

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**  
**Nuevos Tiempo, Nuevas Ideas**  
**FACULTAD DE ENFERMERIA**



**TEMA:**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN  
COMPLEMENTARIA EN MADRES RELACIONADAS AL ESTADO  
NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CENTRO DE  
CONDORILLO - CHINCHA 2016”**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADO DE ENFERMERIA**

**AUTORA: ANA CECILIA TASAYCO HUAROTE**

**LIMA – PERU**

**2016**

### Dedicatoria

A Dios, Todo poderoso

A mí querida hija Zharick, que es mi motivo

Y fortaleza

A mis padres Marcelino y Susana por su

Amor y apoyo.

A mi pequeña María en el cielo.

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a la universidad INCA GARCILASO DE LA VEGA por haberme aceptado ser parte de ella y abrirme las puertas para poder estudiar mi carrera y formarme como profesional, así también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

Agradezco también a mi asesora de tesis Lic. Rosa Tasayco Ramos por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo de mi proyecto de tesis.

Agradezco con mucho cariño a la posta medica de Condorillo Alto por haberme brindado toda su colaboración y apoyo en la realización de mi proyecto de tesis.

## INDICE

Pág.	
	Dedicatoria 2
	Agradecimiento 3
	Índice 4
	Abstract 6
	Resumen 7
	Introducción 8
	<b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>
	1.1. Descripción de la realidad problemática 9
	1.2. Definición del problema 12
	1.3. Objetivos de la investigación 13
	1.4. Finalidad e importancia 14
	<b>CAPITULO II: FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION</b>
	2.1. Bases Teóricas 15
	2.2. Estudios Previos 39
	2.3. Marco conceptual o Definición de términos básicos 45
	<b>CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES</b>
	3.1. Formulación de Hipótesis 48
	3.1.1. Hipótesis General 48
	3.1.2. Hipótesis Específicos 48
	3.2. Identificación de variables 48
	3.2.1. Clasificación de Variables 48
	3.2.2. Definición Constitutiva de variables 49

3.2.3. Definición operacional de variables	49
CAPITULO IV: METODOLOGIA	
4.1. Tipo y nivel de investigación	51
4.2. Descripción de Métodos y Diseño	51
4.3. Población, muestra y muestreo	51
4.4. Consideraciones éticas	51
CAPITULO V: TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	
5.1. Técnicas e instrumentos	57
5.2. Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos	57
CAPITULO VI: RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
6.1. Presentación, análisis e interpretación de datos	59
6.2. Conclusiones	77
6.3. Recomendaciones	78
BIBLIOGRAFIA	79
ANEXOS	85

## RESUMEN

El presente trabajo de la investigación incluye como tema central “Nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria en madres relacionadas al estado nutricional en niños menores de 1 año.

La alimentación complementaria radica en la adecuada ingesta de alimentos que el niño consuma para cubrir sus necesidades y poder desarrollarse saludablemente, de allí la importancia del conocimiento de la madre que asegure un estado nutricional en su niño a partir de los seis meses. 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 Chincha 2016. Material y métodos: 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 validado 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. ( $\chi^2 = 20.92$ ). **Palabras clave: Conocimiento, alimentación complementaria, estado nutricional.**

## **ABSTRAC**

The present work of the investigation includes as central theme level of knowledge about the food complementation in mothers related to nutritional status in 1-old children

Complementary feeding lies in the proper intake of food that the child gets to meet their needs and to develop healthily, hence the importance of knowledge of the mother that ensures your child nutritional status after six months. The aim of the study was to determine the relationship between the level of knowledge about complementary feeding mothers and nutritional status of children 6 to 12 months Health Center Condorillo High Chincha 2016. Material and Methods: For data collection was used the survey technique whose instrument was a questionnaire for the level of knowledge and document analysis to establish the nutritional status using a nutritional profile, both instruments were previously validated through expert judgment, whose reliability was demonstrated through the coefficient alpha Cronbach. Results: The mothers surveyed were aged between 23-29 years (36%); with secondary education (67%); working-occupation (43%), common law marriage (52%); were 2 to 3 children (52%). Regarding the level of knowledge on complementary feeding was half (48%); while the nutritional status was normal according to the P / E indicators; TEA; P / T (79%, 79% and 81%), besides highlighting that older mothers had better knowledge also mothers with secondary education had better knowledge. Conclusions: it was shown that the correlation between the level of knowledge about complementary feeding mothers and their nutritional status of children 6 to 12 months. ( $X^2 = 20.92$ ).

**Keywords: Knowledge, complementary feeding, nutritional status.**

## INTRODUCCIÓN

Alimentación complementaria: hace referencia a los nuevos alimentos que complementan a la leche materna, pero no la sustituyen. En la alimentación del niño que acaba de cumplir los 6 meses de edad se inicia una etapa llamada alimentación complementaria, la cual consiste en la introducción de nuevos alimentos en la dieta del niño diferentes de la leche materna y adicional a ella.

La alimentación complementaria radica en la adecuada ingesta de alimentos que el niño consuma para cubrir sus necesidades y poder desarrollarse saludablemente; es por ello que el inicio de esta etapa es sumamente de importancia ya que es un factor que lo protegerá de diferentes enfermedades de índole gastrointestinal, nutricional u otras complicaciones que podrían ocasionar riesgos a futuro que luego se van a reflejar en tasas altas de morbimortalidad infantil.

Es de este modo que las madres durante la alimentación complementaria emplean sus conocimientos para alimentar a sus niños, la mayoría influenciadas por diversos factores sociales y o culturales y que tienen consecuencia en las prácticas alimenticias.

Es por ello que el estado nutricional de los niños puede estar influenciado de manera decisiva por los conocimientos que tienen las madres a la hora de alimentarlos ya que son ellas las que van a dar inicio y seleccionar los alimentos que deberá consumir el niño como cantidades y frecuencia.

Es por eso que el presente estudio busca determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño.



CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. El cual incluye la descripción de la realidad problemática, definición del problema, objetivos de la investigación, finalidad e importancia.

CAPITULO II: FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION; donde se incluyó las bases Teóricas, estudios Previos y marco conceptual o Definición de términos básicos.

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES, el cual abarca la formulación de Hipótesis considerando hipótesis General, y específicas, identificación de variables, clasificación de Variables, definición constitutiva de variables y definición operacional de variables.

CAPITULO IV: METODOLOGIA, el cual incluye tipo y nivel de investigación, descripción de métodos y diseño, población, muestra y muestreo y consideraciones éticas.

CAPITULO V: TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS, conformado por técnicas e instrumentos, plan de recolección, procesamiento y presentación de datos.

CAPITULO VI: RESULTADOS, CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES, donde se incluyó la presentación, análisis e interpretación de datos, conclusiones, recomendaciones.

# CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1. Descripción de la realidad problemática

La introducción y el tipo de alimentos que se va incorporando durante el segundo semestre de vida, así como en general la alimentación en el primer año, resultan definitivos para la salud a esta edad y a posteriori, tal y como lo han demostrado estudios publicados recientemente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2014, en el mundo uno de los aspectos relevantes en el estado nutricional del niño menor de un año corresponde a sus hábitos alimenticios los cuales se inician con la alimentación complementaria, cuando esta reúne las características adecuadas se consolidan un óptimo crecimiento y desarrollo del niño.<sup>(1)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula un 45% de la carga de morbilidad de los menores de 5 años se asocia a la desnutrición. Se calcula que, en el año 2012, a nivel mundial, 162 millones de niños menores de 5 años sufrían la mayoría de los casos retraso del crecimiento y 51 millones presentaban un peso bajo para su talla, en debido a una alimentación deficiente y a infecciones repetidas; 44 millones tenían sobrepeso o eran obesos. Por término medio, solo aproximadamente un 38% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna. Son pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional; en muchos países, solo un tercio de los niños de 6 a 23 meses alimentados con leche materna cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad.<sup>(2)</sup>

En el Perú, el problema en el estado nutricional de los niños desde los seis meses no solo es la desnutrición, también está en aumento el sobrepeso. En un estudio realizado en Tacna (2012) se demostró que los niños con que presentaron sobrepeso (11%) tenían madres con conocimientos de regulares a malos, al mismo tiempo la alimentación complementaria de dichos niños era deficiente.<sup>(3)</sup>

Según MINSA, en Ica, la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, la desnutrición global presenta también una evolución estacionaria en los 4 últimos años, el sobrepeso mantuvo un discreto aumento; el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) se presentó en casi 1 de cada 7 de los niños que acuden a los EESS de la región. <sup>(4)</sup>

La información que poseen las madres sobre la alimentación complementaria que inicia a los seis meses de edad es importante para lograr un estado nutricional óptimo en el niño. En razón a ello, en una investigación realizada en Ica (2015) respecto al conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria, se obtuvo que dicho conocimiento fue medio en el 60% de ellas, además, se destaca que existía en sus hijos un 14% de sobrepeso y 6% de desnutrición. <sup>(5)</sup>

Por otro lado, en Pisco, según los resultados de una investigación realizada (2012), el comportamiento del conocimiento sobre alimentación complementaria en las madres es similar, obteniéndose que el 55% de ellas tenían nivel de conocimiento medio con tendencia a un nivel bajo en 25%.

<sup>(6)</sup> Asimismo, en Chincha, a través de una investigación realizada en el Puesto de Salud de San Isidro, el estado nutricional de niños de 6 a 11 meses arrojó un 20% de obesidad y 10% de desnutrición. <sup>(7)</sup>

En el Centro de Salud de Condorillo, existen evidencias de un inadecuado estado nutricional en niños que han iniciado la alimentación complementaria, como se sabe, este sector de Chincha alberga pobladores de diversos lugares emigrantes de la serranía de Chincha: San Juan de Yanac, San Pedro de Huacarpana y Chavín; además de Huancavelica, dicha institución de salud ha elevado su capacidad resolutoria pasando de Puesto a Centro d Salud desde hace tres años, contando con una construcción nueva, sin embargo, la existencia de porcentajes oscilantes al 10% de desnutrición y sobrepeso a lo largo del último año llevan a preocuparse por la efectividad de la alimentación proporcionada al niño, surgiendo la necesidad de identificar el conocimiento que tienen las madres respecto a la alimentación complementaria. Además, es necesario mencionar que parte de las evidencias del problema está en el

desconocimiento sobre la calidad de alimentos que proporciona, tipo y frecuencia que responden más a costumbres y parte de la cultura que a las necesidades del niño según su edad.

Frente a la problemática planteada se formula la siguiente interrogante:

## **1.2. Definición del problema**

### **1.2.1 Problema general**

PG ¿Cuál es la relación que existe entre nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres relacionadas al estado nutricional en niños menores de 1 año centro de Condorillo-Chincha 2016

### **1.2.2 Problemas específicos**

PE1. ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre alimentación complementaria en sus beneficios y el estado nutricional en niños menores de 1 año en el Centro de Condorillo – Chincha 2016?

PE2. ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre alimentación complementaria en sus medida de higiene y el estado nutricional en niños menores de 1 año en el Centro de Condorillo – Chincha 2016?

PE3. ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional según pruebas bioquímicas en niños menores de 1 año en el Centro de Condorillo - Chincha 2016?

PE4. ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional según medidas antropométricas en niños menores de 1 año atendidos en el Centro de Condorillo - Chincha 2016?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

OG Determinar cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en las madres y el estado nutricional en niños menores de 1 año en el Centro de Condorillo - Chincha 2016.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

OE1 Identificar cual es la relación que existe entre el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre alimentación complementaria en su beneficios y el estado nutricional en niños menores de 1 año en el Centro de Condorillo –Chincha 2016?

OE2. Identificar cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional en sus medidas de higiene en niños menores de 1 año atendidos en el Centro de Condorillo – Chincha 2016.

OE3. Identificar cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional según pruebas bioquímicas en niños menores de 1 año en el Centro de Condorillo - Chincha 2016.

OE4. Identificar cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional según medidas antropométricas en los niños menores de 1 año en el Centro de Condorillo - Chincha 2016.

#### **1.4. Finalidad e importancia**

La finalidad de esta investigación radica en el ámbito poblacional que abarca tal estudio, los niños menores de un año por tratarse de un grupo etáreo de mayor predisposición a riesgos y daños, necesitan una alimentación complementaria saludable que asegure su crecimiento y desarrollo.

