. En el 2014 en Tacna, realizó un estudio denominado: “Nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño de 06 - 12 meses del C.S. Ciudad Nueva, Tacna 2014”. El **objetivo** fue determinar el nivel conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño de 6-12 meses. El **material y método** fue descriptivo correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 175 niños de 6 a 12 meses de edad que acuden al control de Crecimiento y Desarrollo, el tipo de muestreo fue no probabilístico; por conveniencia. La muestra fue de 100 niños menores de 06-12 meses con sus respectivas madres, para la selección de las unidades muestrales se consideró los criterios de inclusión y exclusión. La técnica fue la entrevista y la observación y el instrumento cuestionario. En sus **conclusiones** tenemos: Las madres encuestadas que asistieron al consultorio CRED del C.S. Ciudad Nueva, tienen un nivel de conocimientos medio (68%) sobre alimentación complementaria y menos de la mitad tienen un nivel de conocimientos alto (15%)³⁰.

Suárez Y. y Arrow K. En el 2014 en Huancavelica, realizaron una investigación titulada: “Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y su relación con la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal -2013”, cuyo **objetivo** fue de determinar en qué medida el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria, que tienen las madres que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal, se relaciona con la anemia ferropénica de sus niños de 6

meses a 2 años de edad. El **material y método** fue el diseño no experimental - transeccional o transversal correlacional, la muestra estuvo conformada por 45 niños y 45 madres para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta y análisis documental cuyo instrumento es el cuestionario y registro de análisis documental. Los **resultados** establecen que los niños sufren de anemia ferropenia moderada en un 68,89%, y en un nivel leve, 31,11%, y sus madres tienen un nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria en un 37,78%; y un nivel de conocimiento bajo, en un 13,33%. Las **conclusiones**: Establecen que la relación entre el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que tienen las madre y el nivel de anemia ferropénica de sus niño (as) de 6 meses a 2 años que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal no es significativa, ya que realizada la prueba de Spearman Brow entre las dos variables involucradas en la investigación, ésta resultó que se aproxima más al 0 con un valor de 0.092, existiendo evidencia de una correlación muy baja o inexistente, y se evidencia que los niños (as) con anemia ferropénica moderada cuentan con madres de nivel de conocimiento medio en un 37.78%, alto 17.78% y bajo 13.37%³¹.

1.2 BASE TEÓRICA

1.2.1 CONOCIMIENTO

Es el conjunto de ideas y nociones adquiridas en forma empírica, ciencia y técnica, dirige a las personas en forma inigualable actuar, suministrar soluciones frente a problema, hecho o situación y desarrolla habilidades y destrezas a partir del conocimiento adquirido. Haciendo que las personas que estén preparadas la solución óptima y necesaria a sus requerimientos³².

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia, el aprendizaje o a través de la observación. Tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. La teoría cognitiva de Piaget aborda la forma en que los sujetos construyen el conocimiento teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo ³².

Según Mario Bunge, el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros precisos ordenados, inexacto y en base a ello se especifica en conocimiento científico y conocimiento vulgar, el científico es el

racional analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar es vago inexacto delimitado por la observación³³.

El ser humano aprende a través del conocimiento, de esta forma se puede definir al aprendizaje como la adquisición de información codificada bajo la forma de conocimientos, creencias, etc. Este proceso le permite al sujeto descubrir las relaciones existentes entre los eventos de su entorno, los cuales al asemejar generan un cambio de conducta. Entre las primordiales características del conocimiento tenemos el aprendizaje lo cual influye un cambio de conducta del sujeto, este cambio puede deducirse como la aparición o desaparición de la conducta. Los cambio de conducta son respectivamente estables es decir, los cambios se incorporan en la conducta durante un periodo de tiempo. Por ello, lo que se aprende también se olvida a consecuencia del desuso³⁴.

Segun Luque manifiesta que mediante el conocimiento tomamos noticias del exterior, captamos la información de los demás entes. Mediante la acción modificamos el exterior, influimos en los demás entes³⁵.

Kant refiere que 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 sujetos³⁶.

Toala refiere que el conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo³⁷.

Se puede considerar que el conocimiento es la adquisición de conceptos, conjunto de ideas que pueden ser ordenados siendo importante considerar que es adquirido por una educación formal e informal es decir todos tenemos conocimientos, el cual puede ser vago o inexacto pero que se vuelve racional o verificable a través de la experiencia. La mayoría de autores concuerdan en definir el conocimiento como la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto³⁸.

Desde el punto de vista de la Atención Primaria en Salud (APS), la educación para la salud (EPS), se entiende como un instrumento que sirve a los profesionales y a la población

para conseguir de esta capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones con respecto a su Salud o enfermedad. En conclusión se debe brindar una buena educación a la madre en el periodo de ablactación ya que una falta de conocimiento sobre el tema de alimentación complementaria puede generar algunas consecuencias posteriores que afecten al niño, como es la malnutrición. Diversas teorías nos ayudan a comprender, predecir, y controlar el comportamiento humano y tratan de explicar cómo los sujetos acceden al conocimiento. Su objeto de estudio se centra en la adquisición de destrezas y habilidades, en el razonamiento y en la adquisición de conceptos³⁹.

1.2.1.1 Características del Conocimiento

Para Andreu y Sieber en el año 2000, manifiesta que el conocimiento tiene tres características:

- **El conocimiento es personal**, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio “hacer”, ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas “piezas”.
- **Su utilización**, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos, permite “entender” los fenómenos que las personas perciben (cada una “a su manera”, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado), y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento.
- **Sirve de guía**, para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible) ⁴⁰.

1.2.1.2 Elementos del conocimiento

- ❖ **Sujeto:** El sujeto del conocimiento es el individuo conocedor. En él se encuentran los estados del espíritu en el que se envuelven o entran la ignorancia, duda, opinión y certeza. Su función consiste en aprehender el objeto, esta aprehensión se presenta como una salida del sujeto fuera de su propia esfera, una invasión en la esfera del objeto y una captura de las propiedades de éste.

- ❖ **Objeto:** Es aquello a lo que se dirige la conciencia, de una manera cognoscitiva, ya sea volitiva. Es lo que se percibe, imagina, concibe o piensa. Su función es ser aprehensible y aprehendido por el sujeto. Los objetos pueden ser reales o irreales; llamamos real todo lo que nos es dado en la experiencia externa o interna o se infiere algo de ella. Los objetos irreales se presentan, por el contrario, como meramente pensados⁴¹.

1.2.1.3. Tipos de conocimiento:

- ❖ **Conocimiento cotidiano:** Algunos autores lo denominan vulgar o natural. Es cotidiano y hace parte de una cultura determinada; se caracteriza porque ha permanecido en el tiempo, no tiene orígenes claros y corresponde al patrimonio que ha sido heredado y transmitido a través de generaciones; se aprende y se aplica a la solución de problemas, sin cuestionar el procedimiento realizado. Se adquiere de los fenómenos que circundan al ser humano, sin que se profundice en sus causas. Por ende, se resiste a críticas, pues se aplica tal como fue aprendido socialmente. No es crítico ni metódico; sin embargo, es un conocimiento completo y se encuentra listo para su utilización inmediata.
- ❖ **Conocimiento empírico:** Se define como el conocimiento basado en la experiencia y en la percepción, que todo hombre adquiere debido a las diversas necesidades que se le presentan en la vida, adquirido muchas veces por instinto y no pensamiento fundamentado donde todo conocimiento que se genera no implica a la ciencia o leyes. Es así que existen personas con gran dominio de un determinado aspecto sin haber recibido educación alguna.
- ❖ **Conocimiento científico:** A diferencia del conocimiento empírico el conocimiento científico es un saber crítico con fundamentos, metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, racional, provisorio y que explica los sucesos a partir de leyes. Se alcanza cuando se pretenden descubrir causas y principios, mediante el seguimiento de una metodología. Se obtiene mediante la apreciación de la realidad, a través de la observación realizada, mediante el uso de técnicas adecuadas; procura la demostración, a través de la comprobación de los fenómenos, en forma sistemática; por ello, va más allá del sentido común, al buscar soluciones más metódicas a los problemas⁴².

1.2.1.4 Nivel del conocimiento

Al calificar normalmente debemos diferenciar el conocimiento adquirido en el proceso de enseñanza – aprendizaje mediante una serie de valores numéricos ordinales en el sistema formal o informal. Los ítems de evolución para medir los niveles de conocimiento son:

a) Deficiente: Considerando como pésimo, porque hay ideas desorganizadas, inadecuada distribución cognoscitiva en la expresión de conceptos básica, los términos no son precisos ni adecuados, cerca del fundamento lógico.

b) Regular: Llamado también “mediante logrado”, hay una integración parcial de ideas manifiestas, conceptos básicos y emite otros, eventualmente propone modificaciones para un mejor logro de objetivos y la corrección es esporádica con las ideas básicas de un tema o material.

c) Bueno. Denominado también óptimo, porque hay adecuada distribución cognoscitiva, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es acertada y fundamentada además hay una corrección profunda con las ideas básicas del tema o materia⁴³.

1.2.1.5 Medición del conocimiento

Para este propósito generalmente se emplean escalas con el fin de reportar los resultados obtenidos, para lo cual la escala numérica o sistema vigesimal es mucho más objetivo al momento de la calificación⁴⁴.

Escala numérica: Es un instrumento para valorar rasgos del conocimiento subjetivo, a través de escalas que indican el grado o intensidad en que un “conocimiento” se desarrolla, estanca o degenera, al que se le asigna los valores de 0 a 20 puntos según como corresponda o al nivel que llega el conocimiento.

Este instrumento emite un juicio valorativo, como: deficiente, regular y bueno, el mismo que requiere capacidad evolutiva para ser interpretada en base a la siguiente tabla valorativa

- ✓ Deficiente = 0 – 10 puntos.
- ✓ Regular = 11 - 15 puntos.
- ✓ Bueno = 16 - 20 puntos.

La calificación dentro de los intervalos de la escala numerativa es al criterio del investigador, previo análisis y valoración de la información obtenida en el desarrollo de las competencias⁴⁵.

El nivel de conocimiento de la madre: Es el grado de conocimiento de la madre sobre determinado tema, que alcanza en el transcurso de su rol materno, mediante una buena orientación e información, ayudará a mantener la salud de sus hijos y prevenir enfermedades.

Factores del conocimiento:

Según Díaz los factores que determinan el conocimiento de la madre, son tres:

El factor socioeconómico- cultural: Abarca el nivel educativo de la madre, representa la probabilidad de morbi -mortalidad infantil en los primeros años de vida del niño. asimismo la procedencia, nivel de ingresos los que limita el acceso a los alimentos, la experiencia según el número de hijos madres primíparas o multíparas ,los consejos de la familia que manejan un conjunto de creencias, muchas veces, erróneas, profundamente arraigadas en nuestra cultura.

El factor biológico: Como el deficiente estado nutricional materno, aumenta los riesgos de desnutrición del niño y bajo peso del recién nacido.

El factor ambiental: Abarca aspectos de saneamiento básico también es una gran influencia⁴⁶.

1.2.2 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la alimentación complementaria como la introducción de alimentos diferentes a la leche materna⁴⁷.

La alimentación complementaria es la que “complementa” a la leche materna, también es conocida como alimentación durante la ablactancia. Es el periodo en que la leche deja de ser el alimento único y predominante en la dieta del niño. Consistiendo en la introducción de alimentos espesos continuando con la lactancia materna. Sin embargo este periodo es muy peligroso para el niño, debido a que durante su transcurso aumenta la incidencia de infecciones, particularmente de enfermedades diarreicas, por los cambios que se producen con el tránsito de una dieta caracterizada por una leche en condiciones óptimas (alimentación materna) al consumo de alimentos preparados, a veces en condiciones no higiénicas⁴⁸.

La alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche

materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. La transición de la lactancia exclusivamente materna a los alimentos familiares, lo que se denomina alimentación complementaria, normalmente abarca el período que va de los 6 a los 24 meses de edad. Este es un periodo crítico de crecimiento en el que las carencias de nutrientes y las enfermedades contribuyen a aumentar las tasas de desnutrición en los menores de cinco años a nivel Mundial²⁰.

La alimentación complementaria, es uno de los procesos con mayor vulnerabilidad para el estado nutricional de la población menor de dos años de edad. Por tal razón, la importancia que adquieren los alimentos como tal, la consistencia y el proceso de introducción en la alimentación, es una característica definitiva en el análisis del estado nutricional de las niñas y niños³⁵.

Durante el período de la alimentación complementaria, los niños se encuentran en un riesgo elevado de desnutrición. Con frecuencia, los alimentos complementarios son de baja calidad nutricional y son administrados demasiado antes o demasiado tarde, en cantidades muy pequeñas o poco frecuentes. La alimentación complementaria es una etapa de transición en la vida del niño en la cual la evidencia estadística nos refiere que hay una caída brusca en el estado nutricional adecuado de los niños pequeños; constituye una continuidad de la lactancia materna y representa un nudo crítico pues en esta etapa se instalan los hábitos alimentarios que marcarán la vida futura del niño pequeño⁴⁹.

El proceso de la alimentación complementaria constituye el segundo paso fundamental en la nutrición infantil después de la lactancia materna exclusiva. Se entiende como el proceso mediante el cual el niño se acostumbra gradualmente a comer la dieta de los adultos; donde se cambia de sólo leche materna a una dieta familiar continuándose con la lactancia materna desde los 6 meses de edad hasta los 24 meses ya que los requerimientos del niño van en aumento por su crecimiento y desarrollo acelerado⁵⁰.

La alimentación debe adaptarse a la capacidad digestiva y el estado de desarrollo fisiológico, haciendo paulatina la introducción de alimentos, por tanto la alimentación debe cubrir los requerimientos nutricionales no cubiertos por la leche materna, complementar la energía y los nutrientes de la leche materna para promover el crecimiento y desarrollo promoviendo así las conductas alimentarias deseables y proporcionar 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 desarrollo⁵¹.

La alimentación complementaria adecuada depende de una información precisa y de un apoyo competente de la familia, comunidad y el sistema de atención sanitaria. Con frecuencia, el conocimiento inadecuado de los alimentos y de las prácticas inapropiadas es un factor determinante de malnutrición más que la falta de alimentos. (UNICEF 2011)⁵².

Alimentación complementaria es introducción de la alimentación sólida es una etapa de vulnerabilidad nutricional, ya que representa un período de transición dietario, donde existen altos requerimientos para el crecimiento y desarrollo cerebral. La adecuada nutrición en este período es substancial para alcanzar un óptimo crecimiento en el primer año de vida, que influirá en la salud futura del niño y también del adulto. Por ello es necesario dar tiempo y orientación a través de la educación a los padres respecto al inicio de la alimentación complementaria del niño⁵³.

La alimentación complementaria es la introducción de alimentos semisólidos adicionales a la leche materna. La edad propicia para iniciar la alimentación complementaria es a los seis meses⁵⁴.