En cuanto a la importancia es conocer el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños menores de 1 año acerca de la alimentación complementaria es relevante que al relacionarla con el estado nutricional del niño nos permite conocer la situación problema que tienen los niños en su salud y nos da las pautas necesarias para realizar el estudio de este problema.

Por la falta de conocimiento de las madres acerca del tema es que surgen una serie de inconvenientes de ofrecer prematuramente alimentos complementarios, es que interfieren con la lactancia materna, carga excesiva de solutos renales que puede producir alergia a determinados alimentos, pueden contener constituyentes perjudiciales para lactantes pequeños.

Este estudio representa un aporte significativo en la profesión de enfermería, porque la enfermera realiza la detección y seguimiento de niños con problemas nutricionales, así como la implementación de acciones preventivo promocionales en base a la educación principalmente a las madres de los lactantes con el objetivo de orientar a dichos actores sobre la adecuada alimentación de los lactantes que propicien mejorar su estado nutricional.

Consolidar una alimentación complementaria adecuada asegura un óptimo crecimiento y desarrollo del niño y por ende el cuidado de la salud del niño, libre de enfermedades prevalentes como la desnutrición, obesidad, anemia, enfermedades diarreicas, Infecciones respiratorias agudas que se suman a la carga de morbilidad en esta etapa de vida.

## **CAPITULO II: FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION**

### **2.1. BASES TEORICAS**

#### **2.1.1. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA**

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori) respecto a la alimentación que inicia a los seis meses en el niño como complemento a la lactancia materna. Dentro de las dimensiones se considera a: concepto de la alimentación complementaria, edad de inicio, frecuencia, consistencia, tipo de alimentos, higiene y entorno. <sup>(8)</sup>

Según el MINSA, el concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente. Se dice de aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de la vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad. <sup>(8)</sup>

La alimentación complementaria está definida como la introducción de alimentos diferentes a la leche materna. La alimentación complementaria junto con la LME, resultan prácticas determinantes en el proceso de crecimiento físico y desarrollo de la niña o niño. En países como el nuestro, durante el periodo de alimentación complementaria, los niños y niñas se encuentran en un riesgo elevado de desnutrición, con frecuencia los alimentos complementarios ofrecidos son de baja calidad nutricional y son introducidos demasiado temprano o tarde, en cantidades pequeñas o con poca frecuencia. Durante el periodo de 6-18 meses, la velocidad de crecimiento físico es mayor, por lo que es necesario que los alimentos complementarios puedan cubrir la brecha nutricional entre lo que necesita el niño y lo que proporciona la leche materna. Una alimentación

complementaria adecuada considera criterios de consistencia del alimento, cantidad, frecuencia y su calidad. <sup>(8)</sup>

#### Objetivos de la alimentación complementaria

La alimentación complementaria persigue varios objetivos, entre ellos:

Contribuir con el desarrollo del aparato digestivo.

Suplementar nutrientes insuficientes.

Enseñar a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes.

Colaborar con la conformación de hábitos de alimentación saludable.

Estimular el desarrollo psicosocial.

#### Requisitos de una alimentación complementaria

Los lactantes son particularmente vulnerables durante el periodo de

Transición en el que comienza la alimentación complementaria. Por lo tanto,

Para asegurarse de que se satisfacen sus necesidades nutricionales, los

Alimentos complementarios tienen que cumplir los requisitos siguientes:

- Oportuna, es decir, iniciada en el momento justo, de tal manera que no

Disminuya los beneficios del amamantamiento.

- Nutricionalmente adecuada, es decir, que brinde la energía y nutrientes adecuados para lactantes de más de 6 meses de vida.

- Segura, es decir, ofrecida y preparada higiénicamente.

- Perceptiva, es decir, brindada con afecto, respetando las necesidades del

Niño y la niña. <sup>(9)</sup>

#### Inicio de la alimentación complementaria

Los alimentos y productos alimenticios a utilizarse en la alimentación

Complementaria de la niña o el niño hasta los veinticuatro (24) meses se

Sujetarán a las siguientes normas:



La alimentación complementaria debe iniciarse a partir de los seis (6) meses de vida.

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.

Los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras, es decir, reduciendo al mínimo el riesgo de contaminación por microorganismos patógenos. Además, deben administrarse de forma apropiada, lo cual significa que deben tener una textura adecuada para la edad del niño y administrarse de forma que respondan a su demanda, de conformidad con los principios de la atención psicosocial.

Los nuevos alimentos que se brindarán al niño deberán complementar los nutrientes de la leche materna, más no los reemplazarán.<sup>(10)</sup>

El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los seis meses de edad cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica. En relación con la nutrición, porque los niños pueden mantener un aumento de peso normal y tener al mismo tiempo un déficit en vitaminas y minerales, sin manifestación clínica. Por ello se hace necesaria la introducción de otros alimentos que aporten cantidad. Como componente madurativo, porque desde los cuatro meses de edad el niño adquiere capacidades necesarias para asimilar una dieta más variada.<sup>(11)</sup>

Maduración sistémica: Al nacer, el bebé sano ya tiene reflejos de succión y deglución. Sin embargo, la capacidad para deglutir alimentos semisólidos ofrecidos con cuchara alcanza su madurez entre el cuarto a sexto mes de vida posnatal. Así mismo, los niños poseen el reflejo de extrusión, que consiste en que el niño expulsa hacia afuera con la lengua los objetos y alimentos que se acercan a sus labios, este reflejo desaparece alrededor del cuarto mes. Otro

factor que facilita el suministro de alimentos semisólidos es el control del cuello (sostén de la cabeza) y del tronco (sentarse solo), que también aparece alrededor del cuarto mes. El niño está listo para empezar a tomar otros alimentos cuando es capaz de mantenerse sentado con poco apoyo y se inclina hacia adelante al observar el alimento, mostrando interés, abre la boca fácilmente al rozar sus labios con una cuchara, no empuja con la lengua hacia afuera y puede desplazar el alimento hacia atrás y tragarlo.

Alrededor de los 4-6 meses de edad, el intestino adquiere un desarrollo suficiente para oficiar como “barrera” y en buena proporción evitar la entrada de alérgenos alimentarios. A su vez, cantidad y calidad de enzimas resultan suficientes; este aspecto, sumado al anterior, facilita la digestión y la absorción, protegiendo de intolerancias alimentarias (manifestadas, por ejemplo, con vómitos y diarreas).

Cuando la alimentación complementaria se inicia antes de los seis meses puede tener consecuencias orgánicas como: Aumento de enfermedades respiratorias, daño renal por sobrecarga de nutrientes, particularmente proteínas y minerales que el niño debe eliminar por esa vía, con el subsiguiente peligro de deshidratación porque se necesita agua adicional para excretar las sustancias de desecho, desnutrición, anemia y deficiencias nutricionales específicas por interferencias en la absorción de nutrientes presentes en la leche materna o por disminución en la ingesta de leche (LM o FI), que cubre por completo los requerimientos del niño en el primer semestre de vida y alergias.<sup>(12)</sup> Frecuencia diaria de comidas del niño según la edad

El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y las cantidades normalmente consumidas durante cada comida.

A la niña o niño amamantado sano se le debe proporcionar dos comidas a tres de manera gradual y observando sus reacciones, comidas adicionales a la lactancia materna.<sup>(13)</sup>

La capacidad gástrica del niño en comparación con la de un adulto es aproximadamente de un tercio, pero ciertos requerimientos nutricionales del

niño son cinco veces mayores, que los de un adulto debido a su actividad diaria y a los requerimientos propios por la etapa de crecimiento y desarrollo acelerado que se presenta a esta edad, es por esto que se debe tratar de cubrir sus necesidades en las porciones adecuadas en número y cantidad. La cantidad de veces que se alimente al niño va a variar y a depender de algunos factores como tiempo, dinero, ocupación de la persona encargada de alimentar al niño, pero en general existen unas recomendaciones que se debe tratar de cumplir para lograr una ingesta adecuada y por ende un desarrollo adecuado del lactante. <sup>(13)</sup>

Es recomendable iniciar con una porción a los seis meses durante unos días o una semana hasta que el niño se acostumbre e ir incrementando con dos comidas al día, puede ser a la media mañana y media tarde como una colación hasta los ocho meses. <sup>(13)</sup>

Cantidad diaria de alimentos. La capacidad gástrica de la niña o niño guarda relación con su peso (30g / kg. de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida. Se comienza a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y se aumenta la cantidad conforme crece la niña o niño mientras se mantiene la lactancia materna, se inicia con 2 a 3 cucharadas de alimento diferente a la leche materna. <sup>(14)</sup>La alimentación complementaria deberá distribuirse en varios tiempos de comida, que se irán incrementando gradualmente conforme crece y desarrolla la niña o niño según su edad, sin descuidar la lactancia materna. De esta manera también se logrará que poco a poco se vaya integrando y participando del horario de comidas tradicional de su entorno familiar. A los 6 meses se empezará con dos comidas al día y lactancia materna frecuente. <sup>(14)</sup>

Consistencia de los alimentos según la edad del niño

Iniciar la introducción de alimentos con preparaciones espesas o semisólidas (papillas, mazamoras, purés) utilizando alimentos de la olla familiar ir modificando gradualmente la consistencia conforme la niña o niño crece y desarrolla, de acuerdo a su edad, ofreciendo los alimentos aplastados, picados, hasta que la niña o niño se incorpore a la alimentación familiar. <sup>(15)</sup> Las

preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales, menestras, alimentos de origen animal, tubérculos, verduras, lácteos (derivados) y frutas. Las comidas deben tener una consistencia de papilla, sopa espesa o puré semisólido. Es importante que al comienzo la comida se pase por un cedazo para evitar que contenga grumos o trozos duros que puedan ahogar al niño. A partir de los 8 ó 9 meses, el puré puede tener una consistencia más gruesa, hasta que el niño empiece a comer alimentos picados en trozos pequeños cuando ya han aparecido los segundos molares. <sup>(15)</sup>

Para los niños de 6 a 7 meses, la alimentación se inicia con una papilla o puré que debe ser preparada inicialmente con verduras, cereales y una pequeña cantidad de carne molida de pollo, pavo o vacuno sin grasa. En el momento de servir se recomienda agregar media cucharadita de aceite vegetal (2,5 a 3 ml). Es aconsejable no agregar sal a las comidas, para no acostumbrar al niño(a) al sabor salado. El postre recomendado es el puré de fruta, al que no es necesario agregar azúcar. <sup>(15)</sup>

Alimentos recomendados. -Los alimentos ofrecidos preferentemente deben prepararse en la casa, empleando alimentos naturales, frescos y/o cocidos, pero, también, el uso de ciertos alimentos industrializados diseñados específicamente para bebés puede ser una opción eventual. Los Cereales: Los cereales para bebe son enriquecidos con hierro, le brindan a su bebe calorías adicionales, hidratos de carbono y algunas vitaminas y minerales. Ayuda a prevenir anemias y son una excelente elección hasta los 2 años de edad. Se recomienda comenzar con cereales sin agregado de frutas o vegetales. Se prefiere el cereal de arroz (sin gluten) para limitar el riesgo de alergias. Luego puede elegir los cereales de cebada o avena si ve que su bebe ha tolerado bien el cereal de arroz. <sup>(16)</sup> Vegetales y frutas: Puede comenzar a darle vegetales a su bebe unos días después del cereal, y luego siga con frutas. Las frutas y vegetales, no sólo agregarán más sabores a la nueva dieta del bebe, sino que aportarán calorías, vitaminas, minerales y fibra. Inclúyalas todos los días. Para comenzar, elija zanahorias, zapallo o calabaza, zuchinis (zapallitos o calabacín), chauchas (vainas o judías verdes) y batatas (patatas dulces o

boniato). Servirlos cocidos y hechos en puré. Ofrézcale a su bebe un vegetal nuevo por vez. Espere unos días (3 días) antes de introducirle a oro vegetal para así permitirle que se acostumbre a ese nuevo sabor. Al principio se recomienda darle vegetales en forma separada y no mezclados con otros. Algunos vegetales como la zanahorias, remolachas y espinaca contienen grandes concentraciones de nitratos. Las cantidades normales de nitratos que se encuentran en la comida y el agua no son dañinas para la salud. Sin embargo, bajo ciertas condiciones, se convierten en nitritos, los cuales pueden alterar el transporte de oxígeno en la sangre. Esta transformación es más común en bebes menores de 1 año, especialmente antes de los 6 meses. En una dieta variada, los vegetales no proveen de suficientes nitratos como para causar complicaciones. Pero para prevenir, es mejor esperar hasta los 9 meses antes de introducir remolachas y espinacas, las cuales tienen la mayor concentración de nitratos.<sup>(16)</sup> Igualmente, antes de los 9 meses es aconsejable desechar el agua de cocción de las zanahorias y usar agua fría del grifo para preparar el puré con la deseada consistencia. Se comienza con frutas como manzanas, peras, duraznos, ciruelas, damascos y plátanos. Cocínelos y haga un puré. No agregue azúcar. Con respecto a los plátanos, elija las más maduras y simplemente haga un puré. Al igual que con los vegetales, ofrézcale a su bebe una fruta nueva por vez. Esperar unos días (3 días) antes de introducirle a otra fruta para así permitirle que se acostumbre a ese nuevo sabor. Al principio se recomienda darle frutas en forma separada y no mezcladas con otras.

Recomendaciones:

Al principio, elija purés de vegetales o frutas en forma separada, no los mezcle con otros

Evite los purés o postres comerciales ya que muchas veces contienen tapioca, harinas o azúcar.

No agregue sal ni azúcar a la comida del bebe

Luego de cada comida, ofrézcale a su bebe agua para permitirle la digestión y la hidratación.

Carnes: Luego de haber comenzado con los vegetales y frutas, comience a agregar carnes a la dieta, lo recomendable es pollo, carne suave y de fácil digestión. No darle carnes antes de los 6 meses de edad. Pero si se recomienda darle algún tipo de carnes antes de los 7 meses. Es decir, entre los 6 y 7 meses debe introducirle carne en su dieta diaria. Tal como la leche, la carne provee proteínas como así también de vitaminas y ciertos minerales, especialmente hierro y zinc. Durante el primer año de vida, el niño necesita solamente una pequeña cantidad de carne.<sup>(17)</sup> Un aspecto importante en la alimentación complementaria del niño es la higiene y preparación de los alimentos, tiene como objetivo primordial, la conservación de la salud y evitar enfermedades en las personas por tanto se debe manejar y manipular adecuadamente los alimentos que van a ser consumidos. Se debe en cuenta lo siguiente: Lavado de los alimentos: el agua permite lavar los alimentos, quitando parte de los contaminantes como polvo, insecticidas, para la elaboración de los alimentos hay que tener en cuenta que debemos trabajar con el cabello cubierto y evitar trabajar inadecuadamente durante la preparación.

Guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación.

Utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos.

Utilizar tazas y tazones limpios para alimentar a los niños, de preferencia de plástico. Si no se posee utensilios especiales para él bebe utilizar la vajilla de casa, pero determinando cuales serán para él bebe, así él los reconocerá

Al iniciar la alimentación complementaria, el niño sentirá sed y se le deberá ofrecer agua en vaso en pequeñas cantidades. Es importante cuidar la higiene del agua.

Evitar el uso de biberones, dado que es difícil mantenerlos limpios.<sup>(18)</sup>

#### **2.1.1.1 BENEFICIOS DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA**

-Salud corporal, desarrollo del sistema nervioso y salud mental

Beneficios de la alimentación es indudable que la adecuada alimentación durante la infancia y la niñez temprana es vital para que los niños desarrollen su potencial humano y es fundamental para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo especialmente entre el momento de nacer hasta los dos años de edad.

Después de los seis meses, la lactancia materna exclusiva no es suficiente para satisfacer todos los requerimientos nutricionales de los bebés y niños pequeños, por lo que es necesaria la ingesta de alimentos complementarios.

Debemos tener en cuenta que, a los seis meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios alrededor de los seis meses o si son administrados de forma inadecuada, el crecimiento del niño puede verse afectado.

#### **2.1.1.2 MEDIDAS DE HIGIENE**

Una alimentación saludable no puede pasar por alto la higiene en la conservación y manipulación de los alimentos en el hogar. Para ello es importante que conozcamos y observemos algunas medidas básicas para evitar las contaminaciones de los productos a consumir. Entre ellas están:

- Lavarse bien las manos antes de manipular alimentos.
- Lávese bien las manos con agua (mejor caliente) y jabón, frotándolas bien e incluso válgase de un cepillito reservado exclusivamente para limpiar las uñas. Al terminar, séquese con una toalla limpia que lave con frecuencia o de un solo uso. (Adáptelo a sus condiciones y sea respetuoso con el medio ambiente, en caso de usar toalla de papel).
- Sanear las superficies donde vaya a manipular alimentos.

Limpie a fondo el sitio donde vaya a cortar o realizar todo tipo de manipulación de alimentos, sobre todo será imprescindible emplearse a

fondo cuando los vaya a consumir crudos. Para ello use agua caliente con algún detergente y aclare bien. Una opción buena es utilizar un poco de vinagre preparado en casa: respetuoso con el medio, bueno para la salud. En zonas geográficas donde haya mayor riesgo de contaminaciones por parásitos y el clima conlleve necesidades higiénicas especiales, tendrá que recurrir a preparados indicados para la limpieza con fines alimentarios. Educar a los niños con buenos hábitos de higiene es importante para su salud. A medida que ellos van creciendo es importante que se observe los cambios corporales, de olores y sudor. Mantener la higiene es importante no solo para prevenir infecciones o inflamaciones, como también para que los niños tengan una imagen social más aceptable. La higiene es importante pero no hay que obsesionarse con ella.

### **2.1.2. ESTADO NUTRICIONAL**

Es la situación de salud y bienestar que determina la nutrición en una persona o colectivo. Asumiendo que las personas tenemos necesidades nutricionales concretas y que estas deben ser satisfechas, un estado nutricional óptimo se alcanza cuando los requerimientos fisiológicos, bioquímicos y metabólicos están adecuadamente cubiertos por la ingestión de nutrientes a través de los alimentos. El estado nutricional se establece a través de los indicadores Peso/edad; Talla/edad y Peso/talla.

Se le puede concebir, desde el punto de vista fenoménico, como la resultante de la interacción dinámica, en el tiempo y en el espacio, de la alimentación (utilización de la energía y nutrimentos contenidos en los alimentos) en el metabolismo de los diferentes tejidos y órganos del cuerpo. Como es lógico suponer tal interacción puede estar influida por múltiples factores, desde los genéticos que determinan en gran medida la estructura metabólica del individuo y factores propios del entorno tanto de naturaleza física como química, biológica y hasta de índole social. <sup>(19)</sup>

Clasificación nutricional

- Desnutrición crónica, cuando la talla está por debajo del mínimo para la edad



- Desnutrición aguda, cuando el peso está por debajo del mínimo para la talla
  - Desnutrición global, cuando el peso está por debajo del mínimo para la edad.
  - Sobrepeso, cuando el peso está por encima del máximo para la talla.
  - Obesidad, cuando el peso está muy por encima del máximo para la talla
- (19)

#### Factores de riesgo

El control de crecimiento y desarrollo implica considerar los factores causales o asociados, que alteran de manera significativa este proceso en la niña y el niño.

#### Factores sociales y culturales

Madre adolescente o mayor de 35 años

Grado de instrucción de la madre o cuidadora

Pobreza extrema

Déficit en el acceso a servicios básicos y de salud

Déficit en la ingesta calórico- proteica

Violencia infantil o familiar, Madre trabajadora fuera del hogar, Problemas de salud mental en la familia.

Tamaño y estructura de la familia

Malnutrición materna

Stress materno

Hacinamiento

Consumo de drogas

Espacio Inter-genésico corto<sup>(19)</sup>

Mediciones del peso y talla

La confiabilidad en la toma del peso depende de:

Obtener la edad exacta

Dominio de la técnica para pesar y tomar la longitud o talla (es preferible que la medición lo realice la misma persona)

Estado emotivo del niño

Vestimenta ligera (pañal o trusa y chaqueta o polo).

Sensibilidad de la balanza y su mantenimiento.

Contar con sistema de control de calidad eficiente.

Es importante determinar el sexo y la edad correcta de la niña o niño al evaluar los datos antropométricos, ya que los estándares de referencia para el crecimiento están divididos por sexo y en categorías de edad, por mes, de llegar a registrarse la edad en forma inadecuada la evaluación del crecimiento y el estado nutricional de la niña o niño será incorrecta. <sup>(19)</sup>

Medición del peso para la niña o niño

Equipo: Una balanza calibrada en Kilos con graduaciones cada 10 gramos.

Para realizar el control de peso de los niños deben participar dos personas.

Una de ellas, que generalmente es la madre, padre o adulto responsable del cuidado del niño, se encarga de sujetar al niño y asegurarse de que el niño no se vaya caer, mientras que el personal de salud encarga de realizar la medición y registrar.

Procedimiento:

1. Fije la balanza en una superficie plana y firme, evitando así una medida incorrecta.
2. Cubra el platillo del peso con un pañal (pesado previamente)
3. Calibre la balanza en cero antes de cada pesada.
4. Solicite a los padres de la niña o niño que retire los zapatos y la mayor cantidad de ropa que sea posible.
5. Coloque al niño desnudo o con la menor cantidad de ropa, sobre el platillo, sentado o acostado (de acuerdo a la edad) y busque equilibrarlo.
6. El personal de salud se situará enfrente de la balanza y procederá a leer el peso marcado.
7. Anotar el peso leído y con aproximaciones de 10 a 20 gramos antes de bajar al niño de la balanza. Repetir la acción por dos veces para conseguir un peso exacto.

8. Registre el peso en los documentos y formatos correspondientes y compare el valor con el peso esperado para la edad.

9. Equilibre la balanza hasta que quede en cero. <sup>(20)</sup>

Medición de la longitud para la niña o niño

Equipo: Un Infantómetro de base ancha y de material consistente y un tope móvil o escuadra.

Procedimiento:

Para la medición de la longitud se necesita dos personas. Una de ellas es el personal de salud responsable de la medición y la otra persona asistente puede ser otro personal de salud o la madre, padre o adulto responsable del cuidado del niño.

1. La medición se hace con el niño en posición horizontal o echado.
2. El infantómetro debe estar ubicado sobre una superficie que este lo más nivelada posible, sin pegarlo a la pared por ninguno de sus extremos para permitir que la persona que mide y el asistente ocupen estos lugares.
3. Se coloca al niño sin gorro, moños, ni zapatos, boca arriba sobre el infantómetro, con la cabeza contra el tope fijo y con los pies hacia el tope móvil.
4. El Asistente debe situarse al extremo del infantómetro y tomar la cabeza con ambas manos colocándola de modo que toque suavemente el tope fijo.
5. La persona que mide debe situarse a un lado (lado donde se encuentra la cinta métrica), sujetando los tobillos juntos del niño y con el codo de ese brazo (Izquierdo) hacer presión suavemente sobre las rodillas del niño para evitar que las flexione.
6. Acercar el tope móvil con la mano libre (derecha) hasta que toque las plantas, ejerciendo una presión constante.
7. Leer la medida sobre la cinta métrica y anotar el número que aparece inmediatamente por delante del tope móvil.
8. Repetir la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra.
9. Una vez realizada la medición, se anotará el valor en los documentos y formatos correspondientes. <sup>(20)</sup>

### **2.1.2.1 PRUEBA BIOQUIMICA**

Las pruebas bioquímicas son una serie de análisis clínicos que sirven a la medicina como apoyo a la hora de diagnosticar infecciones por bacterias.

Las principales pruebas son:

Indol

La prueba del indol estudia la capacidad de degradar el triptófano con producción de Indol y metabolitos indólicos.

Rojo de metileno

Estudia la fermentación ácido quínta con producción de ácidos estables en el tiempo.

### **2.1.2.2 MEDIDAS ANTROPOMETRICAS**

Son las medidas del cuerpo del hombre y las estudia referentemente sin ningún tipo de porcentaje de error mínimo, ya que las medidas han de ser exactas a la par que se tomen. Se refiere al estudio de las dimensiones y medidas humanas con el propósito de valorar los cambios físicos del hombre y las diferencias entre sus razas y sub-razas sexuales.

Valoración antropométrica: peso, longitud / talla y perímetro cefálico.

Se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de la oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes) y de acuerdo a criterios establecidos.

El perímetro cefálico se mide hasta los 36 meses.

Los valores de peso, longitud o talla son utilizados tanto para la evaluación del crecimiento y la valoración del estado nutricional. <sup>(21)</sup>

Evaluación y monitoreo del crecimiento.