El primer año de vida se caracteriza por un rápido crecimiento y cambios en la composición corporal. La alimentación infantil debe cubrir adecuadamente los requerimientos energéticos necesarios y nutricionales en cada una de las etapas, a fin de promover el óptimo crecimiento y desarrollo, favorecer el establecimiento de un patrón de alimentación sana y variada⁵⁵.

La alimentación complementaria se debe iniciar cuando el niño cumple 6 meses de edad, éste es el momento en que los nutrientes de la leche materna ya no cubren los requerimientos nutricionales debido al proceso de crecimiento y desarrollo en el que se encuentra⁵⁶.

De acuerdo a los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil edad a partir de los 6 meses el niño debe iniciar la alimentación complementaria, incluyendo alimentos semisólidos (papillas, mazamorras, purés) e ir modificándolos ofreciendo alimentos aplastados, triturados y luego picados hasta que se incorpore en la alimentación familiar. También es recomendable adicionar una cucharadita de aceite, mantequilla u otro tipo de grasa en alguna comida del niño, pues de esta manera se está aportando ácidos grasos y se está incrementando la necesidad energética de las comidas del niño⁵⁷.

1.2.2.1 Inicio de la alimentación complementaria

Se inicia a los seis meses de edad con pequeñas cantidades de alimentos y se va aumentando la cantidad conforme va creciendo el niño (a). A esta edad el niño (a) está preparado para aprender a comer alimentos diferentes a la leche materna⁵⁸.

1.2.2.2 Maduración fisiológica

La alimentación complementaria es el período de transición hacia la alimentación familiar. La capacidad digestiva durante el primer año de vida depende de la eficiencia con que madura el aparato digestivo, tanto en los aspectos motores como enzimáticos. Alrededor de los 6 meses empieza la erupción dentaria, que indica mayor madurez funcional: Progresan el uso de la musculatura masticatoria y la percepción sensorio-espacial de la lengua y los labios; la función deglutoria pasa de ser instintiva y refleja a ser una deglución somática; el reflejo de extrusión se extingue progresivamente y se desarrolla la discriminación de nuevas texturas, sabores, olores, colores, temperaturas y consistencias en los distintos alimentos. A partir de todos estos cambios, el niño puede manifestar preferencias o rechazos, lo cual debe ser considerado relevante, en especial frente a la incorporación progresiva de alimentos no lácteos y, de esta forma, evitar que el niño o la niña rechace los alimentos Nuevos⁵⁹.

- ❖ **Maduración digestiva:** La función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente).
- ❖ **Maduración renal:** A los 6 meses la filtración glomerular es del 60-80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitadas entre los 6 y los 12 meses.
- ❖ **Desarrollo psicomotor:** A los 6 meses el lactante inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los 8 meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más espesos; hacia los 10 meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos.
- ❖ **Maduración inmune:** La introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de gran influencia sobre el patrón

de inmuno respuesta, y los factores específicos tolero génicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas⁶⁰.

1.2.2.3. Características de la alimentación complementaria

- **Cantidad:** Se refiere al volumen de los alimentos en cada comida la cual comienza a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y se aumenta la cantidad progresivamente a medida que aumenta la capacidad gástrica del niño conforme crece la niño(a) mientras se mantiene la lactancia materna; existiendo una brecha entre las necesidades y el aporte que puede detener su normal crecimiento y desarrollo.

Según OMS, UNICEF. En niños(as) amamantados de países en desarrollo, las necesidades energéticas a cubrir con la alimentación complementaria se estiman en 200, 300 y 550 kcal/día entre las edades de 6 y 8, de 9 y 11 y de 12 y 23 meses.

Las carencias nutricionales en la mayoría de los niños, no solo radican en la cantidad de alimentos ingeridos, sino también en la calidad de estos con respecto a su contenido de nutrientes⁶⁰.

Según el Ministerio de Salud (MINSA), se recomienda que los lactantes deban consumir en proporciones diferentes:

- A los 6 meses de edad la cantidad de alimento debe ser entre 2 a 3 cucharadas en cada comida que equivale a 1/8 plato mediano más lactancia materna.
- A los 7 a 8 meses los lactantes deben consumir entre 100 gr. o 3 a 5 cucharadas por comida que equivale 1/2 plato mediano más lactancia materna.
- Entre los 9 a 11 meses de edad el lactante debe consumir entre 150 gr. o 5 a 7 cucharadas de alimento por comida, los que equivalen a 3/4 de plato mediano más lactancia materna.
- A los 12 meses el niño (a) deberá consumir 200 gr. o 10 cucharadas de alimento lo cual equivale a 1 plato mediano.

Desde los 6 meses de edad, la niña o niño debe tener su propio recipiente (plato o taza) y cuchara, para que la madre o la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta y conscientemente aumente la cantidad, de acuerdo con la edad y sus sensaciones de hambre y saciedad. A medida que mejora la aceptabilidad y la niña o niño recibe mayor cantidad de alimentos se puede

aumentar su variedad. La incorporación de un nuevo alimento debe ser en volúmenes pequeños para prevenir posibles intolerancias y/o alergias⁶¹.

- **Frecuencia:** La capacidad del estómago en esta etapa es limitada, el niño no puede tener el mismo número de comidas que el adulto, El numero apropiado de comidas que se ofrecen a la niña o niño durante el día, depende de la densidad energética de los alimentos que se usen localmente y de las cantidades consumidas en cada comida. La frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 gr/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0, 8 kcal/gr. de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada son baja, o si a la niña o niño se le suspende la lactancia materna, requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

El Ministerio de Salud ha propuesto que la frecuencia de la alimentación del niño debe ser en relación a la edad es así que⁶²:

- A los 6 meses de edad el lactante debe recibir 2 comidas al día, estos distribuidos a media mañana y mediodía.
 - Entre los 7 a 8 meses de edad debe comer el lactante 3 comidas al día, repartidas entre la media mañana, mediodía y media tarde.
 - Entre los 9 a 11 meses de edad el lactante debe recibir 4 comidas, repartidas en horas tempranas, media mañana, mediodía, media tarde y noche.
- **Consistencia:** Es la introducción de alimentos sólidos o semisólidos, puede llevarse a cabo siempre que el sistema nervioso y el tracto gastrointestinal puedan responder adecuadamente a la secuencia de: Masticación-Deglución-Digestión-Absorción⁶³. Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños. Deben evitarse los alimentos que puedan causar que los niños se atoren o atraganten (es decir, alimentos cuya forma y/o consistencia implica el riesgo de que pudieran bloquear la tráquea, por ejemplo: Nueces, uvas, zanahorias crudas, etc.).

La consistencia de los alimentos de acuerdo a la edad:

- A los 6 meses de edad: Se iniciará con la introducción de alimentos diferentes a la leche materna, con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamorras o purés.
- Entre los 7 y 8 meses: Se tendrá hacia los alimentos triturados bajo las misma formas de preparación.

- Entre los 9 y 11 meses, se introducirá los alimentos picados.
- Entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de la olla familiar⁶⁴.

1.2.2.4 Combinación de los alimentos:

El conocimiento del arte de combinar los alimentos es de muchísima importancia, el alimento no solo debe agradar a la vista, al olfato y al gusto, sino penetrar en el cuerpo y convertirse en parte integral del cerebro, hueso y músculos, influyendo, por tanto, materialmente en el desarrollo, crecimiento y salud de las personas⁵⁷.

Las necesidades de energía, proteínas, vitaminas y minerales se incrementan a partir del sexto mes de vida, y, por esto, los alimentos seleccionados deben ser ricos en: calorías, proteínas, hierro, zinc, calcio, vitaminas A-C-D, entre otros. Los alimentos elegidos “complementarán” al alimento básico que continúa siendo la leche (al menos hasta el primer año de vida) y ayudarán con la cobertura de los requerimientos de los nutrientes. Se deben utilizar alimentos con un valor nutricional adecuado, de fácil digestión, poco voluminosos, frescos e higiénicamente elaborados. La elección de los alimentos depende de factores geográficos, hábitos culturales, disponibilidad, costumbres familiares y nivel socioeconómico de la familia, entre otros⁶⁶.

Es recomendable que el niño coma lo que le alimenta sin muchas mezclas. Al mismo tiempo que puede comer lo mismo en forma más compatible, teniendo en cuenta que algunas mezclas son más recomendables que otras. Estamos hablando de asociaciones de alimentos, de combinaciones correctas o compatibilidad de alimentos que faciliten la digestión de lo ingerido⁶⁵.

Combinaciones en la comida de los niños

Combinación 1: Cereal + Menestra (para niños de 6 meses)

Esta combinación permite ingerir una mezcla de nutrientes importantes como son las proteínas y carbohidratos, la proporción ideal para obtener una combinación adecuada y una mejor calidad de proteínas es de dos porciones de cereal por una de menestra.

Combinación 2: Cereal + Menestra + Tubérculo

La combinación descrita es rica en carbohidratos, esta combinación aporta también proteínas de origen vegetal, pero deben combinarse adecuadamente como se describió anteriormente (2 de cereales por una de menestra) adicionalmente se le agrega más energía a la preparación con la adición de un tubérculo (papa, yuca, camote, olluco, mashua, etc.).

Combinación 3: Cereal + Pescado o pollo + Tubérculo (para niños mayores de 9 meses)

Alimentación completa y variada: Para lograrlo deben practicarse dos reglas sencillas, teniendo en cuenta los seis grupos de alimentos que aseguran la salud:

- **Regla 1:** Incluir diariamente alimentos de cada grupo en cada una de las comidas, de modo que cubran todas las necesidades del organismo.

- **Regla 2:** Variar diariamente los alimentos que provienen de un mismo grupo⁶⁵.

La adición de aceite en la comida del niño es fundamental para un adecuado aporte de energía y óptimo desarrollo cerebral; ya que forman parte de la estructura de la membrana celular de la mielina de las neuronas. Es recomendable agregar en cada preparación una cucharadita de aceite y/o mantequilla lo que hará más suave la comida del niño. Asimismo favorece la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E, K). Asimismo la adición de sal yodada en las comidas del niño se hace con el fin de evitar el bocio⁶⁶.

1.2.2.5 Higiene en la preparación de los alimentos

La Organización Mundial de la Salud, difunde la “Reglas para la preparación higiénica de los alimentos”, cuya aplicación sistemática reduce considerablemente el riesgo de la enfermedades de origen alimenticio⁶⁷.

Para evitar enfermedades diarreicas contraídas por agua y alimentos contaminados se recomienda:

- Lavado de manos con agua y jabón de la madre o cuidadora, antes de la preparación de los alimentos, antes de dar de comer a la niña o niño, después de usar el baño o letrina y después de limpiar a un niño(a) que ha defecado, igualmente mantener limpia las manos y la cara del niño.
- Mantener los alimentos tapados y servirlos inmediatamente después de prepararlos.
- Utilizar utensilios limpios (tazas, vasos, Platos, cucharas, etc.) para preparar y servir los alimentos.
- Evitar el uso de biberones y chupones debido a la dificultad para mantenerlos limpios, además de otros efectos negativos.
- Utilizar agua Segura (potable, clorada o hervida) y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.
- Conservar los alimentos en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos.
- Colocar la basura o restos de comida en recipientes tapados y fuera de la vivienda.
- Los restos de la comida que la niña o niño pequeño dejan en el plato no se deben guardar para consumirlo posteriormente, pues se descomponen fácilmente, por ello

deben ser consumidos al momento⁶⁵.

1.2.2.6 Clasificación de los alimentos

A. Macronutrientes (proteínas, carbohidratos, lípidos):

A.1. Carbohidratos: Son sustancias que proporcionan energía al organismo, constituyen la principal fuente de energía en la dieta, siendo la lactosa el preponderante en los lactantes y el almidón en los niños mayores.

La energía necesaria proveniente de los alimentos complementarios para niños, con ingesta "promedio" de leche materna, en países en vías de desarrollo es de aproximadamente 200 kcal al día para niños entre los 6 a 8 meses; 300 kcal al día para niños entre los 9 y 11 meses y 550 kcal para niños entre los 12 a 24 meses.

Los carbohidratos se clasifican:

Monosacáridos:

- Fructosa, glucosa, que se encuentran en las chirimoyas, granadillas, miel de abeja, etc.
- Disacáridos, como la sacarosa, maltosa, lactosa, que se encuentran en hortalizas, entre ellas destacan la betarraga, zanahoria, etc.
- Polisacáridos, se encuentran en los cereales, como la avena, arroz, cebada, maíz, trigo, en las legumbres, como granos frescos, alverjitas, habas, harina de papa, camote, yuca, etc.

A.2. Proteínas: Son sustancias formadas por aminoácidos que son indispensables para la formación y reparación de tejidos, también contribuyen a formar defensas. Proporcionan aminoácidos esenciales y no esenciales necesarios para la síntesis proteica, el crecimiento y la reparación tisular. Las fuentes son: carnes de todas las especies, carnero, pollo, cerdo, cuy, etc.; legumbres secas, garbanzos, lentejas, habas, arvejas, cereales, trigo, avena, maíz; papa, camote, frutas, nueces, almendras, maní.

A.3. Lípidos: Son sustancias indispensables ya que aportan energía y elementos constituyentes a los tejidos, además son sustancias de reserva al organismo. Las grasas suministran mayor energía calórica al organismo que los carbohidratos, las fuentes principales son: carnes y aceites vegetales.

A.4. Agua: Mientras el lactante recibe solo leche materna no requiere de líquidos adicionales, a esta edad, ya que la alimentación complementaria produce una mayor carga renal de soluto, no basta con los líquidos aportados por la leche y otros alimentos por lo que se debe ofrecer agua al lactante⁴⁵.

B. Micronutrientes (vitaminas y minerales)

B.1. Vitaminas: Son compuestos que forman parte del complejo enzimático, desempeñando un papel importante en la conservación y funcionamiento del organismo. La vitamina es indispensable ya que ayuda a la absorción del calcio y fósforo para el adecuado crecimiento y desarrollo de los dientes y huesos del niño; las necesidades de vitamina A se relacionan con el peso corporal; esta vitamina es esencial para el funcionamiento de la vista, se encuentra en las verduras verdes y amarillas como frutas, leche, productos lácteos derivados y yema de huevo; la vitamina E tiene la función protectora, previene y cura el escorbuto; la vitamina B, se encuentra en las carnes, leche, yema de huevo y verduras de hoja verde.

B.2. Minerales: Son elementos reguladores que obran por acción catalítica; entre ellos destacan el calcio, que se encuentra en la leche y sus derivados.

El Hierro es un mineral importante, porque es un componente esencial de la hemoglobina de la sangre; su falta o deficiencia se caracteriza por un estado anémico. Sus fuentes son las verduras de hoja verde, hígado, carnes magras, huevo, frutas secas. Existen otros minerales como el fósforo, yodo, zinc, que se encuentran en las verduras, cereales, sal yodada, etc⁵⁸.