Según MINSa, se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos

itinerantes). □□La evaluación y monitoreo del crecimiento se realiza utilizando las medidas antropométricas (peso, longitud, talla y perímetro cefálico) las mismas que son tomadas en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud y son comparadas con los patrones de referencia vigentes, determinando la tendencia del crecimiento.

A través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso, así como de longitud o talla de acuerdo a la edad de la niña o el niño y de acuerdo a los patrones de referencia.

El monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una línea denominada curva o carril de crecimiento, que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual de la niña o el niño<sup>(21)</sup>

El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia se clasifica en:

- a. Crecimiento adecuado: Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad ( $\pm 2$  DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.
- b. Crecimiento inadecuado: Condición en la niña o niño que evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva; por lo tanto, la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad ( $\pm 2$  DE).(25)

#### Clasificación del estado nutricional

De acuerdo a la Norma técnica de Control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años (2012) aprobado por MINSA y Adaptado por la OMS.

Peso para la Edad	Talla para la edad		Peso para la talla
Puntos de corte (DE)	Peso/Edad	Peso/Talla	Talla/Edad
>+ 3		Obesidad	
>+ 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 a – 2	Normal	Normal	Normal

< - 2 a – 3	Desnutrición	D. Aguda	Talla baja
< - 3		D. severa	

Es un índice usado comúnmente en el control del crecimiento de los niños, en las historias clínicas y carnés de crecimiento.

Sus principales ventajas son: Es fácil de obtener con poco margen de error.

- Si se tiene un número adecuado de controles, es sensible para detectar cambios en el seguimiento longitudinal de un niño
- Es el índice más conocido por los trabajadores de salud.
- Sin embargo, también tiene desventajas importantes:
- En niños mayores de un año puede sobre estimar la desnutrición
- No permite diferenciar adelgazamiento (desnutrición aguda) de retardo del crecimiento (desnutrición crónica). Un niño de la misma edad y peso puede estar adelgazado, tener un peso adecuado para su talla o incluso ser obeso, dependiendo de la talla. <sup>(22)</sup>

#### Talla para la Edad

El incremento de talla es más lento que el incremento de peso. Los estados de deficiencia de talla suelen presentarse más lentamente y también recuperarse más lentamente.

Las ventajas de este índice son:

- Refleja la historia nutricional del sujeto.
- Estima el grado de desnutrición crónica.

Las principales desventajas son las siguientes:

- Requiere conocer con exactitud la edad.
- La talla es más difícil de medir que el peso y tiene un mayor margen de error.
- No permite medir el grado de adelgazamiento o desnutrición aguda.

#### Peso para la Talla

Este índice compara el peso de un individuo con el peso esperado para su talla y esto permite establecer si ha ocurrido una pérdida reciente de peso corporal (desnutrición aguda).

Las principales ventajas son las siguientes:

- No se requiere conocer la edad del niño

- Determina bien al niño adelgazado agudamente de aquel que tiene desnutrición crónica

Algunas desventajas son las siguientes:

- Exige la determinación simultánea de peso y talla
- El personal de salud no está muy familiarizado con su uso
- No permite determinar si existe retardo del crecimiento.

Las evaluaciones transversales del estado nutricional deben incluir los índices P/T y T/E para determinar si hay desnutrición aguda (adelgazamiento), desnutrición crónica (retardo del crecimiento) o ambas<sup>(23)</sup>

## **. CONOCIMIENTO**

La adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio, etc.). A medida que crece el conocimiento se da tanto el cambio cualitativo por haber en ello un incremento de reorganización del conjunto y de adquisición de los mismos<sup>(24)</sup>

Según Bunge, las cosas existen independientemente de que se las conozca o no. Existen de modo objetivo, al margen del conocimiento, fuera de la conciencia. La realidad es objetiva porque existe sin depender de la voluntad y la conciencia del ser humano. Las cosas han existido incluso antes de la aparición del ser humano y pueden seguir existiendo con la extinción de la especie humana. El conocimiento se construye y reconstruye constantemente, se va desarrollando con el paso del tiempo. Con el acontecer del tiempo se van realizando más y más investigaciones que aportan datos nuevos para la comprensión de la realidad. Para que se dé el proceso de conocimiento se necesita del objeto de estudio, lo susceptible de conocer; y del sujeto, el ente que conoce, poseedor de conciencia en la cual se refleja el conocimiento. La conciencia, el conocimiento, es una cualidad única de los seres humanos dotados de razón. El ser humano tiene la facultad de pensamiento, la capacidad de conocer.

EL ser humano vive en un mundo material y está ligado al mismo por múltiples vínculos. La persona no es un simple espectador, se encuentran

en interdependencia con su medio. La relación del ser humano con la realidad no se limita sólo en conocerla, dicha relación trasciende a la acción, el ser humano actúa en el medio, en la realidad, es dependiente del mismo y actúa sobre él. Para conocer el mundo hay que estar en él, adaptarse a sus condiciones, a sus leyes, modificarlo según las necesidades.

El conocimiento es todo lo que adquirimos mediante nuestra interacción con el entorno, a través del aprendizaje diario, es el resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de una forma que es única para cada persona. <sup>(25)</sup>

### **. El conocimiento científico**

Este tipo de conocimiento humano no se basa en la percepción de verdad que tengan las personas; sino que aspira a la verdad con independencia de quién percibe el mundo y cómo lo percibe. Para Popper es un intento por universalizar, mediante el riguroso control de las pruebas que se aportan, un conocimiento comprobado, verificado y sometido a pruebas de falsación, observación metódica, experimentación y renovación.

Hoy en día, el conocimiento científico oferta una "visión" amplia de lo que ofrece. Para Lakatos, la ciencia son programas de investigación que van más allá de los análisis de hechos, conjeturas y refutaciones. El propio Bunge avanza que, al ser la ciencia un soporte para la tecnología, la economía y la política se ven mediatizadas por ella. La ciencia, en el presente, ha de considerar una vertiente social y su impacto en la comunidad. <sup>(26)</sup>

Lo que caracteriza al conocimiento científico son la clase de pruebas que aporta y cómo las consigue. Al procedimiento de conseguir pruebas para este tipo de conocimiento, se le ha venido en llamar método científico. Las pruebas que se suelen manejar son del tipo acumulativo, lógicas-deductivas, estadísticas, experimentales y estocásticas. Cada una de ellas exige, aplicadas a la ciencia, un riguroso control, un intento de imparcialidad, un orden y sistemática, unos protocolos de verificación o falsación y un acceso comunicativo a los resultados que se obtengan. <sup>(27)</sup>



Asimismo, se consideran complementarias y no opuestas, el tipo de pruebas, considerando a la experiencia, al razonamiento y a la investigación partes integrantes que no se excluyen entre sí. No obstante, estas tres facetas comparten un bagaje empírico; esto es, que la experiencia es un denominador común. En dos sentidos entendemos el vocablo experiencia. Uno, el más restringido y el más riguroso, como experimento. El otro, en un sentido más amplio, como un uso, costumbre, práctica o vivencia; que derivan en inferencias y enunciados acerca de las circunstancias que concurren. <sup>(28)</sup>

### **. Opinión personal**

Las bases teóricas confirman los aspectos teóricos de la alimentación complementaria, corresponde al tipo de alimentación que continúa a la lactancia materna exclusiva, al determinar la continuidad de la lactancia e inicio de alimentos semisólidos recibe las características de ser complementaria. Dichos aspectos deben ser conocidos por las madres de niños menores de un año considerando que a partir de los seis meses debe iniciarse la alimentación complementaria, el conocimiento es relevante para asegurar una práctica adecuada de la misma, en tal sentido, identificar el estado nutricional de los niños cuyas madres fueron evaluadas nos permite establecer la relación entre ambas variables.

### **2.1.3 TEORICAS CIENTIFICAS DE ENFERMERIA**

Nola J. Pender, Licenciada en Enfermería de la Universidad de Michigan (Estados Unidos de América) es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad.

Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción. <sup>(29)</sup>

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud. La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida. <sup>(29)</sup>

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera teoría, es la de la ACCIÓN RAZONADA: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado. La segunda es LA ACCIÓN PLANTEADA: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas. La tercera es la TEORÍA SOCIAL-COGNITIVA, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-

eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad. Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea. La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por: Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla. La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonal salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social. La auto-eficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la auto-eficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad auto reguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones. Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. .<sup>(30)</sup> Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por

lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población. Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.

Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.

Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.

Cultura: es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.

Clase o nivel socioeconómico: es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.

Estados emocionales, Autoestima y Grado de urbanización.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en

promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud. Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.<sup>(31)</sup>

### **2.1.3.1 Fundamentación**

#### **Desarrollo del trabajo teórico**

Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales:

1. las características y experiencias individuales.
2. la cognición y motivaciones específicas de la conducta.
3. el resultado conductual.

Se considera que el modelo de promoción de salud de Nola Pender es una METATEORÍA, ya que para la realización de este modelo ella se inspiró en la Teoría de acción razonada de Martin Fishbein y la Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura.

Este modelo se relaciona con el Paradigma de Categorización, centrado en la salud pública.

El MPS se centra en la salud del individuo, le da la capacidad de cambiar su situación a nivel salud y comprende los elementos externos que sean válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.

- Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana. .<sup>(32)</sup>
- Las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.

- Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
- Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta
- Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno, y siendo transformados a lo largo del tiempo.
- Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
- La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona entorno es esencial para el cambio de conducta.<sup>(30)</sup>

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud. .<sup>(33)</sup>

### **2.1.3.2 PROCESOS**

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se

constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. <sup>(34)</sup>

## **2.2. Estudios previos**

### **2.2.1. Antecedentes Internacionales**

**Fernández Sistema, Miguel Ángel-(2012)** cantón Chambo : Educación En Salud; Alimentación Complementaria Educativo; Madres De Familia -2012 objetivo: La investigación tuvo como propósito elaborar una Guía de Alimentación Complementaria y Destete dirigido a las madres de familia del sector rural del cantón Chambo, fue un estudio de tipo descriptivo de corte transversal no experimental, la muestra fue de 50 madres de familia de niños y niñas de 6 a 24 meses, de cuatro comunidades del cantón Chambo; el trabajo fue de carácter propositivo y se realizó mediante entrevistas para la evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres. Como resultados más importantes están, el 96% de las madres tienen algún grado de escolaridad, el 4% son analfabetas; el 80% acuden a los servicios de salud pública; el 80 % de las madres no tienen acceso a material educativo sobre Alimentación Complementaria; el 56% de madres tienen excelentes conocimientos sobre Lactancia Materna; la Alimentación Complementaria se inicia a partir de los 6 meses con preparaciones a base de harinas de cereales; el 36% de madres dan Alimentación Complementaria 3 veces al día, lo que es un error para el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. En consecuencia decimos que las madres tienen adecuados conocimientos y prácticas sobre la Lactancia Materna, pero limitados en cuanto a Alimentación Complementaria, por lo que se diseña un material educativo que guie a las madres hacia prácticas saludables, la validación se lo realizó con el personal de salud y las madres participantes, el material brinda una información sencilla, útil, comprensiva, adaptado a las necesidades de las madres del sector rural. <sup>(35)</sup>

**Fundación FES. (2012) Colombia.** Conocimientos, percepciones e intenciones y características a intervenir la alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes de Cali y Manizales. Objetivo: identificar el

conocimiento, percepciones para mejorar la alimentación complementaria en el primer año de vida. El estudio es de cohorte prospectivo en una población de 197 Mujeres en Manizales y 176 en Cali que habían tenido su primer hijo en las 24 horas anteriores, se aplicó la técnica de la entrevista primero en las salas de puerperio acerca de sus conocimientos, creencias e intenciones frente a la alimentación de los infantes y luego en sus viviendas con el fin de establecer el tipo de alimentos que estaba dando al recién nacido. Las conclusiones entre otras fueron: el inicio de alimentación complementaria inapropiada es alto en mujeres primíparas de Cali y Manizales. Los datos las mujeres de Cali y Manizales alimenten inapropiadamente a los infantes menores de un año. Existen deficiencias en conocimientos, percepciones e intenciones y características a intervenir para mejorar la alimentación de los infantes de Cali y Manizales. Así, se observó que es preciso diseñar intervenciones orientadas a modificar los conocimientos frente a lactancia exclusiva, frente a los tiempos de iniciación de los diferentes tipos de alimentos. Así mismo, es importante tener en cuenta el efecto que las abuelas y el padre del bebé pueden tener sobre las creencias de las mujeres y por tanto sobre las prácticas alimentarias en los infantes.<sup>(36)</sup>

**Calle S, Morocho B, Otavalo J. (2013), Ecuador** “Conocimiento materno sobre alimentación, nutrición y su relación con el estado nutricional de niños (as) menores de 2 años que acuden al sub centro de salud de san Pedro de Cebollar”. Material y Métodos: se trabajó con una muestra de 74 madres que se obtuvo del universo constituido por 280 madres de niños menores de 2 años que acudieron al Subcentro de Salud de San Pedro, durante mayo-julio del 2013. Las técnicas de investigación fueron: Revisión de la Historia Clínica para obtener el estado nutricional de los niños menores de 2 años, la entrevista para valorar el nivel de conocimiento materno; los datos fueron procesados y analizados mediante Word y Excel. Para garantizar los aspectos éticos de la investigación se aplicó el consentimiento informado de las personas. Resultados: El 56% de niños tienen bajo peso y el 1% sobrepeso, están relacionados con el déficit de conocimientos maternos sobre nutrición, alimentación y con el deterioro de la condición socioeconómica familiar. El 43%



de niños tienen peso normal, estado nutricional que está ligado al conocimiento materno, así como con una condición socioeconómica de mejor calidad. Conclusiones: Existe relación directa entre el grado de conocimiento materno, la condición socioeconómica y el estado nutricional lo que ratifica el sustento teórico de que el estado nutricional es un indicador de equidad y muestra el nivel de acceso a bienes de consumo básico.<sup>(37)</sup>

**Escobar M. (2013) Ecuador.** Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas que acuden a consulta externa de pediatría en el hospital del Less de Latacunga. Objetivo determinar la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños y niñas de 1 a 2 años. El enfoque de la investigación fue de tipo cuali-cuantitativo- observacional, analítico y transversal. El universo y muestra que sirvió como objeto de la investigación fueron 196 madres, niños y niñas que acudieron a Consulta externa de Pediatría del Hospital del IESS de Latacunga en el período Junio Septiembre del 2013. Para la recolección de datos se aplicó dos instrumentos, un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas y las tablas de valoración nutricional antropométrica. Resultados: la edad de las madres fue de 26 a 30 años (28%); de instrucción superior (38%); casada (68%); el 54% de los niños eran de sexo masculino; (57%) se encuentran con un estado nutricional normal, en cuanto al peso, talla e IMC para su edad, el nivel de conocimiento fue medio en 51% con tendencia a bajo en 29%, en tanto que las prácticas fueron medianamente favorables. Conclusiones: Se determinó la asociación entre el nivel de conocimientos y el nivel de prácticas, mientras más alto sea el nivel de conocimientos más favorables serán las practicas. Tras el análisis del estado nutricional de cada niño y niña y el nivel de conocimientos de sus respectivas madres se observa que el mayor número de niños con estado nutricional normal y estados nutricionales por déficit (riesgo de desnutrición crónica, desnutrición global y desnutrición crónica), son hijos de madres cuyo nivel de conocimientos es medio.<sup>(38)</sup>

**Bustamante J, Zhagñay P. (2014) Ecuador.** 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. Material y métodos: 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 niños. <sup>(39)</sup>

### **2.2.2. Antecedentes Nacionales**

**Galindo D. (2012) Perú** Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el centro de salud "Nueva Esperanza", Lima. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 40 madres. La técnica fue la entrevista y el instrumento, el cuestionario, aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (40), 55% (22) de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% (18) desconocen. En cuanto a las prácticas 61 % (25) tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% (15) tienen prácticas inadecuadas. Conclusiones. La mayoría de las madres que acuden al centro de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria. <sup>(40)</sup>

**Gamarra R, Porroa M, Quintana M. (2012) Perú** Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. Objetivo: Identificar conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre alimentación del niño menor de 3 años. Diseño: Estudio observacional descriptivo, cuanti-cualitativo. Lugar: Asentamientos Humanos del distrito de Villa María del Triunfo- Lima. Participantes: Madres de niños menores de 3 años. Intervenciones: Previo consentimiento, para la fase

cuantitativa se aplicó un cuestionario de 10 preguntas cerradas con respuestas dicotómicas sobre conocimientos y 10 preguntas con categorías de respuesta en escala de Likert sobre actitudes en 161 madres, y para la fase cualitativa se realizó 28 entrevistas a profundidad y 4 grupos focales para identificar percepciones en 68 madres. Principales medidas de resultados: Nivel de conocimientos, tipo de actitudes y percepciones sobre lactancia materna (LM), alimentación complementaria (AC) y alimentación durante una enfermedad. Resultados: 81% de participantes mostró nivel de conocimientos alto, 65% estuvo en total acuerdo con la LM exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, 63% estaba de acuerdo con prácticas adecuadas en alimentación complementaria. La mayoría percibía que la LM debía ser hasta dos años, porque ayuda a la formación de órganos y para que el niño crezca sano; la AC se inicia a los seis meses, porque ayuda a la formación del estómago, el niño tiene más apetito y la LM ya no es suficiente; el consumo de alimentos de origen animal, frutas y verduras debía ser diario; durante la diarrea se brindaría abundante líquidos y mayor frecuencia de alimentos y en menor cantidad. Conclusiones: Las madres presentaron nivel de conocimientos alto (81%) y actitudes favorables (66,7%) sobre alimentación infantil, y sus percepciones en general coincidían con ello.<sup>(41)</sup>

**Puma L. (2012) Perú (Pisco).** Nivel de conocimientos de las madres y características de la alimentación complementaria en menores de un año Puesto de Salud San Martín de Porres – Pisco. Resultados: respecto a la edad, las madres oscilan entre 21 a 29 años, el 49%; respecto a la ocupación, el 74% son amas de casa; en el nivel educativo, la mayoría 68% tiene estudios secundarios y en cuanto a su estado civil un 63% son convivientes. El nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria, alcanzó un nivel medio 55%, nivel bajo 25% y alto 20%; según las dimensiones consistencia 60%, frecuencia 82%, cantidad 40% y lactancia materna continuada 45%, pero de nivel bajo en calidad 41%. Las características de la alimentación complementaria en menores de un año son 63% adecuada. Conclusiones: el conocimiento es medio y las características son adecuadas.<sup>(42)</sup>

**Díaz D. (2012) Perú** Prácticas de lactancia, estado nutricional y desarrollo psicomotor en lactantes de 6 - 12 meses de edad. Comunidad de Manchay. Material y métodos: La población de estudio fue de 95 lactantes de ambos sexos elegidos por muestreo probabilístico que asisten al control de CRED del Centro de Salud de Manchay, Los datos se obtendrán a través de la entrevista utilizando un cuestionario de 30 preguntas, las primeras 20 relacionadas con la práctica de ablactancia y las últimas 10 relacionadas con las prácticas de higiene, el segundo instrumento fue el (EEDP) para evaluar el desarrollo psicomotor del lactante. En cuanto al estado nutricional, fue evaluado a través de las medidas antropométricas y examen bioquímicos: el primero con los indicadores:  $T/E < -2D.E$  desnutrición crónica,  $P/T < -2D.E$  desnutrición aguda,  $P/E < -2D.E$  desnutrición global calificándolos según las Tabla de la OMS 2006, el segundo con el dosaje de hemoglobina. Para su análisis usaremos el test estadístico de Chi<sup>2</sup>. Resultados. 37.7% de las madres tuvieron adecuadas prácticas de lactancia 32.6% medianamente adecuadas e inadecuadas 33.7%, con respecto al estado nutricional se encontró 34.7% desnutrición crónica, 30.6% riesgo nutricional y 34.7%. Estado nutricional normal y según el do saje de hemoglobina hubo con anemia leve el 56.8%, anemia moderada 6.4% y 36.8% normales, de acuerdo al EEDP en riesgo 57.9% y normal 42.1%. Conclusiones: Las inadecuadas prácticas de lactancia si se relacionan de modo significativo con el estado nutricional y desarrollo psicomotor de los niños y niñas lactantes de la comunidad de Manchay.<sup>(43)</sup>

**Cisneros E, Vallejos Y. (2014) Perú (Chiclayo).** Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses. La muestra fue constituida por 30 madres del servicio de Crecimiento y desarrollo del centro de salud de Reque, teniendo en cuenta los criterios de exclusión; la recolección de datos se aplicaron 3 instrumentos: un cuestionario de 15 ítems, una escala de lickert con 11 ítems y una lista de cotejo, para el procesamiento de datos estadísticos se utilizó el programa SPSS versión 15, y la prueba de la T de student de muestras relacionadas. Asimismo, los resultados obtenidos mostraron que con un 95% de confianza se estima que el programa de alimentación

complementaria, tiene efecto significativo en el conocimiento en las madres de los niños de 6 a 24 meses en cuanto al valor T. Los resultados muestran que el Pos Test 96.7% de madres alcanzaron un nivel de conocimientos Alto, luego en prácticas se muestra el 76 % de las madres tenían una práctica adecuada, y el 24 % practicas inadecuadas, finalmente 6.7 % de madres tienen actitudes inadecuadas, asimismo el 93.3 % de las madres tienen actitudes adecuadas.  
(44)

### **2.3. Marco conceptual**

#### **1. Alimentación complementaria:**

El acto de recibir alimentos sólidos o líquidos (excepto medicamentos en gotas y jarabes) diferentes a la leche materna, durante el tiempo que el lactante está recibiendo ésta o fórmula infantil.

#### **2. Alimentos:**

Sustancias normalmente ingeridas por los seres vivos con fines nutricionales, sociales y psicológicos.

#### **3. Crecimiento adecuado**

Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad.

#### **4. Crecimiento inadecuado**

Condición en la niña o niño que evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva.

#### **5. Consistencia de los alimentos:**

Las comidas deben tener una consistencia de papilla, sopa espesa o puré semisólido. A partir de los 8 ó 9 meses, el puré puede tener una consistencia más gruesa, hasta que el niño empiece a comer alimentos picados en trozos pequeños cuando ya han aparecido los segundos molares.

6. 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 cualitativo.

7. Desnutrición crónica

Diagnostico que corresponde a los valores de la talla está por debajo del mínimo para la edad.

8. Desnutrición aguda

Diagnostico determinado cuando el peso está por debajo del mínimo para la talla.

9. Desnutrición global

Cuando el peso está por debajo del mínimo para la edad.

10. Estado nutricional

Se le puede concebir, desde el punto de vista fenoménico, como la resultante de la interacción dinámica, en el tiempo y en el espacio, de la alimentación (utilización de la energía y nutrientes contenidos en los alimentos) en el metabolismo de los diferentes tejidos y órganos del cuerpo.

11. Evaluación nutricional

La evaluación del estado nutricional a través de las mediciones del peso y la talla es la base del monitoreo del crecimiento del niño y la niña. Utilizando los patrones internacionales de crecimiento permiten clasificar al niño en: normal, desnutrido leve, moderado o severo, sobrepeso u obeso.

12. Factores de riesgo

El control de crecimiento y desarrollo implica considerar los factores causales o asociados, que alteran de manera significativa este proceso en la niña y el niño.

13. Higiene de los alimentos

Es la higiene y preparación de los alimentos, tiene como objetivo primordial, la conservación de la salud y evitar enfermedades en las

personas por tanto se debe manejar y manipular adecuadamente los alimentos que van a ser consumidos.

#### 14 Lactancia materna

Es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

#### 15. Leche materna:

Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, hormonas y enzimas.

#### 16. Nutrientes

**Son sustancias químicas que forman parte los alimentos. El organismo los utiliza para su desarrollo, mantenimiento y funcionamiento y proporcionan energía al cuerpo.**

#### 17. Obesidad

Cuando el peso está muy por encima del máximo para la talla.

#### 18. Peso para la Talla

Este índice compara el peso de un individuo con el peso esperado para su talla y esto permite establecer si ha ocurrido una pérdida reciente de peso corporal.

#### 19. Talla para la edad

El incremento de talla es más lento que el incremento de peso. Los estados de deficiencia de talla suelen presentarse más lentamente y también recuperarse más lentamente.

#### 20. Sobrepeso

Cuando el peso está por encima del máximo para la talla.

## **CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES**

### **3.1. Formulación de hipótesis**

#### **3.1.1. Hipótesis General**

HG A mayor conocimiento sobre la alimentación complementaria  
Mejorará el estado nutricional en los niños menores de 1 año  
en el centro de condorillo-chincha 2016.