1.2.2.7 Por la función que realizan en el metabolismo

- **Nutrientes con función energética (grasas y carbohidratos):** La energía aportada por estos alimentos se expresa en calorías. Por ejemplo: los carbohidratos aportan 4 calorías por cada gramo, las grasas 9 calorías por cada gramo y las proteínas, 4 calorías por cada gramo. Los carbohidratos constituyen la fuente principal de energía de una dieta habitual (alrededor del 60% - 80% de todas las calorías ingeridas), entre ellos tenemos papa, camote, azúcar, miel, fideos entre otros.

Las grasas son una fuente importante de provisión de energía, el organismo utiliza las grasas como reserva natural de energía; además tienen una función básica en el proceso de crecimiento, especialmente en el desarrollo del sistema nervioso, la síntesis de hormonas entre otras⁶⁸.

- **Nutrientes con función constructora:**
Pertenecen a este grupo las proteínas que constituye una fuente de energía, pero su utilización es compleja y el organismo no las usa como fuente habitual de energía, sino como reserva y estructuración de tejidos.
- **Nutrientes con función reguladora:**
Son aquellos que favorecen la utilización adecuada de las sustancias estructurales y energéticas, se encuentra presente en las frutas y verduras, además proveen minerales

y vitaminas⁶⁸.

1.2.2.8 El tipo de nutrientes:

Segun Mafpre en el año 2012⁶⁹.

a. Cereales y derivados

Se introducirán alrededor de los 6 meses y nunca antes de los cuatro. A menudo es el primer elemento distinto de la leche que se introduce en la dieta de los lactantes. Compuestos principalmente por hidratos de carbono (también llamados glúcidos). Destaca su aporte en vitaminas y en fibra, sobre todo, si los cereales son integrales. La introducción del gluten (trigo, avena, cebada y centeno son los cereales que conjuntamente con el agua conllevan a su formación) entre el cuarto y séptimo mes de vida, señalando que la inclusión debe ser gradual y que es ideal el acompañamiento paralelo con la leche materna.

b. Legumbres

A partir de los 9 meses se pueden añadir a la alimentación del niño evitando las cascarras. Es fundamental por su contenido de fibra, carbohidratos y hierro como en las lentejas, frejoles, etc. Se pueden añadir mezclados con arroz u otros cereales. No sustituyen a las carnes. Se recomienda dar un par de veces a la semana.

c. Verduras y Hortalizas

Se van introduciendo a partir del 6º mes en forma de puré. Al principio: papas, camotes, zapallo, etc. y más tarde las demás verduras. Se deben evitar inicialmente aquellas que tienen alto contenido en nitratos (betarraga, acelga, nabos,) y también las flatulentas o muy aromáticas (col, coliflor, nabo, espárragos).

Las hortalizas, según el Código Alimentario Español (CAE) son cualquier planta que se puede utilizar como alimento, ya sea en crudo, o cocinado. Las verduras, son las hortalizas en las que sus partes comestibles son sus órganos verdes (hojas, tallos, inflorescencia).

Tienen en común su gran contenido en agua y por lo tanto su bajísimo aporte en grasa. A destacar también su importante contenido en fibra, vitaminas (sobre todo vitaminas A, B y C), minerales y sustancias antioxidantes.

d. Frutas

Se pueden empezar a ofrecer al lactante a partir del 6º mes como zumo de frutas, y más adelante en forma de papilla, nunca sustituyendo a una toma de leche. Las frutas más recomendadas son plátano, papaya, manzana, pera y se debe evitar las más alergénicas como fresa, frambuesa, kiwi, naranja y melocotón. Fuente excelente de vitaminas, fibra y agua. Contienen además una cantidad variable, y por lo general no alarmante, de azúcar.

e. Frutos secos

Destaca su alto aporte en grasa y energía. Son una buena fuente de calcio, fósforo, cobre, vitamina E y fibra. Contienen sobre todo grasa insaturada (las que ayudan a bajar el colesterol en sangre) y el contenido en grasa saturada es mínimo. Son una buena alternativa a las proteínas de origen vegetal. Se pueden consumir de múltiples maneras, en salsas, guisos, postres, dan un toque especial en ensaladas y, además, son un magnífico complemento nutricional.

f. Lácteos y derivados

Los lácteos aportan nutrientes de alto valor biológico. Son la fuente principal de calcio y contienen importantes cantidades de vitaminas A, D, B12, y de otros minerales como el fósforo. Su composición es muy variable dependiendo del tipo de lácteo. Los más comunes son leche, yogures y quesos. La grasa de la leche tiene un alto contenido en grasa saturada, pudiendo ser un inconveniente cuando el consumo global es elevado.

g. Carnes, pescados y huevos

Los alimentos de este grupo aportan sobre todo, proteínas fácilmente asimilables. Contienen hierro y vitaminas del grupo B (B12, B2 y niacina). Este grupo de alimentos contiene además de proteínas, cantidades elevadas de grasa (grasa saturada y colesterol) cuyo consumo se asocia a enfermedades cardiovasculares. Por tener un perfil graso diferente y que merece consideración, vamos a subdividir

Este grupo en: **carnes y derivados, pescados y huevos.**

- **Carnes:** Se empieza principalmente con vísceras como hígado, sangrecita o pollo, a partir del sexto mes, ya que la consistencia es más suave y rica en hierro y proteínas. Posteriormente de acuerdo a la edad se incluirán carnes de res, cordero, etc.

- **Pescados:** Comenzar pasado el noveno mes con pescados blancos: merluza, lenguado. Tienen gran capacidad de producir intolerancias alérgicas. En niños con antecedentes familiares, esperar su introducción hasta pasado el año de edad y/o probar tolerancia brindando al niño en mínimas cantidades observando cuidadosamente las reacciones que pueda presentar; si no hubiere reacción alguna se recomienda incluir pescado en la alimentación del niño ya que es fuente importante de ácidos grasos y hierro fundamentales en el desarrollo cerebral. El contenido en proteínas es similar a las carnes pero el aporte de grasa es mucho menor (pescado blanco menor al 5% y pescado azul del 10% o superior.), Son ricas en vitaminas A y O presentes en la grasa. Son ricos en ciertos minerales como el yodo, fósforo y potasio.

- **Huevos:** Al noveno mes se puede introducir la yema cocida, y el huevo entero hacia el

doceavo mes. Se recomiendan 2-3 huevos por semana, la yema es buena fuente de grasas esenciales, vitaminas liposolubles y hierro. La clara contiene proteínas de alto valor biológico, entre ellas la ovoalbúmina, de alta capacidad alergénica por ello no es recomendable brindarle al niño la clara de huevo antes de cumplir el año de edad. Existen grandes diferencias entre la clara y la yema del huevo.

h. Grasas

Este grupo de alimento incluye los aceites vegetales y otro tipo de grasas como la margarina, la mantequilla y el sebo, este último cada vez más en desuso para la cocción de los alimentos. Estas grasas tienen características muy diferentes. Mientras los aceites vegetales (sobre todo el aceite de oliva y semillas), contienen ácidos grasos con beneficios claros para la salud (grasas monoinsaturadas), las otras grasas más sólidas tienen efectos negativos sobre el perfil lipídico, favoreciendo el desarrollo de la enfermedad cardiovascular.

i. Azúcares, dulces y bebidas azucaradas

Los dulces y las bebidas azucaradas aportan una elevada cantidad de energía (procedente de los azúcares) y no aportan nutriente esencial alguno, pudiendo favorecer el desarrollo de obesidad o caries dental. Además, el consumo de estos alimentos, puede desplazar la ingesta de otros alimentos más nutritivos y por lo tanto, más interesantes para nuestro organismo.

1.2.2.9. Alergia alimentaria

La alergia a los alimentos ocurre cuando el sistema inmune reacciona frente a una sustancia concreta (alérgeno) que es bien tolerada por la mayoría de personas. El alérgeno es principalmente una proteína de un alimento con la que el afectado entra en contacto por ingestión, contacto o inhalación. La reacción más común es la formación de anticuerpos IgE (Inmunoglobulina E).

El proceso es el siguiente: La primera vez que se ingiere el alimento causante de alergia, el organismo produce las IgE específicas dirigidas contra alguna proteína de ese producto; en la segunda vez, los anticuerpos reaccionan contra la comida estimulando la fabricación de histamina y otras sustancias químicas (llamadas mediadores) que causan los síntomas de la alergia: urticaria, eccema, angio edemas (se hinchan los labios, los dedos de las manos, de los pies, etc), dermatitis atópica y shock.

Los alimentos más problemáticos son la leche de vaca, huevo, quesos madurados, pescados, especias, frutos secos, kiwi, papaya, aguacate, plátano, fresas, frambuesas y grosellas. En el primer año de vida, las mayores amenazas suelen centrarse en la leche, los huevos, el pescado y los cereales. En el segundo, los alimentos que causan más problemas son las frutas (sobre todo las rosáceas: melocotón y albaricoque) y los cítricos. En el tercer

año de edad, pasan a formar parte de la lista el pescado y los frutos secos (cacahuete, avellana, nuez y almendra). La duración de estos cuadros a lo largo de la vida también es variable. En el primer año de vida la alergia a la leche, por ejemplo, suele ser transitoria, solucionándose a los 18-24 meses. En cambio, la alergia al huevo suele durar más tiempo o incluso toda la vida. La hipersensibilidad a los frutos secos y pescados también es duradera. El tratamiento dietético de estas alergias es el más eficaz y consiste en suprimir los alimentos alergizantes. De esta manera se consigue que al cabo de unos años el sistema inmunológico se normalice, y en muchas ocasiones, el niño acaba tolerando los alimentos que le producían alergia⁷⁰.

1.2.2.10. Tipo de alimento según la edad

Los alimentos deben ser incluidos gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, potencial alergénico del alimento y la capacidad gástrica.

- **A partir de los 6 meses:** Se iniciará la introducción progresiva de papillas sin gluten, Si el bebé está con lactancia materna puede preparar la papilla con leche materna extraída (con sacaleches o manualmente) o con la leche de iniciación. Si está con lactancia artificial preparar la papilla con su leche habitual y cereales sin gluten. Papilla de fruta natural: Empezar con medio plátano, media manzana, media pera, granadilla, melón. Progresivamente aumentar la cantidad de fruta hasta llegar a una pieza entera de cada una. No añadir miel, leche condensada, azúcar, cereales ni galletas. Papilla de verduras: empezar con zanahoria, zapallo, espinaca, papa y camote. Añadir pollo sin piel ni grasa, sangrecita, ½ yema de huevo pollo sancochado, Preparar sin sal también se puede añadir una cucharadita de aceite de oliva.
- **A los 7 – 8 meses:** Agregar alimentos cereales sin gluten como el arroz, quinua y el maíz. Menestras como lentejas, frejoles, harina de habas y condimentos naturales como tomate, cebolla, etc. A partir de este momento se puede ofrecer un trozo de pan o galletas.
- **A partir de los 9 - 10 meses:** Se pueden introducir cereales con gluten como el trigo (pan, galletas, fideos). También se le agrega condimentos naturales a los alimentos. Y se continúa dando las frutas y verduras de los meses anteriores. Al noveno mes se puede introducir la yema cocida, Se recomiendan 2-3 huevos por semana. La yema es buena fuente de grasas esenciales, vitaminas liposolubles y hierro. La clara contiene proteínas de alto valor biológico, entre ellas la ovoalbúmina, de alta capacidad alergénica. Comenzar pasado al décimo mes con pescados blancos:

merluza, lenguado. En niños con antecedentes familiares, esperar su introducción hasta pasado el año de edad.

- **A partir de los 12 meses:** Se pueden introducir legumbres tiernas (habas, guisantes) o secas (garbanzos, lentejas). El huevo entero puede prepararlo cocido o en tortilla con poco aceite y tritularlo con verduras o sémola de arroz. Se puede ofrecer hígado de pollo triturado con verduras una vez a la semana. Un exceso de proteínas no es bueno: El día que han tomado huevo o hígado o pescado no dar carne. Puede seguir dando pecho para desayunar, por la noche o de postre en las comidas⁷¹.

ALIMENTOS RECOMENDADOS

- Alimentos de origen animal: hígado, sangrecita (cuy o pollo), bazo u otro.
- Cereales y tubérculos: fideos, papa, camote, sémola, maicena, etc.
- Vegetales: Agregar a todas las papillas una cucharada de zapallo, zanahoria, espinaca y etc.
- Frutas: Plátano de isla, durazno, papaya y pera (incluir en la media mañana en forma de mazamorras, picados o rallados).
- Grasas: Agregar una cucharada de aceite o mantequilla en la comida. La niña o niño debe comer 2 cucharadas de alimentos de origen animal en el almuerzo y en la cena.

1.2.2.11. Beneficios de la alimentación complementaria

Los beneficios para el niño comprenden:

- En el aspecto físico un mejor desarrollo y crecimiento en sus valores ponderales principalmente de peso y talla, además de un buen desarrollo cerebral, para evitar retrasos en el desarrollo psicomotor.
- En el aspecto Psicológico se genera un vínculo madre - niño de mayor seguridad y confianza para el niño.
- En el aspecto económico comprende que desde la promoción de la alimentación complementaria se efectúa la disminución de la posibilidad de presentar enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias⁷².

1.2.2.12. Importancia de alimentación complementaria

La nutrición durante la infancia es uno de los pilares más importantes para la salud y calidad de vida de la población.

El objetivo de la alimentación complementaria es cubrir las necesidades nutricionales y de calorías que tiene el niño, ya que este es más activo y de más edad y la leche materna no es suficiente para aportar dichas necesidades nutricionales. Si no se satisfacen adecuadamente

sus requerimientos, el niño no crece o lo hace más lentamente.

La introducción de otros comestibles a la alimentación del bebé, se debe convertir en un gran evento familiar, porque además de evitar el retraso en el crecimiento, deficiencia de nutrientes y la aparición de enfermedades, se convierte en la alimentación definitiva para el resto de la existencia; además permite al niño el aprendizaje de nuevas consistencias, temperaturas, sabores y ofrece la posibilidad de conocer y disfrutar diversos alimentos y preparaciones que consume la familia, así como determinar gustos y rechazos y brindar a los padres la oportunidad de desarrollar en su hijo una correcta conducta alimentaria (hábitos alimentarios saludables), estableciendo cálidas relaciones humanas que contribuyen además, a su desarrollo psicológico y social.

Durante el proceso de aprendizaje alimentario, es muy importante el acompañamiento inteligente, paciente y amoroso al niño y la vigilancia continua de su estado de salud, crecimiento y desarrollo por parte de sus padres, para que en forma oportuna, se fortalezcan aquellas prácticas de alimentación adecuadas y se definan las acciones necesarias que permitan la modificación o el mejoramiento de aquellas que representen un riesgo para su estado nutricional⁷³.

1.2.2.13. Riesgos de la alimentación complementaria

A. Alimentación complementaria temprana:

La inmadurez neuromuscular es un factor asociado a problemas de deglución, los lactantes que reciben alimentación complementaria antes del sexto mes pueden presentar accesos de tos al momento de ser alimentados y en ocasiones se observan signos de dificultad respiratoria lo que sucede cuando una pequeña fracción de papilla deglutida alcanza la glotis del niño.

A.1. Riesgo a corto plazo:

La introducción de alimentos diferentes a la leche materna, disminuye la frecuencia e intensidad de la succión y como consecuencia de la producción láctea. En la mayoría de los casos el valor nutricional del alimento complementario será menor que el de la leche materna, y por lo tanto, el niño se encontrara en desventaja.

Otro riesgo a corto plazo está relacionado con la carga renal de solutos del lactante durante los primeros meses de edad, manifiesta cierta inmadurez renal lo cual impide concentrar con la misma eficiencia de niños mayores o del adulto. En esta situación, la introducción de alimentos con exceso de solutos aunado a eventuales pérdidas extrarenales de agua, como sucede con la diarrea, puede ocasionar una deshidratación hipertónica como consecuencia grave en el sistema nervioso central.

Existe un mayor riesgo de caries dental con la introducción de jugos o aguas endulzadas a temprana edad, sobre todo cuando estos alimentos son suministrados con biberón, cuando existe una exposición prolongada de los dientes a líquidos que contengan hidratos de carbono, se desarrolla un patrón característico de destrucción dentaria.

Otro riesgo importante es el síndrome diarreico agudo, se observa sobretodo en los lugares marginados de países subdesarrollados, donde viven en condiciones insalubres y la preparación de los alimentos se lleva a cabo sin higiene y con un elevado índice de contaminación.

A.2. Riesgo a largo plazo:

Las prácticas de alimentación complementaria inadecuadas pueden tener un impacto negativo en la salud a largo plazo, esto sucede a través de dos mecanismos: primero por efecto acumulativo, dado que cuando se introducen los alimentos en forma temprana, puede haber evidencia clínica de morbilidad años más tarde; segundo, cuando se crean hábitos de alimentación que conducen a prácticas dietéticas indeseables, las que a su vez condicionan problema de salud.

B. Alimentación complementaria tardía

Si la alimentación complementaria empieza después de los 6 meses de edad, el niño no recibirá suficiente alimentación y puede ser más difícil el periodo de adaptación a nuevas consistencias, texturas y sabores de los alimentos.

- Insuficiente energía para apoyar un óptimo crecimiento y desarrollo.

- Dificultad para la aceptación de otros alimentos.

- Aumenta el riesgo de malnutrición y deficiencia de micro nutrientes, principalmente el hierro⁵².

1.2.2.14. Rol de la Enfermera en alimentación complementaria

La enfermera en la atención primaria en salud tiene el liderazgo de las actividades preventivo-promocionales, principalmente en el área Niño, ya que es responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones(ESNI) y del componente de Crecimiento y Desarrollo (CRED); por ello , como miembro del equipo de salud, al estar la mayor parte del tiempo en contacto directo con los padres de familia posee una función muy importante como educadora, ya que tiene un trato directo con las padres de los lactantes, quienes no solo reciben recomendaciones de personal de salud sino también de su familia, además de los patrones tradicionales u otras creencias que influyen positivamente o negativamente en el proceso de introducción de nuevos alimentos en la dieta de sus hijos. La actitud que asuman es muy importante y finalmente la que genera un comportamiento específico por lo que la

enfermera debe orientar sus actividades a resolver dudas o temores que tengan las madres acerca de la alimentación que deben de recibir los lactantes a partir de los 6 meses, a fin de prevenir posibles alteraciones nutricionales.

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

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

Una buena educación nutricional permitirá a los padres utilizar los alimentos en forma adecuada para mantener sano al niño y en caso que se enferme, prevenir futuras recaídas o agravar el estado nutricional del niño. Es necesario también identificarse con las costumbres que necesitan cambiarse; la persona que va a educar en materia de nutrición tiene que abordar todas las prácticas que la población presenta; y comportarse de manera simpática para al final poder lograr cambios en ella.

1.2.2.15. Rol de los padres en la alimentación de los niños

Para velar por el desarrollo adecuado, tanto mental como físico, de sus hijos las madres deben conocer y poner en práctica algunas pautas esenciales, como comer bien ellas mismas, amantar en exclusiva al bebe hasta los seis meses y, a continuación, dar al bebe alimentos complementarios ricos y nutritivos sin dejar de amantarlos⁷⁴.

La formación de hábitos alimentarios saludables debe comenzar desde los primeros años de vida porque estos son instalados tempranamente y tienden a perdurar a lo largo de la vida. El rol de los progenitores en el desarrollo de estos comportamientos es fundamental ya que no sólo enseñan con el ejemplo, sino que también son quienes pueden orientar qué, cómo y cuándo comen los niños; así como deben procurar tener un ambiente agradable para establecer con el niño horarios, presentar una manera atractiva la comida buscando comer juntos en familia para que sea espacio de comunicación, cariño y paz. Es así que se reconoce que el cuidado que ofrecen los padres a su niño tiene un impacto importante en la salud y nutrición del mismo, influyendo favorable o negativamente en su desarrollo, por tanto una alimentación inadecuada dentro del hogar tiene un efecto negativo sobre las condiciones de salud del niño, como en la habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas. También, estudios

previos confirman que el bajo nivel nutricional de los niños se refleja en resultados negativos para el país en términos de crecimiento económico: la mala nutrición durante los primeros años afecta negativamente su productividad cuando ingresan en el mercado laboral. Si se toma en cuenta todo lo antes mencionado, se debe pensar que una dieta balanceada en nutrientes y buenas prácticas nutricionales desde los primeros años de vida constituye la primeralínea de defensa del menor, no solo contra las posibles enfermedades que pudiera contraer sino, fundamentalmente, a favor de las habilidades; que, en el futuro, le permitirán desenvolverse productiva y eficientemente en su actividad laboral; evidenciándose así el rol importante de los padres en la alimentación de sus hijos⁷⁵.

1.2.3. ESTADO NUTRICIONAL

Nutrición: La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud⁷⁶.

La nutrición es uno de los pilares de la salud y el desarrollo. En personas de todas las edades una nutrición mejor permite reforzar el sistema inmunitario, contraer menos enfermedades y gozar de una salud más robusta.

Los niños sanos aprenden mejor. La gente sana es más fuerte, más productiva y está en mejores condiciones de romper el ciclo de pobreza y desarrollar al máximo su potencial. A consecuencia del alza de los precios de los alimentos y el descenso de la productividad agrícola, la seguridad alimentaria en el mundo está cada vez más amenazada, lo que podría llevar a un aumento de la desnutrición. Por el contrario, algunas poblaciones se enfrentan a un notable aumento de la obesidad⁷⁶.

Estado nutricional: Es el resultado de la utilización de nutrientes, va desde la normalidad hasta el desequilibrio que causa desnutrición crónica, aguda, global y obesidad.

El estado nutricional de un individuo es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En los niños y especialmente durante el primer año de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento. Por esta razón, el control periódico de salud constituye el elemento más valioso en la detección precoz de alteraciones nutricionales, ya que permite hacer una evaluación oportuna y adecuada⁷⁷.

Para la evaluación del estado nutricional se pueden utilizar métodos directos e

indirectos o ambos. Los métodos indirectos más comunes incluyen el uso de indicadores socioeconómicos, de disponibilidad y consumo de alimentos. Dentro de los métodos directos se encuentran los indicadores antropométricos, bioquímicos y la evaluación clínica, siendo los antropométricos los más utilizados en los servicios de salud por ser fáciles de obtener, de muy bajo costo y muy útiles⁷⁸.

1.2.3.1. Indicadores o medidas antropométricos

Las medidas antropométricas más usadas en la evaluación del estado nutricional son el peso, la talla. Estas mediciones se relacionan con la edad o entre ellos, estableciendo los llamados índices. Los índices más utilizados son el peso para la edad (P/E), la talla para la edad (T/E) y el peso para la talla (P/T)²³.

- ❖ **Peso para la talla:** Es el peso que pertenece a un niño para la talla que tiene en el momento de la medición, el déficit de peso indica un adelgazamiento, mide la desnutrición aguda.

Ventajas:

- No requiere conocer la edad.
- Nos permite diferenciar bien el adelgazamiento o desnutrición aguda.

Desventajas:

- Demanda la recolección del peso y la talla.
- El personal de salud no está muy familiarizado con este indicador.
- No nos permite determinar si existe retardo en el crecimiento.

- ❖ **Talla para la edad:** El crecimiento en talla es más lento que el peso, las deficiencias en talla tienden a ser también lentas y a tomar más tiempo para recuperarse. A mayor déficit nutricional, mayor cronicidad de la desnutrición, este índice mide la desnutrición crónica.

Ventajas:

- Refleja la historia nutricional del sujeto.
- Es útil para determinar el retardo en crecimiento.

Desventajas:

- Requiere conocer la edad del niño.
- Se necesitan dos observadores.
- Es más difícil de medir y tiene un mayor margen de error.

- No permite evaluar la desnutrición aguda o el adelgazamiento

❖ **Peso para la edad:** Es un indicador primario que corresponde a la relación entre el peso real de un niño y su peso teórico normal expresado en porcentaje; se utiliza para medir la desnutrición global. Utilizando el indicador de peso para la edad podemos saber si el niño tiene o ha tenido adelgazamiento y/o retardo en el crecimiento⁷⁷.

Ventajas:

- Es fácil de obtener con escaso margen de error
- Es muy sensible para detectar cambios nutricionales en el seguimiento longitudinal de los niños, siempre que se cuente con un número adecuado de controles. Es por eso, que la OMS ha seleccionado al P/E como el índice básico para supervisar el crecimiento del niño menor de cinco años.
- Los trabajadores de salud están muy acostumbrados a usarlo.

Desventajas

- No permite diferenciar desnutrición aguda (adelgazamiento), de retardo en el crecimiento.
- En niños mayores de un año, pierde especificidad (sobreestima la desnutrición)⁷⁷.

1.2.3.2. Clasificación del estado nutricional

Clasificación del Estado Nutricional en niñas y/o niños de 29 días a menores de 5 años

Puntos de corte	Peso/Edad	Peso/Talla	Talla/Edad
> + 3		Obesidad	Muy alto
> + 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 a - 2	Normal	Normal	Normal
< - 2 a -3	Bajo peso	Desnutrición aguda	Talla baja
< - 3	Bajo peso severo	Desnutrición severa	Talla baja severa

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2006.

Si los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de cohorte de normalidad

(+2 a -2 DS) y la tendencia del gráfico de la niña o niño no es paralelo a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente se considera riesgo nutricional.

Fuente: MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años⁷⁷.

A. La Clasificación nutricional de los indicadores antropométricos es:

-Desnutrición global: Se obtiene de acuerdo con el indicador P/E cuando el punto se ubica por debajo de - 2 DS.

-Desnutrición aguda: Se obtiene de acuerdo con el indicador P/T cuando el punto se ubica por debajo de - 2 DS.

-Desnutrición crónica: Se obtiene de acuerdo con el indicador T/E cuando el punto se ubica por debajo de - 2 DS.

-Sobrepeso: Se obtiene de acuerdo con el indicador P/E cuando el punto se ubica por encima de + 2 DS.

-Obesidad: Una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud Se obtiene de acuerdo con el indicador P/T cuando el punto se ubica por encima de +3 DS.

-Normal: Si los indicadores peso para la edad, peso para la talla y talla para la edad se encuentran entre los puntos de cohorte de normalidad (+2 a -2), se le considera como niño eutrófico.

-Sobrepeso: Lo definimos como exceso de peso para la talla, y aumento del tejido adiposo y algunas veces del tejido muscular. Cuando el indicador peso para la talla es de <+2 desviaciones estándar de acuerdo a la población de referencia.

-Talla baja: Cuando el indicador peso para la talla se encuentra entre < - 2 a -3 desviaciones estándar de acuerdo a población de referencia.

-Talla alta: Cuando el indicador peso para la talla se encuentra entre >+2 desviaciones estándar de acuerdo a población de referencia²⁷.

B. Puntos de corte de normalidad:

Durante el proceso de evaluación del estado nutricional es necesario determinar si un niño

es normal o si presenta alguna alteración (desnutrición o sobre peso), estableciendo un punto de corte o nivel de diagnóstico. Se conoce como indicador a la relación entre el índice y su respectivo punto de corte. Hablar de puntos de corte implica adoptar un patrón de referencia para cada índice. Actualmente se acepta el uso de patrones internacionales debido a que las diferencias raciales y étnicas tienen una mínima influencia en el potencial de crecimiento, en comparación con la influencia de los factores socioeconómicos.

CONSEJERÍA NUTRICIONAL

El objetivo de la consejería nutricional es asegurar un adecuado estado nutricional, lograr la recuperación de la tendencia del crecimiento. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño, con base en la situación de crecimiento tanto si el crecimiento es adecuado o inadecuado (riesgo o desnutrición), para mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición.

- La consejería nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo y en procesos de enfermedad.
- Durante la consejería nutricional es importante promover prácticas adecuadas de alimentación y calidad de la dieta (alimentos de origen animal, alimentos Fuente de hierro) ambiente de tranquilidad y afecto.
- La consejería nutricional se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si este se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes).
- La consejería puede reforzarse con actividades grupales como las sesiones educativas y demostrativas.

1.3. IDENTIFICACION DE VARIABLES.

1.3.1. Variable independiente: Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria.

1.3.2. Variable dependiente: Estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad.

CAPITULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativa

Hernández, R. Sostiene que una investigación con enfoque cuantitativo es un conjunto de proceso secuencial y probatorio, cada etapa procede a la siguiente y no se elude pasos. El orden es riguroso que busca establecer la magnitud o frecuencia con que un evento o fenómeno se presenta en un sujeto estudiado y permite establecer como se distribuyen los valores, frecuencias de una o más variables estudiadas⁷⁹.

Para la recolección de datos se realiza con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías⁸⁰.

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada

Segun Carrasco, es un estudio que busca la aplicación de los conocimientos adquiridos en la investigación básica dependiendo de la investigación que se vaya a realizar⁸¹.

2.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Segun Hernandez R. Es descriptivo porque tiene un propósito de describir y Correlacional porque busca el grado de correlación positiva o negativa entre dos conceptos o variables en un grupo de sujetos durante la investigación⁷⁹.

2.4 DISEÑO O MÉTODO

Segun Hernandez, R. El tipo de diseño es no experimental y transversal⁷⁹. Porque el propósito es solo describir y explicar el nivel de conocimientos de las madres sobre

alimentación complementaria y estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses. Centro de Salud San Juan Bautista - Ayacucho, 2018.

2.5 ÁREA DE ESTUDIOS

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud San Juan Bautista, perteneciente al distrito de San Juan Butista, provincia de Huamanga, departamento de Ayacucho. La ciudad de Ayacucho se encuentra ubicado en la sierra central sur del Perú, en el área meridional de los andes a 2761 m.s.n.m.