#### **3.1.2 Hipótesis específicos**

HE1 A mayor conocimiento que tenga las madres sobre la alimentación  
complementaria y los beneficios nos brindaran mejores prácticas  
acerca del estado nutricional en los niños menores de 1 año en el  
Centro de Condorillo- Chincha 2016.

HE2 A mayor conocimiento que tengan las madres sobre alimentación  
complementaria en las medidas de higiene, se mejorara el estado  
de salud nutricional en los niños menores de 1 año en el Centro de  
Condorillo - Chincha 2016

HE3 A mayor conocimiento que tengan las madres sobre alimentación  
complementaria y su estado nutricional tendrá resultados positivos  
según pruebas bioquímicas aplicadas a niños menores de 1 año en  
el Centro de Condorillo - Chincha 2016.

HE4 A mayor conocimiento que tengan las madres sobre alimentación  
complementaria y su estado nutricional será el adecuado según  
medidas antropométricas sus resultados son de un crecimiento y  
desarrollo normal en los niños menores de 1 año en el Centro de  
Condorillo - Chincha 2016.



## **3.2. Identificación de variables**

### **3.2.1. Clasificación de las variables:**

Variable 1: Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria

Variable 2: Estado nutricional.

### **3.2.2. Definición constitutiva de las variables**

Nivel de Conocimiento sobre alimentación complementaria: Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori) respecto a la alimentación que inicia a los seis meses en el niño como complemento a la lactancia materna. Dentro de las dimensiones se considera a: concepto de la alimentación complementaria, edad de inicio, frecuencia, consistencia, tipo de alimentos, higiene y entorno.

Estado nutricional: Es la situación de salud y bienestar que determina la nutrición en una persona o colectivo. Asumiendo que las personas tenemos necesidades nutricionales concretas y que estas deben ser satisfechas, un estado nutricional óptimo se alcanza cuando los requerimientos fisiológicos, bioquímicos y metabólicos están adecuadamente cubiertos por la ingestión de nutrientes a través de los alimentos. El estado nutricional se establece a través de los indicadores Peso/edad; Talla/edad y Peso/talla.

### **3.2.3. Definición operacional de las variables**

Conocimiento: Capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Es identificado a través de un cuestionario cuyos valores finales corresponden a: alto, medio y bajo.

Estado nutricional: Es la resultante de la interacción dinámica, en el tiempo y en el espacio, de la alimentación (utilización de la energía y nutrimentos contenidos en los alimentos) en el metabolismo de los diferentes tejidos y órganos del cuerpo, el cual será identificado a través del IMC según tabla del MINSA, identificado como: Normal, de riesgo.

### CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIBLE

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>VARIABLE 1:</b> NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BENEFICIOS DE LA ALIMENTACION</li> </ul>	-NUTRITIVOS -BENEFICIOS -salud corporal. -salud y desarrollo del Sistema nervioso. -salud mental -IMPORTANCIA
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDIDAS DE HIGIENE</li> </ul>	-LAVADO DE MANOS -LAVADOS DE ALIMENTOS -BAÑO PERSONAL
<b>VARIABLE 2:</b> ESTADO NUTRICIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PRUEBA BIOQUIMICA</li> <li>• laboratorio</li> </ul>	-ANEMIA -EXAMEN DE HEMOGLOBINA -EXAMEN DE ORINA
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEDIDAS ANTROPOMETRIC A</li> </ul>	-EDAD -PESO -TALLA

## CAPITULO IV: METODOLOGIA

### 4.1. Tipo y nivel de investigación

Se realizó una investigación de tipo cuantitativa, porque sus resultados se dan en forma numérica reflejados en tablas y gráficos; de alcance descriptiva porque identifica las características de la variable en estudio, correlacional, porque establece la relación entre la variable de estudio y datos sociodemográficos, de corte transversal porque se realizó en un tiempo determinado, de nivel es aplicativo.

### 4.2. Descripción de métodos y diseño

El diseño de la investigación corresponde al no experimental, puesto que no se manipuló la variable de estudio en ningún momento.

Esquema:

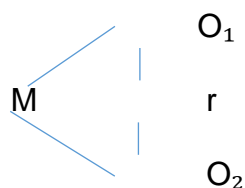
Dónde:

**M:** Muestra con quien(es) vamos a realizar el estudio.

**O:** Información (observaciones) relevante o de interés que recogemos de la muestra.

O<sub>1</sub>: Conocimientos de alimentación complementaria

O<sub>2</sub>: Estado nutricional



### 4.3. Población, muestra y muestreo

#### 4.3.1 Población

La población está constituida por 395 madres de familia atendidos en el Centro de Condorillo – chincha.

### **Criterios de inclusión**

1. -Madres que por lo menos hayan tenido 3 consultas en CRED.
- 2.-Madres que aceptan participar en el estudio.
- 3.-Madres que hablen castellano.
- 4.-Niños menores de 1 año de edad.
- 5.-Niños nacidos a término.

### **Criterios de exclusión**

- 1.-Madres quechua hablantes.
- 2.-Madres que no deseen participar del estudio.
- 3.-Madres que no cuenten con carné de CRED.
- 4.-Niños menores a 6 meses y mayores a 12 meses de edad.
- 5.-Niños prematuros.
- 6.-Niños que hayan tenido o estén cursando una enfermedad aguda en los últimos 3 meses.

#### **4.3.2. Muestra**

La muestra de la población Corresponde a 395 familias de quienes se tomó en cuenta a las 62 madres de niños menores de 1 año, cantidad obtenida por muestreo.

#### **4.3.3 muestreo Probabilístico**

**Muestra:**

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{d^2(N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Fórmula:

n = Tamaño de Muestra

N = Tamaño de la Población: 395

Z<sup>2</sup> = 95% de Confianza = 1.96

p = Proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población en referencia (Cuando no se conoce se considera p=0.95 =95%)

q = (1 - p) Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés. 5% = 0.05

d<sup>2</sup> = Error relativo del 5% = 0.05%

$$n = \frac{(1.96)^2 * 395 * 0.95 * 0.05}{(0.05)^2 (395 - 1) + (1.96)^2 * 0.95 * 0.05}$$

$$n = \frac{395 * 0.1824}{(0.0025) (394) + (0.96)}$$

$$n = \frac{175.47}{0.985 + 0.1824} = \frac{72.048}{1.167}$$

n= 61.716

n = 62 madres y 62 niños

$$K = \frac{N}{n} = \frac{395}{62} = 6.37$$

#### 4.3.4 Muestreo

Kish afirma que, en un número determinado de elementos muestrales n; la varianza de la media muestra puede reducirse al mínimo, si el tamaño de la muestra para cada estrato es proporcional a la desviación estándar dentro del estrato.

K= muestreo

N= población

$$K = N = \frac{62}{n} = 1$$

N=corresponde a la población

n=corresponde a la muestra

el resultado corresponde al muestreo

#### **4.4. Consideraciones éticas**

En la investigación se tomaron en cuenta aspectos éticos como el respeto a la autonomía de las participantes, dejando a su elección su participación voluntaria en la investigación, a las madres se les explicó sobre los objetivos de la investigación, la importancia de su participación y se les comunicó que el instrumento era anónimo y estrictamente confidencial, dándoles así la confianza para que sus respuestas fueran veraces, concluido el llenado del instrumento se les agradeció por su colaboración.

Además, se tomó en cuenta el respeto a las madres, se les explicó sobre los objetivos de la investigación, la cual responde a las necesidades de la profesión ubicada dentro de la línea estratégica de la promoción de uno de sus ejes temáticos como es la alimentación; considerando que lo más importante es educar a las madres para asegurar tanto el crecimiento, desarrollo y salud de sus niños que han iniciado la alimentación complementaria.

##### **4.4.1 PRINCIPIOS ETICOS ENFERMERIA**

**1.-Beneficencia:** benevolencia o no-maleficencia, principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad. Actuar con benevolencia significa ayudar a los otros a obtener lo que es benéfico para ellos, o que promueva su bienestar, reduciendo los riesgos maléficis, que les puedan causar daños físicos o psicológicos.

**2. Autonomía:** principio ético que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección. Respetar a las personas como individuos autónomos significa reconocer sus decisiones, tomadas de acuerdo con sus valores y convicciones personales. Uno de los problemas en la aplicación del principio de autonomía en los cuidados de enfermería, es que el paciente puede presentar diferentes niveles de capacidad de tomar una decisión autónoma, dependiendo de sus limitaciones internas (aptitud mental, nivel de conciencia, edad o condición de salud) o externas (ambiente hospitalario, disponibilidad de recursos existentes, cantidad de información prestada para la toma de una decisión fundamentada, entre otras).

**3. Justicia:** una vez determinados los modos de practicar la beneficencia, el enfermero necesita preocuparse por la manera de distribuir estos beneficios o recursos entre sus pacientes como la disposición de su tiempo y atención entre los diversos pacientes de acuerdo a las necesidades que se presentan. Justicia es el principio de ser equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad individual. Esto significa que las personas que tienen necesidades de salud iguales deben recibir igual cantidad y calidad de servicios y recursos. Y las personas, con necesidades mayores que otras, deben recibir más servicios que otros de acuerdo con la correspondiente necesidad. El principio de justicia está íntimamente relacionado a los principios de fidelidad y veracidad.

**4. Fidelidad:** principio de crear confianza entre el profesional y el paciente. Se trata, de hecho, de una obligación o compromiso de ser fiel en la relación con el paciente, en que el enfermero debe cumplir promesas y mantener la confiabilidad. La expectativa del paciente es que los profesionales cumplan las palabras dadas. Solamente en circunstancias excepcionales, cuando los beneficios de la ruptura de la promesa son mayores que su manutención, es que se puede quebrarla. La confianza es la base para la confidencia espontánea, y los hechos revelados en confidencia hacen parte del secreto profesional del enfermero.

**5. Veracidad:** principio ético de decir siempre la verdad, no mentir y ni engañar a los pacientes. En muchas culturas la veracidad ha sido considerada como base para el establecimiento y manutención de la confianza entre los individuos. Un ejemplo de variación cultural sería sobre la cantidad de información a ser prestada en relación al diagnóstico y tratamiento. Así, puede ser difícil elaborar un formulario para obtener el consentimiento del paciente, a quien no se le ha comunicado su diagnóstico. El profesional debe evaluar la importancia que tiene para el participante conocer su diagnóstico con relación al tratamiento o cuidado pretendido.

**6. Confidencialidad:** principio ético de salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante el ejercicio de su función como enfermero y mantener el carácter de secreto profesional de esta información, no comunicando a nadie las confidencias personales hechas por los pacientes. Evidentemente, observaciones técnicas relacionadas con el diagnóstico o terapéutica deben ser registradas en las fichas clínicas, pues son de interés de todo el equipo de salud. En caso que el paciente revele, confidencialmente, una información que sea de interés de algún miembro del equipo, se debe solicitar autorización al paciente para revelarla al profesional específico, o solicitar para que él lo haga personalmente.



## **CAPITULO V**

### **TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

#### **5.1. Técnicas e instrumentos**

Para la recolección de datos la técnica que se utilizará es la entrevista. Según Hernández Sampieri, las entrevistas implican que una persona calificada aplique el cuestionario a los sujetos participantes, en donde el primero hace las preguntas a cada sujeto y anota las respuestas. Asimismo, el instrumento es la entrevista encuesta, la cual estará constituida por preguntas de tipo cerradas en su estructura; además el instrumento consta de una breve introducción, datos generales de la madre y del niño, datos específicos referidos al conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y del estado nutricional del niño.

#### **5.2. Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos**

Para realizar formalmente el trabajo de investigación se comunicó al médico Jefe de la Institución y jefatura de departamento de enfermería mediante un documento en el cual se adjuntó los objetivos y finalidades del mismo. Para la recolección de la información se tuvo que recurrir a la aplicación del instrumento en la institución y a través de las visitas domiciliarias aplicando los instrumentos en su domicilio.

El vaciado de datos se hizo de manera manual y electrónica utilizando el programa SPSS versión 18 en el vaciado electrónico y las pruebas estadísticas necesarias, para luego ser exportados en Microsoft Excel y elaborar los gráficos y tablas. Para determinar los resultados en torno a las variables de estudio se tomó en cuenta la escala aditiva e interválica para establecer los valores finales de la primera variable. (Ver anexo 06)

Para la segunda variable se tomó en cuenta el valor según tablas de valoración antropométrica en niños/as menores de cinco años MINSA (CENAN, INS)

### **5.2.1. PROCESAMIENTO Y ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS**

Una vez recolectado los datos, previo control de calidad, se procedió tabular los datos, codificando cada variable estudiada.