Establecimiento	: San Juan Bautista.
Clasificación	: Centros de Salud con Camas de Internamiento.
Tipo	: Con Internamiento.
Categoría	: I-4
Dirección	: AV. Las Malvinas.
Ubicación política	:
Departamento	: Ayacucho.
Provincia	: Huamanga.
Distrito	: San Juan Bautista.
Lugar	: Centro de salud San Juan Bautista
Ubicación geográfica:	
Latitud	: 13°10' 27.0" S.
Longitud	: 74°12'31.7" W.
Altitud	: 2761 msnm.
Límites	:
Norte	: Con el distrito de Ayacucho.
Sur	: Con el distrito de Chiara y Carmen Alto.
Este	: Con el distrito de Carmen Alto.
Oeste	: Av. Independencia y Enace.

2.6 POBLACIÓN

La población de estudio estuvo conformado por todas las madres con niños de 6 meses a 12 meses (119) que acudieron al consultorio de Atención Integral de Salud del niño(a) del Centro Salud de San Juan Bautista en el mes de abril- Mayo; 2019.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Madres de niños lactantes:

- Que por lo menos hayan tenido una intervención en el consultorio de Atención Integral de Salud del niño(a)
- Que aceptan participar en el estudio.

Lactantes:

- Lactantes de 6 a 12 meses de edad que acuden al consultorio de Atención Integral de Salud del niño(a) del Centro de Salud SJB.
- Lactante nacido a término.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Madres de niños lactantes:

- Madres que no aceptan a participar en el estudio.

Lactantes:

- Lactantes pre términos.
- Lactantes que estén cursando con una enfermedad aguda.
- Niños con malformación congénita.

2.7 MUESTRA Y MUESTREO

2.7.1 Unidad de análisis.

Madre y su niño de 6 a 12 meses.

2.7.2 Unidad de Muestreo.

La unidad seleccionada será igual a la unidad de análisis.

2.7.3 Marco muestral.

Libro de atención diaria del Centro de Salud.

2.7.4 Tamaño de la muestra.

Estuvo Conformado por 60 madres con niños de 6 a 12 meses que asistieron al consultorio de Atención Integral de Salud del niño(a) del Centro de Salud San Juan Bautista. Abril- mayo; 2019.

2.7.5. Tipo de muestreo.

No probabilístico, intencional por conveniencia.

2.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Variables	Técnica	Instrumentos
Nivel de conocimiento de la madre	Encuesta	Cuestionario estructurado
Estado nutricional de niños	Observación	Ficha de cotejo, carnet del niño.

2.9 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

2.9.1 Validación

Para la validación del instrumento se sometió a una prueba de juicio de expertos, para ello se buscó la certificación de cinco docentes en investigación, la intención fue la siguiente:

- **Análisis de contenidos** que corresponde a la adecuada formulación de los ítems en relación al objetivo del estudio.
- **Análisis de ítems** con respecto a la pertinencia, relevancia y claridad.

Los jueces dictaminaron en razón de:

Validez interna: Para verificar la lógica de la construcción del instrumento que responde al problema, objetivo e hipótesis de estudio.

Validez de contenido: Se verificó que el instrumento debe contener el número suficiente de ítems, que permita profundizar el conocimiento así como se mida las dimensiones de la variable.

2.9.2 Confiabilidad

La confiabilidad de los instrumentos se obtuvo a través del coeficiente Alfa de Cronbach por medio de la aplicación de una prueba piloto a 10 madres que acuden al consultorio de Atención Integral de Salud del niño(a) del Centro de Salud San Juan Bautista en el mes de Noviembre 2018, obteniendo un índice de confiabilidad ($p < 0,05$).

2.10 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.10.1 Coordinación:

La recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

- **Primer momento:** Se realizó una gestión para obtener una carta de presentación de la decanatura, luego una autorización a la encargada del Centro de Salud de San Juan Bautista (SJB), del distrito de SJB.
- **Segundo momento:** Se identificó a las madres con hijos de 6 a 12 meses, luego se localizó el domicilio y entablar relación para sensibilizarlos y obtener el consentimiento informado.
- **Tercer momento:** Se aplicó la encuesta sobre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses.

2.10.2. Ejecución:

- Una vez realizado los trámites administrativos de coordinación se procedió a la recolección de datos en las madres con niños de 6 y 12 meses.

- Se solicitó el llenado del consentimiento informado a las madres de 6 a 12 meses.
- Antes de iniciar la recolección de datos se explicó a las madres con niños de 6 a 12 meses, las características generales del llenado de la encuesta como son: El anonimato, la privacidad y el tiempo, con el fin de recolectar datos verídicos sin coacción y falsear de su respuesta.
- El instrumento se aplicó a a las madres con niños de 6 a 12 meses, en previa coordinacion con las madres y enfermeras del Centro de Salud San Juan Bautista.
- Finalmente se agradeció a las madres y enfermeras por su disposición prestada.
- Luego se procedió con la evaluación de los resultados.

2.11. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

- **Revisión de los datos.** Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron; asimismo, se realizó el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Codificación de los datos.** Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformando en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.
- **Clasificación de los datos.** Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- **Procesamiento y presentación de datos.** Los datos recolectados a través de los instrumentos mencionados fueron procesados de manera automatizada utilizando el software SPSS versión 24. Luego, estos datos fueron procesados mediante una hoja de cálculo electrónica denominada Excel previa elaboración de la tabla matriz de datos, a fin de presentar los resultados en tablas estadísticas de entrada simple y doble para su análisis e interpretación respectiva.

Para el análisis de la variable nivel de conocimiento, se aplicó la prueba de Stanones en tres categorías: Deficiente, Regular y Bueno; Deficiente: 0-10 puntos, Regular: 11-15 puntos, Bueno: 16-20 puntos, para establecer la relación entre el nivel de conocimiento de la madre y el estado nutricional del lactante se utilizó la prueba de significancia estadística: Chi cuadrado.

2.12 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

- **Análisis descriptivo:**

En el análisis descriptivo de los datos se utilizaron mediante las estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar y las medidas de frecuencia.

- **Análisis inferencial:**

En la comprobación de hipótesis se utilizó la estadística inferencial de acuerdo a la significancia o no de la curva de vulnerabilidad. En todo el procesamiento de los datos se utilizaron el paquete estadístico SPSS versión 24.

2.13. ASPECTO ÉTICO

En la investigación se cumplió con el principio ético de justicia, autonomía, maleficencia y no maleficencia.

- ✚ **Autonomía:** Se tuvo en cuenta la aceptación de la persona como agente moral, responsable y libre para tomar decisiones, esto se logró a través del consentimiento informado, mediante el cual al participante se le dará a conocer todos los aspectos concernientes a la investigación, se empleó un lenguaje claro y preciso para su adecuada comprensión. Se respetará este principio, se les explicó que podrían retirarse de la investigación en el momento que lo deseen.
- ✚ **Beneficencia:** Ya que con los resultados del estudio, se pudo saber que tanto las madres con niños menores de 6 a 12 meses conocen o no sobre su alimentación complementaria y estado nutricional. Pudiéndose así reforzar con sesiones educativas con el personal capacitado.
- ✚ **No maleficencia:** Ya que la investigación no significó ningún riesgo para las madres con niños menores de 6 a 12 meses. Se les aseguró el anonimato porque los datos sólo se utilizaron para fines de la investigación.
- ✚ **Justicia:** El estudio se realizó sin discriminación por razones económicas, sociales, religiosas, género, orientación sexual u otra.
- ✚ **Fidelidad:** Se garantizó el anonimato en las muestras de estudio.
- ✚ **Honestidad:** Todos los datos fueron reales.

CAPITULO III
RESULTADOS

TABLA N° 01

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES CON NIÑOS
DE 6 A 12 MESES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN JUAN
BAUTISTA-AYACUCHO, 2018.**

EDAD DE LA MADRE	N	%
17-22	10	16,7
23- 28	25	41,7
29-34	14	23,3
35 a mas	11	18,3
LUGAR DE NACIMIENTO	N	%
Urbano	22	36,7
Urbano Marginal	16	26,7
Rural	22	36,7
GRADO DE INSTRUCCION DE LA MADRE	N	%
Analfabeta	2	3,3
Primaria	6	10,0
Secundaria	31	51,7
Superior	21	35,0
OCUPACION DE LA MADRE	N	%
Ama de casa	31	51,7
Empleadaa estable	9	15,0
Empleada Inestable	6	10,0
Estudiante	14	23,0
TOTAL	60	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a las madres con niños de 6 a 12 meses, que acuden al Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho. Abril-Mayo; 2019.

Del 100% de las madres encuestadas con respecto a la edad, la mayoría de las madres tienen el 41,7% corresponde al rango de 23 a 28 años de edad; mientras la minoría es el 16,7% pertenece al rango de 17 y 22 años. El 36,7 % pertenecen al área urbano, rural y 26,7% urbano marginal. Asimismo 51,7% poseen un grado de instrucción secundaria y un menor porcentaje 3,3% son analfabetas. Finalmente la mayoría de las madres que representa un 51,7% son ama de casa y el 10% son empleadas inestables.

TABLA N° 02
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA CON NIÑOS DE 6 A 12 MESES QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA-AYACUCHO, 2018

Nivel de conocimiento de la madre	N°	%
Deficiente	7	11,7
Regular	35	58,3
Bueno	18	30,0
TOTAL	60	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a las madres con niños de 6 a 12 meses, que acuden al Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho. Abril-Mayo; 2019.

En la tabla N° 02 se observa los resultados de la evaluación del nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria, el 58,3 % tienen un nivel de conocimiento regular; mientras el 30% de madres tienen el nivel de conocimiento bueno y solo el 11,7% tienen un nivel de conocimiento deficiente respecto a la alimentación complementaria.

TABLA N° 03
ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 A 12 MESES, QUE ACUDEN AL
CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA-AYACUCHO, 2018

Estado nutricional	N°	%
Normal	45	75,0
Desnutrición crónica	14	23,3
Desnutrición aguda	0	0,0
Desnutrición global	1	1,7
TOTAL	60	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a las madres con niños de 6 a 12 meses, que acuden al Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho. Abril-Mayo; 2019.

Del total de la muestra, se evidencia los resultados de la evaluación de estado nutricional del niño, el 75% de los niños tienen un estado nutricional normal; de los cuales el 23,3% tienen desnutrición crónica, y el 1,7% tienen desnutrición global, no encontrando la desnutrición aguda.

TABLA N° 04

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES
SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y EL ESTADO
NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 A 12 MESES DEL CENTRO DE SALUD SAN
JUAN BAUTISTA-AYACUCHO, 2018.**

Nivel de conocimiento	Estado nutricional								TOTAL	
	Normal		Desnutricion crónica		Desnutricion Aguda		Desnutricion global			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Deficiente	0	0,0	6	10,0	0	0,0	1	1,7	7	11,7
Regular	27	45,0	8	13,3	0	0,0	0	0,0	35	58,3
Bueno	18	30,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	30,0
TOTAL	45	75,0	14	23,3	0	0,0	1	1,7	60	100

FUENTE: Cuestionario aplicado a las madres con niños de 6 a 12 meses, que acuden al Centro de Salud San Juan Bautista, Ayacucho. Abril-Mayo; 2019.

$$X^2_c = 17,017$$

$$gl = 2$$

$$p = 0,000 < 0,05$$

En la tabla N° 04 se observa, la relación entre el nivel conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses. El 58,3% representa a las madres con conocimiento regular, de los cuales se desprende que el 45% de sus niños posee estado nutricional normal, el 13,3% son niños con desnutrición crónica y no encontrando niños con denutricion aguda y global. Asimismo, tenemos a las madres cuyo conocimiento es bueno en relación a la alimentación complementaria que representan el 30%, de ellos se desprende que el 30% de sus niños posee estado nutricional normal, y no hallando niños con dsnutricion crónica, aguda y global. Finalmente tenemos a las madres cuyo conocimiento es deficiente en relación a la alimentación complementaria que representa el 11,7% de los cuales se desprende que el 10% son niños con desnutrición crónica y el 1,7% son niños con desnutrición global.

Aplicando la prueba de chí cuadrado, se establece relación altamente significativo entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentacion complementaria y estado nutricional ($p < 0,05$).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Con respecto a las características sociodemográficas: El 41,7% de madres tuvieron edad promedio de 23 a 28 años, 36,7% pertenece área urbano, otro 36,7% al área rural, el 51,7% tienen grado de instrucción secundaria y 51,7% son amas de casa (**tabla 01**). Estos resultados concuerdan con las investigaciones de **Bartolomé L.** Realizado en el 2016, quien halló, en relación a la edad de la madre el 42% comprenden las edades de 20 a 29 años de edad. Según el nivel educativo de las madres en estudio, el 52 % alcanzó el nivel educativo de primaria, seguida por un 46% que lograron un nivel educativo de secundaria. El 88% de madres que ingresaron al estudio se dedican a los quehaceres del hogar⁵⁸. Del mismo modo, coinciden con el estudio de **Terrones M.** Ejecutado en el 2014, quien concluyó que del 100% de madres encuestadas el 42,5% (34) corresponde al rango de 21 a 25 años de edad, proceden de la sierra 70%, su estado civil es de convivientes 65%, poseen un grado de instrucción secundaria 60%, se dedican a trabajos de manera independiente 56,2%, perciben como ingreso económico entre 500 a 800 nuevos soles 85,6% y tienen de 1 a 2 hijos el 77,5%². Asimismo, **Suárez Y. y Yarrow K.** En el 2013, se evidenció que las madres tienen edades con mayor frecuencia entre 21 a 30 años con un 69%; con respecto al grado de instrucción de la madre representa el 36% de secundaria completa; en cuanto a la ocupación de la madre el 71% son amas de casa³¹. Por otra parte, **Álvarez N.** En el 2014, evidenció el predominio de mamás trabajadoras en el núcleo familiar (ama de casa)⁸².

Se concluye, que las características sociodemográficas, el nivel educativo materno es básico para la comprensión de los mensajes que brindan los profesionales de la salud en relación a la alimentación del niño, ya que una madre con nivel educativo alto comprende mejor los mensajes y los aplica a diferencia de las madres que tienen nivel educativo bajo.

La ocupación materna también es relevante para la alimentación adecuada de sus niños, una madre con múltiples actividades fuera del hogar, puede favorecer a una mala alimentación

en el niño. Del mismo modo, el ser padres responde a ser responsables prioritariamente de la nutrición, educación, afecto, estimulación y desarrollo del niño, por lo mismo el cuidar a los niños es una ardua responsabilidad lo cual ha repercutido frecuentemente en el rol de las mujeres y más aún si se trata de una madre sola, por lo que va depender de los cuidados que de la madre para el desarrollo saludable del niño teniendo como eje principal la alimentación y el afecto que le brinde⁸².

En relación al nivel de conocimiento, la mayoría de las madres (58,3%) tienen nivel de conocimiento regular (**tabla 02**). Este hallazgo coincide con el estudio de **Terrones M.** Quien menciona que el 52.1% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio, el 33.8% un conocimiento bajo y el 14.1% un conocimiento alto sobre alimentación complementaria². Igualmente, concuerda con el estudio de **Orosco L.** En el año 2015, cuyos resultados fueron que del 100% de madres que conforman la muestra. El 55,3% tiene un nivel de conocimientos medio. El 36% de madres tiene un nivel de conocimientos alto y solo un 8,5% conocimiento bajo²⁶. Asimismo, **Vergara T.** En el 2014, se obtuvo los resultados del nivel de conocimientos de las madres sobre la alimentación complementaria. El 15% de madres encuestadas tienen un conocimiento alto, seguido de un 68% de madres que tienen un conocimiento medio, finalmente un 17% de madres posee un conocimiento bajo respecto a la alimentación complementaria³⁰.

Por lo tanto, se deduce, pues la suma de los conocimientos sobre hechos o principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje en la madre caracterizados por ser un proceso activo que se inicia y sigue en el transcurso de la vida. Dicho conocimiento redunda en el cuidado hacia el niño que se basa en el conocimiento que a la madre le permite aprender, interpretar signos y señales, así como responder a las demandas del niño y oportunidad. La mejor forma de conocer y cuidar al niño es estar físicamente cerca de él, con el objetivo de proveer el cuidado necesario, para lo cual la familia requiere de recursos esenciales y prácticas adecuadas que dependen, en gran parte del nivel educativo, la autonomía sobre el uso de los recursos, el conocimiento y la información, el tiempo disponible, la salud física y emocional de la madre⁶⁸.

Asimismo, nos indican que la mayoría de las madres tienen un nivel de conocimientos regular lo cual indica que tienen niños con riesgo nutricional y retraso en el crecimiento, período temprano de vida en que el niño necesita dicha alimentación complementaria para afrontar su desarrollo en relación con su edad, otra consecuencia negativa puede incluir retardos psicomotores y cognoscitivos, que vienen acompañados por dificultades en el

aprendizaje, lenguaje, percepción del mundo, rendimiento escolar, productividad en la vida adulta. Seguido por el conocimiento bueno, lo cual quiere decir que las madres brindan a sus niños una alimentación adecuada; esto incluye un buen inicio en la alimentación complementaria, una adecuada frecuencia, consistencia, y cantidad de alimentos, lo que es beneficioso para el niño a corto y largo plazo pues están reviendo todo el aporte alimenticio adecuado de acuerdo a sus requerimientos nutricionales. Y por ultimo tenemos madres con conocimiento deficiente respecto a la alimentación complementaria, esto indica que dichas madres no tienen el conocimiento adecuado para proporcionarle una alimentación de calidad a su niño, ya que no tienen conocimientos claros acerca del inicio, frecuencia, consistencia ni cantidad de alimentos que deben brindarle a sus niños en cada etapa de desarrollo de estos, hecho que es perjudicial para el niño pues no está recibiendo todo el aporte nutricional que debería recibir en relación a su edad, lo que podría significar graves daños para su salud y un mayor riesgo a enfermar.

En relación al estado nutricional de los niños, se evidenció que el 1,7% tuvieron desnutrición global, el 23,3% desnutrición crónica, el 75% de los niños tuvieron estado nutricional normal (**tabla 03**). Al respecto, concuerda con el estudio de **Churata H.** En el 2015, quien Concluyó que el 9.7% de niños tiene desnutrición global y un 6.5% tiene sobrepeso; un 12.9% tiene desnutrición crónica; y un 83.9% de los niños posee un estado nutricional normal⁸³. Asimismo, **Orosco L.** En el 2015, donde los resultados fueron que del total de niños evaluados. El 60,6% presentan un estado nutrición normal o eutrófico, mientras que 28,7% presenta un estado nutricional de sobrepeso y un 10,6% presentan desnutrición aguda²⁶. Asimismo **Bartolomé L.** En el 2016. En su estudio se evidenció que el 58% corresponde a un estado nutricional normal. El 22% a desnutrición global. El 14% tienen sobrepeso. Y el 6% presentaron desnutrición crónica⁵⁸. Igualmente, **Ruiz M. y Pinedo M.** En el 2016, en su investigación encontraron que el 78,9% de los niños de 6 a 12 meses tienen un estado nutricional normal, el 16,0% tienen sobrepeso, el 4% tiene desnutrición aguda y el 1,1% tiene obesidad²⁵. Asimismo, coinciden con los estudios de **Del Aguila A. y Del Aguila J.** En el 2015, quienes mencionan que del 100% de madres de niños de 6 a 24 meses de edad que constituyeron la muestra en estudio, el 90 % se encontraban con peso normal según la edad; el 7,6% con desnutrición y 2,4% con sobrepeso²⁸. Del mismo modo, **Martínez E. y Zevallos M.** En el 2015, concluyeron que la población de lactantes con estado nutricional normal, está representado por un 47%, para un crecimiento adecuado, también vemos reflejado que el

13.3% de los lactantes en estudio presentan desnutrición aguda, el 34.9% sobrepeso y la obesidad está representada por un porcentaje de 4.8%²⁷.

En conclusión, se entiende como alimentación complementaria al periodo en el que la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante y es necesario añadir alimentos complementarios a su dieta. La alimentación complementaria debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de vida. La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna. La nutrición durante la infancia es uno de los pilares más importantes para la salud y calidad de vida de la población. Siguiendo estos lineamientos, la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶, recomienda la lactancia materna de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de alimentos complementarios de menos a más.

De acuerdo con datos del Comité de Nutrición de la Sociedad Argentina de Pediatría⁸⁴. La nutrición adecuada en el primer año de vida y durante la primera infancia es fundamental para que el niño desarrolle plenamente su potencial humano. Los especialistas sugieren proveer alimentos complementarios, además de la lactancia después de los seis meses de edad, para mantener así un crecimiento saludable ya que a los seis meses de edad el bebé ya ha adquirido un buen desarrollo de su aparato digestivo, su función renal y el suficiente desarrollo neuromuscular para la incorporación de nuevos alimentos. Es por ello que a partir de esa edad es muy importante continuar la alimentación con papillas, purés a base de verduras y frutas como la zanahoria, zapallo, papa, manzana, plátano y pera a lo que es importante sumar el agregado de carnes para optimizar el aporte de hierro y de aceite para incrementar el aporte energético. Asimismo es importante que la madre quien es la principal persona a cargo del cuidado del niño, tenga conocimientos claros sobre alimentación complementaria, los cuales le van a permitir brindar al niño una correcta inclusión de alimentos así como una adecuada nutrición lo cual es fundamental para el futuro crecimiento y desarrollo del niño.

Por otra parte, la desnutrición infantil crónica en América Latina afecta a un gran número de población evidenciado en las estadísticas presentadas por diferentes organismos

internacionales y de los países involucrados, convirtiéndose en un problema de salud pública, según datos de la Comisión Económica para América Latina y la UNICEF⁵², así como del programa mundial de alimentos indicando que los más vulnerables al hambre y desnutrición son los pobres que viven en sectores rurales e indígenas entre otros, quienes tienen bajo nivel educacional y poco acceso a servicios básicos. Asimismo, la situación nutricional en el Perú durante la última década en cuanto a desnutrición crónica infantil fue lenta, evidenciando ciclos de disminución.

Entre los 6 y 24 meses de edad el niño pasa por una gran fase de vulnerabilidad lo que para muchos niños significa el comienzo de la desnutrición lo que contribuye a la alta prevalencia de la desnutrición en los menores de 5 años en todo el mundo. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento. La principal razón por la que el niño debe consumir alimentos diferentes a la leche materna es de tipo nutricional. Las necesidades de energía, proteína, vitaminas y minerales se incrementan a partir del sexto mes de vida, y, por esto los alimentos seleccionados deben ser ricos en: calorías, proteínas, hierro, zinc, calcio, vitaminas A-C-D, entre otros. Los alimentos seleccionados “complementaran” al alimento básico que continua siendo la leche y ayudaran con la cobertura de los requerimientos de los nutrientes. Es por ello que se debe utilizar alimentos con un valor nutricional adecuado, de fácil digestión, poco voluminosos, frescos o higiénicamente elaborados.

El estado nutricional, es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

Un deficiente patrón de crecimiento puede ser provocado por una malnutrición por defecto como es el caso de la desnutrición aguda, que es la deficiencia de peso para la talla en un niño en el momento de la medición, la desnutrición crónica, en donde el crecimiento en talla es más lento que el peso, las deficiencias en talla tienden a ser también lentas y a tomar más tiempo para recuperarse frecuentemente se puede observar en niños mayores de un año y la desnutrición global que es la relación entre el peso real de un niño y su peso teórico normal lo cual nos permite conocer si el niño tiene o ha tenido adelgazamiento y/o retardo en el crecimiento. Un deficiente patrón de crecimiento, expresa que las potencialidades del niño han sido dañadas de por vida, y con ello se ha limitado sus posibilidades de adquirir y acumular mayores capacidades, además se señala que la primera infancia es una etapa que constituye un aspecto crítico en la estrategia de la lucha contra la pobreza, ya que un infante con un patrón de crecimiento normal es decir con sus capacidades acumuladas adecuadas

podrá en un futuro aprovechar las oportunidades económicas del entorno y generar mayores ingresos para la familia. (MINSA. Análisis de la Situación de Salud del Perú. Lima.2006)⁸⁵.

Para UNICEF (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, en el 2017, indica a la desnutrición crónica no sólo como una cuestión de baja estatura, sino que también puede implicar retraso en el desarrollo del cerebro y de la capacidad cognitiva⁵².

En el Perú la alimentación y nutrición de los niños durante los tres primeros años de vida, se ve alterada por los cambios de una sociedad muchas veces consumista y a la vez poco conocedora del tema; que en las últimas dos décadas ha cambiado el tiempo de la lactancia materna y alimentación complementaria, esenciales para garantizar un desarrollo intelectual y desenvolvimiento en su vida futura⁸³.

La nutrición adecuada durante la infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo potencial humano completo de cada niño. Es bien reconocido que el periodo entre el nacimiento y los dos años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos. En estudios longitudinales se ha comprobado consistentemente que esta es la edad pico en la que ocurren fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes y enfermedades comunes de la niñez como la diarrea. Después que un niño alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente. Las consecuencias inmediatas de la desnutrición durante estos años formativos incluyen una morbilidad pronunciada y un desarrollo mental y motor retrasado. A largo plazo, las deficiencias nutricionales están ligadas a impedimentos en el rendimiento intelectual, la capacidad de trabajo, la salud reproductiva y la salud general durante la adolescencia y la edad adulta. Como consecuencia, el ciclo de desnutrición continúa, ya que la niña desnutrida al crecer tiene mayores posibilidades de dar a luz a un niño desnutrido de bajo peso al nacer. Las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria, junto con un índice elevado de enfermedades infecciosas, son las causas principales de desnutrición en los primeros dos años de vida. Por esta razón, es esencial asegurar que las personas encargadas del cuidado y salud de los niños reciban orientación apropiada en cuanto a la alimentación óptima de lactantes y niños pequeños.

Con relación al nivel conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses (**tabla 04**); se encontró que la mayoría de las madres (58,3%) con conocimiento regular, 45% de sus niños posee estado nutricional

normal, el 13,3% son niños con desnutrición crónica. Asimismo, el 30% de las madres cuyo conocimiento es bueno sobre la alimentación complementaria, de ellas el 30% de sus niños posee estado nutricional normal. Finalmente 11,7% de las madres cuyo conocimiento es deficiente sobre la alimentación complementaria, el 10% de sus niños tienen desnutrición crónica y el 1,7% de sus niños con desnutrición global; encontrando que existe relación altamente significativo entre ambas variables ($p < 0,05$). Estos resultados concuerdan con la investigación de **Vergara T.** En el 2014, quién encontró que existe una relación directa entre el nivel de conocimientos de la madre y el estado nutricional del lactante; es por ello que se debe revalorar la labor educativa de la enfermera en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo como una de las acciones más efectivas en costo beneficio; teniendo en cuenta la interculturalidad y el contexto familiar en el que se desarrolla el niño³⁰.

Asimismo, coincide con el estudio de **Orosco L.** En su investigación concluyó, que existe la relación entre estado nutricional normal de los niños y nivel de conocimiento alto de la madres, asimismo el sobrepeso y desnutrición aguda con el nivel de conocimiento medio y bajo que poseen las madres²⁶. Del mismo modo, **Churata H.** En el 2015, Expuso donde el 48.4% de madres poseen un nivel de conocimiento bueno, con sus niños que presentan un estado nutricional normal; un 6.5% de madres que poseen un nivel de conocimiento regular tienen niños con sobrepeso; y el 6.5% de madres que posee un nivel de conocimientos deficiente, tienen niños con desnutrición⁸³. Igualmente, **Bartolomé L.** En el 2016, en su estudio concluye, que el 51,7% de las madres tenían conocimientos altos y a su vez niños con un estado nutricional adecuado. El 48,3% alcanzó un nivel de conocimiento medio y a su vez niños con un estado nutricional adecuado. Al contrastar la relación a través de la prueba chi cuadrada se evidencia que existe relación con un valor $p = 0,003$ entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño.⁵⁸

Por lo expuesto se concluye que existe relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño dado que la mayoría de madres que tienen un nivel de conocimiento bueno sobre la alimentación complementaria y tienen a sus niños con un estado nutricional normal, lo que podría deberse a los altos conocimientos sobre alimentación complementaria que tiene la madre gracias al apoyo de la enfermera en el consultorio de Atención Integral de Salud del Niño (a) y que a su vez le permiten brindar una alimentación de calidad de acuerdo a los requerimientos nutricionales de sus niños favoreciendo su crecimiento y desarrollo óptimos. Así mismo, tenemos a madres que tienen un nivel de conocimientos bajo quienes tienen alto porcentajes de niños

con desnutrición, lo que podría deberse a la escasa interés y información proporcionada hacia la madre por el personal de salud, lo que estará impidiendo brindar una buena calidad en la alimentación de sus niños condicionándolos a contraer diversas enfermedades minimizando sus capacidades intelectuales y poniendo en riesgo su salud.

CONCLUSIONES

1. Se halló que la mayoría de las madres tienen edades que fluctúan entre 23 y 28 años de edad. El 36,7 % pertenecen al área urbano y otros 36,7% en área rural; el 51, 7 %, poseen grado de instrucción secundaria y el 51, 7 % son ama de casa.
2. Se encontró que la mayoría de las madres tuvieron un nivel de conocimientos regular (58,3%) sobre alimentación complementaria, el 30% bueno y 11,7% de las madres tienen un nivel de conocimientos deficiente.
3. Los niños evaluados según indicadores, tienen un estado nutricional normal (75%), mientras que 23,3% presenta desnutrición crónica, ningún niño presentó la desnutrición aguda y 1,7% presentan desnutrición global.
4. Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud San Juan Bautista ($p < 0,05$). Con la cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de estudio.