El vaciado de datos se hizo de manera manual y electrónica utilizando el programa SPSS versión 18 en el vaciado electrónico y las pruebas estadísticas necesarias, para luego ser exportados en Microsoft Excel y Para la presentación de los resultados se utilizaron estadígrafos para elaborar los cuadros donde mencionan los resultados que se discuten. Elaborar los gráficos y tablas. Para determinar los resultados en torno a las variables de estudio se tomó en cuenta lo siguiente: Para ambas variables, se tomó en cuenta los valores de 2 puntos por cada respuesta correcta y 1 punto por cada respuesta incorrecta, se hizo sumatoria por dimensiones y de manera global.

## **CAPITULO VI:**

### **RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **6.1. Presentación, análisis e interpretación de resultados**

La evaluación de los datos demográficos recogidos de las madres a través del cuestionario cuyos resultados identificados en frecuencia y porcentaje evidencia el comportamiento de las características demográficas y de cada una de las variables.

Dentro de las características de las madres como la edad, existiendo mayor porcentaje en el intervalo 23 a 29 años (36%); con instrucción secundaria (67%); ocupación obrera (43%); estado civil conviviente (52%); con 2 a 3 hijos (52%).

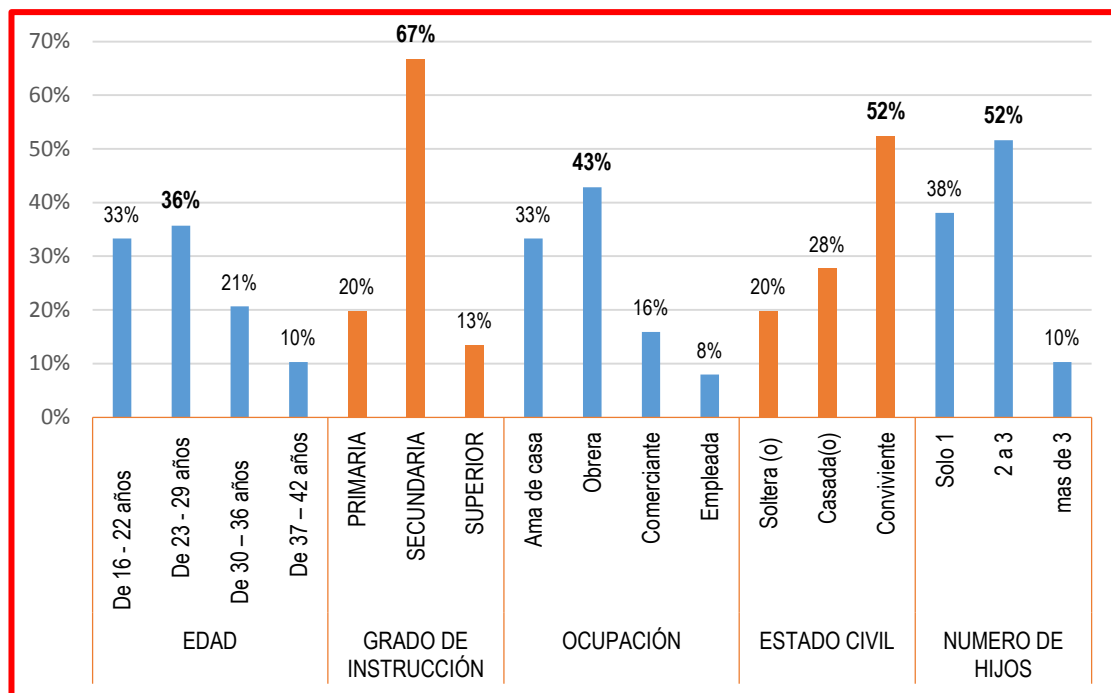
## CUADRO N°01

### Datos generales de madres de niños menores de 1 año que acuden al centro de condorillo– Chincha\_2016

<b>EDAD</b>	<b>F</b>	<b>PORCENTAJE</b>
De 16 - 22 años	21	33%
De 23 - 29 años	22	36%
De 30 – 36 años	13	21%
De 37 – 42 años	6	10%
<b>INSTRUCCIÓN</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>
PRIMARIA	12	20%
SECUNDARIA	42	67%
SUPERIOR	8	13%
<b>OCUPACIÓN</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>
Ama de casa	21	33%
Obrera	27	43%
Comerciante	10	16%
Empleada	4	8%
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>
Soltera (o)	12	20%
Casada(o)	16	28%
Conviviente	34	52%
<b>NUMERO DE HIJOS</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>
Solo 1	24	38%
2 a 3	32	52%
mas de 3	6	10%
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>100%</b>

Fuente: encuesta realizada a las madres de niños de 6 a 12 meses del Centro de salud de Condorillo Chincha 2016

## DATOS GENERALES DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE CONDORILLO- CHINCHA 2016



Del 100% de madres encuestadas se obtuvo que el 36% tuviera edades entre 23 y 29 años, el grado de instrucción secundaria alcanzó 67%; su ocupación fue ama de casa en el 43%; de estado civil conviviente 52% y tenían de 2 a 3 hijos un 52%.

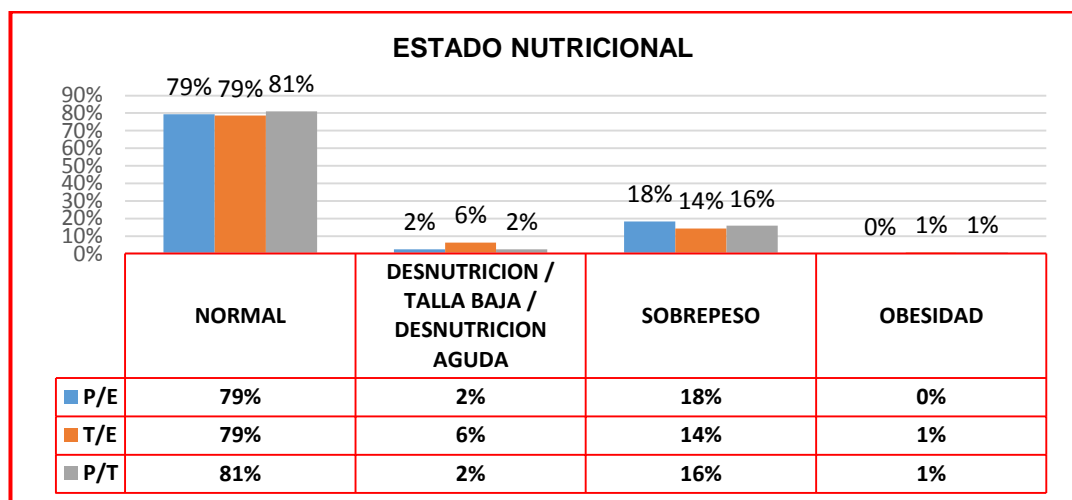
## CUDRO Nº 02

### ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CENTRO DE CONDORILLO CHINCHA 2016

	NORMAL		DESNUTRICION/TALLA BAJA/ DESNUTRICION AGUDA		SOBREPESO		OBESIDAD		TOTAL	
	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%
P/E	50	79%	1	2%	11	18%	0	0%	62	100%
T/E	50	79%	3	6%	8	14%	1	1%	62	100%
P/T	51	81%	1	2%	9	16%	1	1%	62	100%

Fuente: encuesta realizada a las madres de niños menores de 1 año del Centro de Condorillo-chincha 2016.

## GRÁFICO Nº 02



Los niños menores de 1 año tuvieron en su mayoría un estado nutricional normal, según P/E alcanzó el 79%; según T/E alcanzó 79% y según P/T alcanzó 81%, observándose además que el estado nutricional de sobrepeso continua con 18%; 14% y 16% respectivamente.

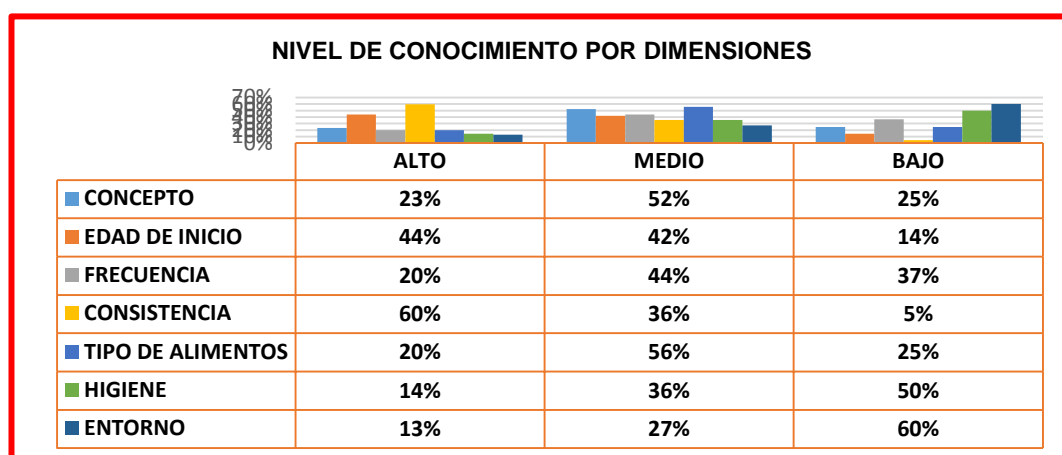
**CUADRO N° 03:**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA  
SEGÚN DIMENSIONES BENEFICIONES ALIMENTARIAS EN LAS MADRES  
DE NIÑOS MENORES DE 1AÑO CENTRO DE CONDORILLO CHINCHA  
2016**

CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
CONCEPTO	14	23%	33	52%	15	25%	62	100%
EDAD DE INICIO	27	44%	26	42%	9	14%	62	100%
FRECUENCIA	13	20%	27	44%	22	37%	62	100%
CONSISTENCIA	38	60%	22	35%	2	5%	62	100%
TIPO DE ALIMENTOS	12	20%	35	56%	15	25%	62	100%
HIGIENE	9	14%	22	36%	31	50%	62	100%
ENTORNO	8	13%	17	27%	37	60%	62	100%

Fuente: encuesta realizada a las madres de niños menores de 1 año del Centro de salud de condorillo- Chincha 2016

**GRÁFICO N° 03**



Del 100% de madres encuestadas, se obtuvo que el nivel de conocimiento sobre el concepto de alimentación complementaria fue medio alcanzando 52%; según la edad de inicio el 44% de madres alcanzó un nivel alto, de acuerdo a frecuencia un 44% obtuvo un nivel medio, según la consistencia de los alimentos el 60% de madres alcanzó un nivel alto, respecto al tipo de alimentos el 56% alcanzó un nivel medio, sin embargo en la higiene y entorno durante la alimentación complementaria el nivel fue bajo alcanzando 50% y 60% respectivamente.

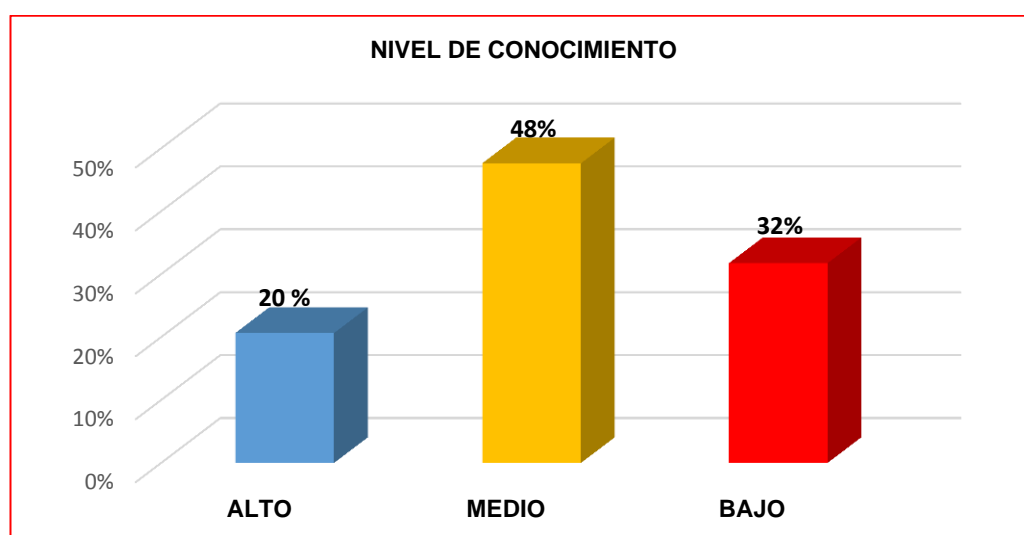
#### CUADRO N° 04:

### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA CON SUS DIMENSIONES DE MEDIDAS DE HIGIENE DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CENTRO DE CONDORILLO CHINCHA 2016

CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	f	%
ALTO	12	20%
MEDIO	30	48%
BAJO	20	32%
TOTAL	62	100%

Fuente: encuesta realizada a las madres de niños menores de 1 año del Centro de condorillo-chincha 2016 me da como resultado acerca del nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria con sus dimensiones de medidas de higiene que hay un en el alto 20% y en resultados de medio es de 48%en resultado del bajo existe un 32% la cual me da una totalidad de 100% ya que me indica que en conocimiento sobre la alimentación complementaria no existe un buen conocimiento.