RECOMENDACIONES

1. Al personal de enfermería del Centro de salud San Juan Baustista que este en constante monitoreo del cumplimiento de las sesiones educativas dirigidas exclusivamente a las madres o encargadas del cuidado de niños de 6 a 12 meses de edad sobre la alimentación complementaria, con la finalidad de garantizar un conocimiento profundo y lograr mejoras en el estilo de vida con una alimentación de calidad y evitar problemas nutricionales en el niño. Además de mejorar la consejería alimentaria que se brinda durante los controles del niño en el consultorio de Atención Integral de Salud del niño (a).
2. A la gerencia del Centro de Salud San Juan Baustista, fortalecer el paquete de atención integral al niño con el trabajo en equipo, para que los niños que acuden al establecimiento que están en riesgo nutricional, se mantengan con un estado nutricional normal.
3. Difundir los resultados de la investigación a las universidades, y sociedad, para que juntamente con la municipalidad realicen actividades de promoción y prevención del estado nutricional del niño.
4. Al sector salud, enfatizar mayor coordinación con el sector educación y ONGs que trabajan el tema de alimentación complementaria, para promover la alimentación adecuada en los niños menores de 1 año.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. LOS ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS/ALBA LACTANCIA MATERNA; tema 4. [En línea].2019.[Acceso 25 mayo 2019].Disponible en:
<https://albalactanciamaterna.org/lactancia/...4...ninos.../los-alimentos-complementarios/>
2. TERRONES M. Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses. Centro de Salud Micaela Bastidas, 2013. [Tesis de pregrado].Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, Afiliada a la Universidad Ricardo Palma; 2013. Disponible en:
cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/395
3. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.[En línea].2011.[Acceso 25 abril 2019].Disponible en:
dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5739/1685.pdf?sequence=3
4. ZAMORA Y. RAMÍREZ E. Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad. [Revista en línea]. 2013. [Acceso 30 de mayo 2018]. Vol 11 Núm 1, Pág. 38-44.Disponible en:
revistas.unitru.edu.pe/index.php/facenf/issue/viewFile/59/60
5. BERMUDO F. y GONZALES A: Intervención del Programa Juntos y su Influencia en la Salud de los Niños Beneficiarios de la Provincia de Acobamba, 2007. [Tesis pregrado]. Huancavelica: Universidad Nacional de San Cristobal de Huamanga, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería; 2008.
6. ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA. Desnutrición y Causas. [En línea] 2006. [14 de agosto de 2018]; Disponible en
[:http://www.gog.gab.gov.ar/documentos/unicef06/fs01sp.htm](http://www.gog.gab.gov.ar/documentos/unicef06/fs01sp.htm)
7. VALLEJO M. CASTRO L. CERESO M. Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa - Colombia. Revista Universidad y Salud; 2016.Pág.113-125.
8. CAROLINA M. Creencias, prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses. Argentina: Universidad FASTA; Facultad de Ciencias Médicas;2014.Disponible en:

9. BUSTAMANTE J. ZHAGÑAY P. Estado nutricional de niños/as menores de 5 años que acuden al centro de desarrollo infantil Buen Vivir Los Pitufos de la Parroquia El Valle-Ecuador; 2014.
10. SÁNCHEZ L. Nivel de conocimientos sobre ablactación que presentan los padres de familia de la estancia Cendi Mexiquense. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Nutrición].UAEM, Toluca, México; 2014.
11. GARCIA I. Caracterización de prácticas de alimentación complementaria a la lactancia materna que realiza la madre del niño (a) de 6 meses a un año de edad en la Etnia Mam, en la Jurisdicción 2, Ixtahuacán. Huehuetenango. [Tesis de pregrado]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de ciencias de la salud, Escuela de Enfermería; 2014.
12. TOVAR M. Evaluación de la alimentación y del estado nutricional de niños de 6 a 12 meses que asisten al Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Faucett -Callao. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2018.
13. RAMÍREZ M. Nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud de Morro Solar de Jaén, 2017. [Tesis de Pregrado]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2018.
14. MEJÍA R. MEZA Y. MORALES L. Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED Centro Salud Parcona, 2016. [Tesis de Pregrado]. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Facultad de Enfermería; Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2017. Disponible en:
repositorio.unica.edu.pe/bitstream/handle/UNICA/2877/44.pdf?sequence=1...y
15. CORDERO S. Conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y estado nutricional de niños de 6 a 12 meses Puesto de Salud los Quechuas Independencia –Lima. [Tesis de Pregrado]. Trujillo: Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2017.

16. GERVACIO G. Nivel de conocimiento y práctica sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses, Puesto de Salud Amado Velásquez, 2017. [Tesis de Pregrado]. Huacho: Universidad San Pedro, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería; 2018.
17. GARCÍA M. Conocimiento de las madres de niños de 6 a 11 meses sobre alimentación complementaria en el Puesto de Salud Canchi Grande, Juliaca – Perú 2016. [Tesis de pregrado]. Puno: Universidad Nacional del Antiplano, Escuela profesional de Enfermería; 2017.
18. ZURITA M. Conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de 2 años sobre alimentación complementaria, en un Centro de Salud, San Miguel 2016. [Tesis de Lic. en Nutrición]. Lima: Perú Universidad Nacional Mayor De San Marcos Facultad de Medicina E.A.P. De Nutrición; 2017.
19. TASAYCO A. Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres relacionadas al estado nutricional en niños menores de 1 año Centro de Condorillo – Chinchá. [Tesis de Pregrado]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Facultad de Enfermería, Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2016.
20. LEÓN R. Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud de Revolución, 2015. [Tesis de Pregrado]. Juliaca: Universidad Peruana Unión, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería; 2016.
21. OCHOA N. Alimentación complementaria y estado nutricional en niños de 6 meses a 2 años, atendidos en el Centro de Salud Jorge Chávez. [Tesis de Licenciatura]. Puerto Maldonado: Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios, Escuela Académica de Enfermería; 2016.
22. SONCCO R. Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional en niños menores de 1 año Aclas-Umari Tambillo 2015. [Tesis de Licenciatura]. Huánuco: Universidad de Huánuco, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
23. CASTRO K. Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un Centro de San Juan de Miraflores, 2015. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Facultad de Medicina, E.A.P. De Enfermería; 2016.
24. OLIVARES G. Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y su relación con el crecimiento y desarrollo en niños de 6 a 12 meses del Centro Salud

- San Jerónimo – Huancayo. [Tesis de pregrado]. Huancayo: Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería; 2016.
25. RUIZ M, PINEDO, M. Actitudes y prácticas sobre la alimentación complementaria en madres y el estado nutricional de niñas (os) de 6 a 12 meses, atendidos en la unidad de salud del niño, Centro de Salud de Morales, periodo Junio – Octubre 2016. [Tesis de pregrado]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín, Escuela de Enfermería; 2014.
26. OROSCO L. Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que acuden al Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Privada Arzobispo Loayza, Carrera Profesional de Enfermería, 2015.
27. MARTÍNEZ E. y ZEVALLOS M. Conocimientos de las madres sobre calidad de la alimentación complementaria y estado nutricional de niños de 6 a 12 meses- Centro de Salud Francisco Bolognesi Cayma, 2014. [Tesis de pregrado]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Facultad de Enfermería Escuela Profesional de Enfermería; 2015.
28. DEL AGUILA A. y DEL AGUILA J. Prácticas de alimentación complementaria y estado nutricional en niños de 6 a 24 meses, atendidos en los Centros de Salud 6 de Octubre, 9 de Octubre y Manuel Cardozo, del Distrito de Belén, 2015. [Tesis de Lic. En Bromatología y Nutrición Humana]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Escuela de Formación Profesional de Bromatología y Nutrición Humana.; 2015.
29. HUAMAN M. y VIDAL G. Nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al Centro de Salud de Huachac, 2014. [Tesis de pregrado]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú; Facultad de Enfermería; 2014.
30. VERGARA T. Nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño de 06 - 12 meses del C.S. Ciudad Nueva. [Tesis de Pregrado]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional De Enfermería; 2014.
31. SUÁREZ Y. YARROW K. Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y su relación con la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2

- años que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal, 2013. [Tesis de pregrado]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Enfermería, Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2014.
32. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Construcción Social de Aprendizajes Significativos en base al conocimiento. [En línea]. 2004 [Citado 21 de Agos.2018]. Disponible en:
<http://www.saludpublica.com.pe/salud300recursoshumanos.html>.
 33. BUNGE M. “La ciencia su método y filosofía”. Editorial Siglo XX. Buenos Aires. Argentina. Pág. 23.
 34. .ADUNI. “Enciclopedia de Psicología”. Editorial Lumbreras. Lima-Perú, 2006. Pág. 34.
 35. LUQUE J. (1993).” El Conocimiento”. Seville. Recuperado el 10 de Septiembre de 2015.
 36. KANT. “Conocimiento y racionalidad: El Uso Practico de la Razon”. [Monografía en línea]. 2002 [Citado 21 de julio.2018].Disponible en:
<http://www.casadellibro.com/libro-kant-conocimiento-y-racionalidad-el-uso-practico-de-la-razon-n-15-vol-2>
 37. TOALA M. Academia, metodologia de la investigacion. [Monografía en línea]. 2014 [Citado 21 de julio.2018]. Disponible en:
http://www.academia.edu/9208269/metodologia_de_la_investigacion.
 38. ROSSENTAL. INDIN. “Diccionario Filosófico”. Ediciones Universo, Lima- Perú 1987.
 39. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, ENFERMERIA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD. [En línea]. 2016 [Citado 13 julio 2018]. Disponible en:
www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/aula_acredit_eps.pdf.
 40. ANDREU R. y SIEBER S. La Gestion integral del Conocimiento y del Aprendizaje. España: [Revista en línea]. 1999 [Citado 13 julio 2018]. Disponible en: [R Andreu, S Sieber - Economía industrial, 1999 - europa.sim.ucm.es](http://europa.sim.ucm.es)
 41. INVESTIGACIÓN METODOLOGICA: EL CONOCIMIENTO [En línea]. 2013 [Acceso el 13 julio 2018]. Disponible en:
metodologia-investgacion.blogspot.com/2014/09/el-conocimiento.html.
 42. DURAND D. Relación entre el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre alimentación infantil y el estado nutricional de niños preescolares en la institución

- educativa inicial N°111-Callao. [Tesis en pregrado]. Lima: UNMSM; 2008.
43. SÁNCHEZ H. y REYES C. Metodología y Diseños en la Investigación Científica. 2009. Lima: [Monografía en línea]. 2014. [Citado 13 julio 2018]. Disponible en:
<https://ramonchung.wordpress.com/las-escalas-de-medicion-y-su-importancia-en-u>
 44. MINISTERIO DE EDUCACIÓN. Programa de formación continua de docentes en servicio de la educación, manual para el docente. Primera ed. Lima: Trevejo; 2002.
 45. MINISTERIO DE EDUCACIÓN. “Evaluación de los Aprendizajes”. Primera ed. Castillo, editor. Lima: Publicaciones del Ministerio; 2001.
 46. DÍAZ J. “Hábitos y costumbres que influyen en la alimentación de Latinoamérica y el Caribe” 3ra edición. Cuba. Editorial CEAL 2009. pag. 113-217
 47. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La alimentación del lactante y del niño pequeño modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, DC. OPS: 2010. Disponible en:
http://whlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf?ua=1
 48. MINISTERIO DE SALUD. Guía de Alimentación. Perú. [En línea]. 2000 [Acceso 15 de julio]. Disponible en:
www.minsa.gob.pe/serumsbvs/SupportFiles/alimentacionnutricion.htm
 49. DOOR LEON. “Situación Nutricional en el Perú”. 1ra Edición, OPS-OMS; Perú, Lima. Pág. 117.
 50. CÁRDENAS, L. Relación entre el nivel de conocimientos y Prácticas sobre Alimentación Complementaria en madres de Niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2009. [Tesis de pregrado] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
 51. DAZA W. y DADAN S. Alimentación complementaria en el primer año de vida. [Revista en línea]. 2016 [Acceso 3 de Julio 2018]. Vol. 8 N° 4. Universidad El Bosque. Disponible en:
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/1952/Churata_Arias_Hayluz_Gretty.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 52. EL FONDO DE LAS NACIONES ÚNICAS PARA LA INFANCIA. La desnutrición infantil, causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento [En

- línea]. 2011 [Acceso 12 de Agosto 2018]; Disponible en:
<https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>
53. FRANCO E. Alimentación complementaria del lactante. Unidad de Nutrición. Departamento de Pediatría y Cuidado Infantil. Facultad de Medicina. UFRO. México. [Monografía en línea].2012 [Acceso 23 abril. 2018]. Disponible en:
<http://studylib.es/doc/192343/alimentaci%C3%B3n-complementaria>
54. ADRA PERÚ. Rotafolio de nutrición coma sano, viva sano. 4ta edición editorial Esmirna SAC. Ancash- Perú 2008.
55. PISCOCHE N. Conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, 2011. [Tesis de pregrado].Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, E.A.P. De Enfermería; 2012.
56. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación y nutrición en madres de niños menores de tres años, gestantes y escolares. Lima. [En línea].2004 [Acceso 11 de Abril 2018]. Disponible en:
http://www.ins.gob.pe/RepositorioAPS/0/5/par/PUBLICACION04022011/Estudio_CAP.pdf
57. MINISTERIO DE SALUD. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú, 2004. Lima. [En línea] 2004 [Acceso 13 Febrero 2018]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/ins/158_linnut.pdf
58. BARTOLOMÉ L. Relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad, que asiste al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud supte san Jorge, 2016.[Tesis de pregrado]. Tingo María: Perú Universidad de Huánuco, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa Académico de Enfermería; 2017.
59. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Alimentación complementaria del niño de 6 a 12 meses. [En línea].Lima: MINSA; 2015. [Acceso 14 enero 2018].Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/lactante_6_24_meses.asp.
60. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, EL FONDO DE LAS NACIONES

- ÚNICAS PARA LA INFANCIA y LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PEDIATRIA. Comité de Lactancia, 2010. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_14-sp.pdf.
61. MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos de gestion de la estrategia sanitaria de alimentacion y nutricion saludable. [En linea]. 2011 [Acceso 9 de Julio 2018]. Disponible en :http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/not/temdif73/lineamientos%20_ESNAN_S_FINAL.pdf
 62. MINISTERIO DE SALUD. Centro nacional de alimentación y nutrición. lineamientos de nutrición materno infantil del Perú. [En linea]. 2004 [Acceso 13 de Noviembre del 2017]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/ins/158_linnut.pdf.
 63. MINISTERIO DE SALUD. Guía de Alimentación. Lima-Perú.2000.Pág. 28
 64. Documento Técnico. Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos paraPoblación Materno Infantil. Lima, 2013 [En linea]. 2013 [Acceso 13 de Noviembre del 2017]. Disponible en: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros_lamejo_cenan/Documento_Tecnico %20de%20Sesiones%20demostrativas.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros_lamejo_cenan/Documento_Tecnico%20de%20Sesiones%20demostrativas.pdf)
 65. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación y nutrición en madres de niños menores de tres años, gestantes y escolares. Lima. [En línea].2004 [Acceso 11 de Abril 2018]. Disponible en: [http://www.ins.gob.pe/RepositorioAPS/0/5/par/PUBLICACION04022011/Estudio _CAP.pdf](http://www.ins.gob.pe/RepositorioAPS/0/5/par/PUBLICACION04022011/Estudio_CAP.pdf)
 66. MINISTERIO DE SALUD. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú, 2004. Lima. [En línea] 2004 [Acceso 13 Febrero 2018. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/ins/158_linnut.pdf
 67. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Reglas para la preparación higiénica de los alimentos. Publicación Científica y Técnica N° 578 Washington. DC. [En línea] 2004 [Acceso 15 de noviembre 2017]. Disponible en : <https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/salud-estilos-vida/alimentacion-saludable/reglas-oro-oms-preparacion-higienica-alimentos>

68. BENITES J. Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja, Enero 2007. [Tesis de pregrado]. Lima: UNMSM; 2007.
69. MAPFRE 2012 Clasificación de los alimentos. Disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/propiedadesalimentos>
70. Asociación De Apoyo a la Lactancia Materna y Crianza Con Apego. Alergia Alimentaria y Lactancia Materna. [En línea]. Valencia: SINA; 2010. [Acceso 27 Diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.asociacionsina.org/2009/06/04/alergias-alimentarias-y-lm/>
71. MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. 1a ed. Perú; 2011.
72. ZAVALETA S. Conocimiento de la Madre sobre alimentación complementaria y el Estado Nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio CRED en el P.S. Cono Norte 1er Trimestre 2012. [Tesis pre grado]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2013.
73. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Alimentación complementaria: [En línea]. 2017. [Acceso 12 de Agosto 2018]; Disponible en:
74. ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACION Y LA AGRICULTURA. [En línea]. 2011. [Acceso 19 abril 2018]. Disponible en: <http://ver-novelas-online.com/video/un-camino-hacia-el-destino-capitulo-27-miercoles-2-de-marzo-del-2016/>.
75. CORTEZ R. “La nutrición de los niños en edad pre-escolar: Aproximando los costos y beneficios de la inversión pública”. Lima 2001. Pág. 5
76. DEWEY K. Nutrition, growth and complementary feeding of the breastfed infant. Ped Clin N Amer 2001; 48:87-104. OMS/ Nutrición. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
77. MAHAN K. Nutrición y Dieta terapia de Krause. 5ta Ed. Editorial Mc Graw. España. Madrid. 2005.
78. CRUZ Y. y JONES Y. Lactancia materna, alimentación complementaria y malnutrición infantil en los Andes de Bolivia. 2010; [Revista en línea]. 2010. [Acceso 7 de junio 2018]. V.60, N°. 1 Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004
79. HERNÁNDEZ R. Metodología de la Investigación. Ed.6ta. Santa Fe/México: Mc

- Graw hill education. 2014.
80. HERNÁNDEZ R. FERNÁNDEZ C. BAPTISTA P. “Metodología de la investigación”. 3ª Edición. Editorial McGraw-Hill - México.2010.
 81. CARRASCO D. Metodología de la investigación científica" editorial San Marcos; Lima-Perú, 2005. Disponible en : https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
 82. ÁLVAREZ N. Factores de riesgo maternos relacionados con el estado nutricional en niños de guarderías en México. 2014. [Internet] [Citado 18 Jul 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5204427.pdf>.
 83. CHURATA H. Conocimientos de madres sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional de niños (as) de 12 meses - Centro de Salud Chejoña 2015. [Tesis de pregrado].Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Enfermería, Escuela Profesional de Enfermería; 2015.
 84. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, 2008. Lima, Peru” Washington.[Internet].[Citado 18 Abril 2019]. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutrcion_d_el_Nino_Pequeno\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutrcion_d_el_Nino_Pequeno(2).pdf).
 85. MINISTERIO DE SALUD. Análisis de la Situación de Salud del Perú, 1era ed. Lima. 2006. Pág.10.[Internet] [Citado 18 Abril 2019]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3358.pdf>.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ANEXO A

"CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y LA RELACION CON EL ESTADO NUTRICIONAL"

INTRODUCCION: La alimentación infantil debe cubrir adecuadamente los requerimientos energéticos necesarios y nutricionales en cada una de las etapas, a fin de promover el óptimo crecimiento y desarrollo, favorecer el establecimiento de un patrón de alimentación sana y variada.

INSTRUCCION: El cuestionario tiene como objetivo obtener información, para la cual se solicita su colaboración en forma sincera respondiendo con la mayor sinceridad posible, expresándole que se trata de una encuesta de carácter anónimo.

Marcar con un aspa (X) la opción que considere correcta, elegir solo una alternativa. No dejar las preguntas en blanco. Muchas gracias.

I. DATOS GENERALES:

a) De la madre:

1. Edad de la madre:.....

2. Lugar de nacimiento:.....

3. Grado de instrucción

- a) Analfabeta.
- b) Primaria.
- c) Secundaria.
- b) superior

4. Ocupación

- a) Ama de casa
- b) Empleada estable
- c) Empleada inestable
- d) Estudiante

b) Del el niño:

5. Fecha de nacimiento:.....

6. Sexo: M () F ()

7. Peso:.....

8. Talla:.....

9. Diagnóstico del estado nutricional (carné):.....

10. Dentición (numero de dientes):

II. CONOCIMIENTO:

1. ¿Qué entiende Ud por alimentación complementaria?

- a) Sólo leche materna.
- b) Incorporacion de alimentos semisólidos en la dieta del niño mas leche materna.
- c) Incorporacion de alimentos sólidos a la dieta del niño sin leche materna.
- d) No sabe

2. ¿A qué edad se debe empezar a dar otros alimentos aparte de la leche materna a su niño?

- a) 4 meses
- b) 5 meses
- c) 6 meses
- d) 7 meses

3. El inicio de una alimentación complementaria después de los 6 meses puede ocasionar:

- a) Mayor crecimiento en el niño y desnutrición.
- b) Aumentar el riesgo de desnutrición y deficiencia de hierro.
- c) Problemas en el habla y para caminar.
- d) Solo riesgo de desnutrición.

4. ¿Qué alimentos le brindan fuerza a su niño?

- a) Frutas, verduras
- b) Verduras, Lácteos
- c) Frutas, Grasas.

d) Tubérculos, Cereales

5. ¿Qué alimentos lo protegen de enfermedades?

- a) Frutas y verduras
- b) Verduras, Leche
- c) Frutas, Grasas.
- d) Cereales, tubérculos

6. ¿Qué consistencia debe tener los alimentos que le da su niño?

- a) Aplastados
- b) Olla familiar
- c) Picados
- d) No sabe

7. ¿Que es la sopa?

- a) Un alimento, muy rico en Vitaminas.
- b) Muy importante en la alimentación del niño.
- c) Incesaria, no alimenta, solo llena al niño.
- d) Necesario para que el niño crezca fuerte y sano.

8. ¿Cuántas veces al día alimenta a su niño?

- a) 2 veces + Lactancia Materna
- b) 3 veces + Lactancia Materna
- c) 4 veces + Lactancia Materna
- d) 5 veces + Lactancia Materna

9. ¿Cuál es la cantidad de alimentos que debe de comer su niño cada vez que lo alimenta?

- a) 3 a 5 cucharadas
- b) 5 a 7 cucharadas
- c) 7 a 10 cucharadas
- d) 1 a 3 cucharadas

9. ¿Qué combinación cree Ud. que es adecuada para el almuerzo de su niño de 6 meses?

- a) puré + hígado + fruta o jugo de fruta
- b) arroz + hígado + mate de hierba
- c) puré de papa + jugo de fruta

d) caldo de hueso de res + jugo de frutas

10. ¿Cuál es la medida de higiene para la alimentación de su niño?

- a) Lavado de manos
- b) Lavado de los alimentos
- c) conservación de alimentos
- d) Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores.

11. Los alimentos que ayudan a crecer más al niño son:

- a) Pescado + Hígado + Lentejas.
- b) Pollo + Arroz + Zanoria
- c) Lenteja + Arvejas + Papas
- d) Apio + Zapallo + Huevo

12. ¿Cuál de los siguientes alimentos nutren más al niño?

- a) Sopa y jugo de frutas
- b) Segundo y leche
- c) Puré y sopa
- d) No sabe

13. La alimentación complementaria es beneficiosa para el niño, porque:

- a) Favorece el desarrollo físico pero no la visión.
- b) Solamente lo ayuda al desarrollo físico.
- c) Brinda vitaminas y minerales pero no disminuye la probabilidad de contraer enfermedades.
- d) Favorece el desarrollo físico, psicológico y disminuye la probabilidad de Contraer enfermedades.

MEDICIÓN DE LOS RESULTADOS:

- Deficiente: 0-10 puntos
- Regular: 11-15 puntos
- Bueno: 16- 20 puntos

GRACIAS POR SU GENTIL COLABORACIÓN.

AUTOR: Jenny Rocío Benites Castañeda, modificado por las estudiantes Gladys Meneses Mucha y Mariluz, Ochoa Roca.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ANEXO B

ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 A 12 MESES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN JUAN BAUTISTA ENTRE OCTUBRE Y DICIEMBRE, AYACUCHO, 2018.

Peso:.....

Talla:.....

Número de control en CRED.....

HISTORIA CLINICA DEL NIÑO	EDAD	ESTADO NUTRICIONAL			
		Normal	Desnutrición crónica	Desnutrición aguda	Desnutrición global

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo identificado con DNI Nro.....he sido invitado/a por las investigadoras a participar en el estudio denominado “**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES, CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA - AYACUCHO, 2018**”. Este es un proyecto de investigación científica.

Entiendo que la información será confidencial y solo conocida por el equipo de investigación. Además, mi identidad será conocida solamente por las investigadoras, ya que mis datos serán registrados con un seudónimo, por el cual me comprometo a participar en el programa de intervención física y dar la información fidedigna para el estudio, debido a que este acto no compromete mi integridad, física y psicológica. Para dar conformidad firmo este acto.

Lugar y fecha.....

FIRMA Y HUELLA.

OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	VALOR FINAL
V. I: Nivel de Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria.	Es la facultad consciente de comprensión, entendimiento, que es propio del pensamiento, percepción, inteligencia y razón, acerca del suministro de sustancias alimenticias que proporciona al ser humano (proteínas, grasas, carbohidratos, minerales) necesarios para la subsistencia del niño o niña entre 6 y 12 meses.	Es toda aquella información que poseen las madres sobre aquellos alimentos que nutran y favorezcan el crecimiento al niño de 6 a 12 meses, de modo que se evidencie en él un desarrollo físico y mental adecuado, por lo cual esta variable será medida a través de una encuesta.	Edad de inicio de la alimentación complementaria Definición de la alimentación complementaria Contenido de los alimentos Características de la alimentación complementaria: • Cantidad de los alimentos. • Frecuencia de los alimentos. • Consistencia de los alimentos.	-Antes de los 6 meses. -A los 6 meses. -Después de los 6 meses. -Concepto de alimentación complementaria -Proteínas -Carbohidratos -Vitaminas -Minerales -Grasas -N° de cucharadas. -Número de veces que come el niño al día. -semisólidos (papillas). -Sólidos(olla familiar)	ORDINAL	Nivel de conocimiento: Bueno: 16 - 20 puntos. Regular: 11 - 15 puntos. Deficiente: 0 – 10 puntos.

			Combinacion de los alimentos. Beneficios de la limentacion complementaria. Medidas de Higiene.	-Alimentos que debe incluir la dieta del niño. -Beneficio para el Crecimiento y desarrollo. -Preparacion de alimentos -Utensilios.		
V.D.: Estado Nutricional	Es la condición física que presenta el niño entre las edades de 6 a 12 meses, como resultado del balance entre sus necesidades e ingesta de energía y nutrientes. Es el resultado que se obtiene de evaluar el peso y talla en relación a la edad y según el sexo de la persona.	Es el resultado que se obtiene de evaluar el peso talla y edad, según sexo del niño de 6 a 14 meses, siendo medida en grados de normalidad y déficit por medio del cálculo de la adecuación porcentual.	Antropometria	Peso para la Edad (P/E). Talla para la Edad (T/E). Peso para la Talla (P/T).	ORDINAL	Desnutrición Global Desnutrición Crónica Desnutrición Aguda Normal

ANEXO E
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES. CENTRO DE SALUD SAN JUAN BAUTISTA - AYACUCHO, 2018”

I.PROBLEMA	II. OBJETIVOS	III. HIPÓTESIS	IV:VARIABLES/DIMENSIONES- INDICADORES	V.METODOLOGÍA
PROBLEMA CENTRAL: ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimientos sobre la alimentación complementaria de las madres y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2018? PROBLEMAS ESPECÍFICOS: ¿Cuál es el nivel de conocimientos de la madre sobre la alimentación complementaria del niño de 6 a 12 meses del centro de	OBJETIVO GENERAL: - Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de sobre la alimentación complementaria de las madres y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses del centro de salud de San Juan Bautista, Ayacucho, 2018. OBJETIVO ESPECÍFICOS: - Identificar el nivel de conocimientos sobre la alimentación complementaria en las madres del niño de 6 a 12 meses del Centro de Salud	HEPOTESIS GENERAL: Hipótesis de estudio (Hi): Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses. Centro de salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2018. Hipótesis nula (H0): No existe relación significativa entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12	VARIABLE INDEPENDIENTE: -Alimentación complementaria. VARIABLE DEPENDIENTE: - Estado nutricional. DIMENSIONES / INDICADORES: CONOCIMIENTO: Edad de inicio de la alimentación complementaria. -Antes de los 6 meses. -A los 6 meses. - Después de los 6 meses. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Definicion del la alimentacion complemetaria. -Concepto de A.C. Contenido de los alimentos. -Proteínas -Carbohidratos -Vitaminas -Minerales	TIPO DE INVESTIGACIÓN: No experimental del tipo transversal NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Descriptiva DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo-correlacional

salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2018? • ¿.Identificar el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses del centro salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2018?	de San Juan Bautista, Ayacucho, 2018. • Evaluar el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses del Centro de Salud de San Juan Bautista, Ayacucho, 2018.	meses.Centro de salud San Juan Bautista, Ayacucho, 2018.	-Grasas Clasificacion de alimentacion complementaria -Cantidad (N° de cucharadas) -Frecuencia (Número de veces que come el niño al día). -Consistencia (Semisólidos y Sólidos) -Combinacion -Alimentos que debe incluir en la dieta Del niño Beneficios de la alimentacion complementaria -Para el Crecimiento y desarrollo. Medidas de Higiene. -Preparacion de alimentos -Utensilios. ESTADO NUTRICIONAL: Peso para la edad (P/E) -Desnutrición Global Talla para la edad (T/E) -Desnutrición Crónica Peso para la talla (P/T) -Desnutrición Aguda. Normal	
--	---	---	---	--