#### GRAFICO N: 04



Respecto al nivel de conocimiento global sobre medidas de higiene, se obtuvo que el 48% de las madres tuvo un nivel medio, seguido de un 32% que tuvo nivel bajo y solo el 20% alcanzó un nivel alto.



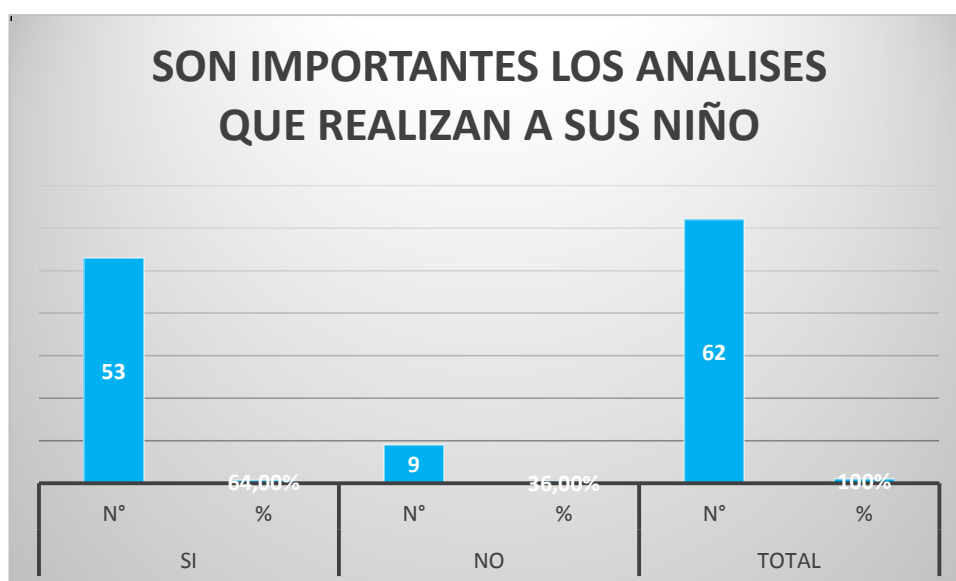
**CUADRO N° 05:**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA  
CON SUS DIMENSIONES DE MEDIDAS BIOQUIMICAS DE LAS MADRES  
DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CENTRO DE CONDORILLO CHINCHA  
2016**

	SI		NO		TOT AL	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>SON IMPORTANTES LOS ANALISES QUE REALIZAN A SUS NIÑO</b>	53	<b>64.0 0%</b>	9	<b>36.0 0%</b>	62	<b>100 %</b>

Fuente: encuesta realizada a las madres de niños menores de 1 año del Centro de salud de condorillo-chincha 2016.

Grafico 05



Respecto al nivel de conocimiento global sobre medidas bioquímicas, se obtuvo que un 9% que tuvo nivel bajo y solo el 53% alcanzó un nivel alto.

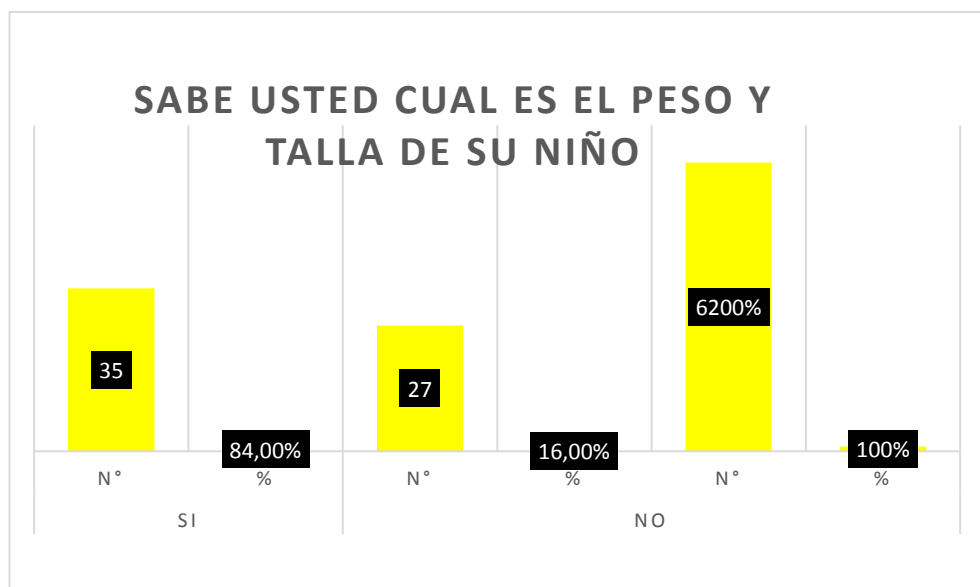
**CUADRO N° 06:**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA  
CON SUS DIMENSIONES DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS DE LAS  
MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CENTRO DE CONDORILLO  
CHINCHA 2016**

	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>SABE USTED CUAL ES EL PESO Y TALLA DE SU NIÑO</b>	35	<b>84.00%</b>	27	<b>16.00%</b>	6200	<b>100%</b>

Fuente: encuesta realizada a las madres de niños menores de 1 año del Centro de salud de condorillo-chincha 2016

**GRAFICO # 06**



Respecto al nivel de conocimiento global sobre medidas antropométricas, se obtuvo que un 27% que tuvo nivel bajo y solo el 35% alcanzó un nivel alto.

## PRUEBA CHI CUADRADO ( $\chi^2$ )

### RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE SUS HIJOS MENORES DE 1 AÑO

#### CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS

Tabla 1: de contingencia

ESTADO NUTRICIONAL	NIVEL DE CONOCIMIENTO			TOTAL
	ALTO	MEDIO	BAJO	
NORMAL	10	27	11	48
DESNUTRICION	1	1	2	4
SOBREPESO	1	1	7	9
OBESIDAD	0	1	0	1
TOTAL	12	30	20	62

#### 2.-Planteamiento de hipótesis:

H0: no existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria no se relaciona con el estado nutricional de los niños menores de 1 año atendidos en el Centro de Condorillo Chincha 2016.

H1: existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria se relaciona con el estado nutricional de los niños menores de 1 año atendidos en el Centro de condorillo chincha 2016.

#### 2. Hallando $\chi^2$ :

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

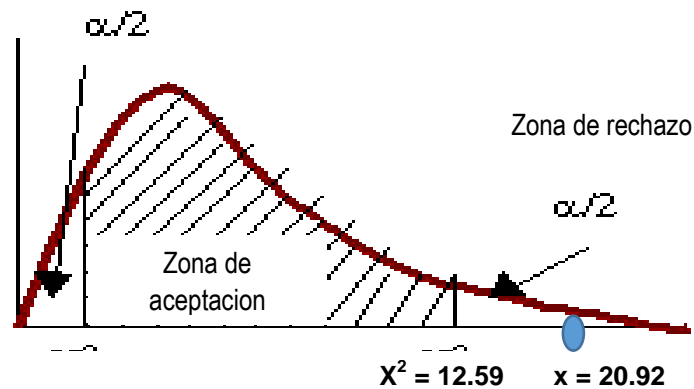
### 3.3. Valores esperados ( $E_i$ )

0.01598402	1.30952381	2.26038961	3.58589744
0.07387057	0.85952381	0.83968254	1.77307692
0.13736264	5.03809524	9.28928571	14.4647436
0.20634921	0.57619048	0.31746032	1.10000001
0.43356643	7.78333333	12.7068182	20.923718

$$X^2 = 20.92$$

### 3. Grafica:

**Grados de libertad: 6; para  $p: 0.05$ ;  $x^2 = 12.59$**



### 4. Conclusión:

Al caer el chi cuadrado sobre la zona de rechazo y  $X^2_{\text{cal}} > X^2$  entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa que afirma que el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria se relaciona con el estado nutricional de los niños menores de 1 año atendidos en el Centro de Condorillo Chincha 2016.

## CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

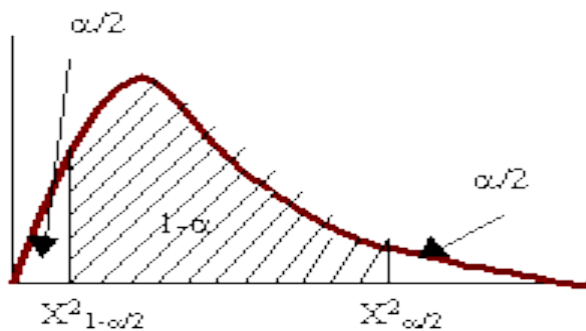
### RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE SUS HIJOS MENORES DE 1 AÑO

#### Establecimiento de Hipótesis

H1: A mayor conocimiento que tengan las madres sobre la alimentación complementaria y los beneficios nos brindan mejores prácticas se relaciona con el estado nutricional de los niños menores de 1 año atendidos en el Centro de condorillo chincha 2016.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

**Grados de libertad: 6; para  $p: 0.05$ ;  $\chi^2 = 12.59$**



$$\chi^2 = 12.59 \quad x = 20.92$$

## CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

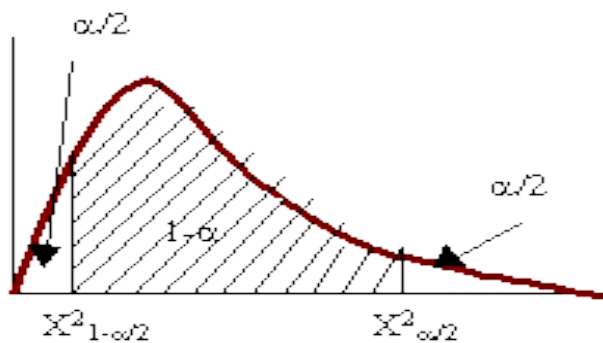
### RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE SUS HIJOS MENORES DE 1 AÑO

#### Establecimiento de Hipótesis

H1: A mayor conocimiento que tengan las madres sobre la alimentación complementaria en medidas de higiene se mejorara el estado de salud nos brindan mejores prácticas se relaciona con el estado nutricional de los niños menores de 1 año atendidos en el Centro de condorillo chincha 2016.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

**Grados de libertad: 6; para  $p: 0.05$ ;  $\chi^2 = 12.59$**



$$\chi^2 = 12.59 \quad x = 20.92$$

## CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

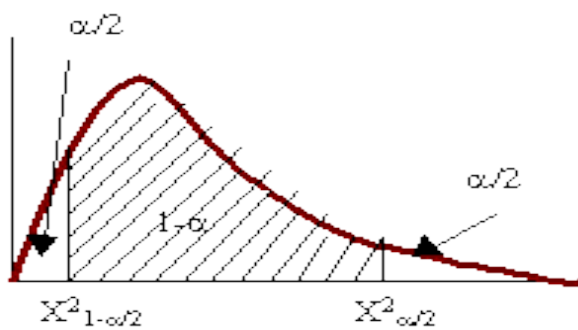
### RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE SUS HIJOS MENORES DE 1 AÑO

#### Establecimiento de Hipótesis

H1: A mayor conocimiento que tengan las madres sobre la alimentación complementaria y su estado nutricional se obtiene resultados positivos según pruebas bioquímicas aplicadas se relaciona con el estado nutricional de los niños menores de 1 año atendidos en el Centro de condorillo chincha 2016.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

**Grados de libertad: 6; para  $p: 0.05$ ;  $\chi^2 = 12.59$**



$$\chi^2 = 12.59 \quad x = 20.92$$

## CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

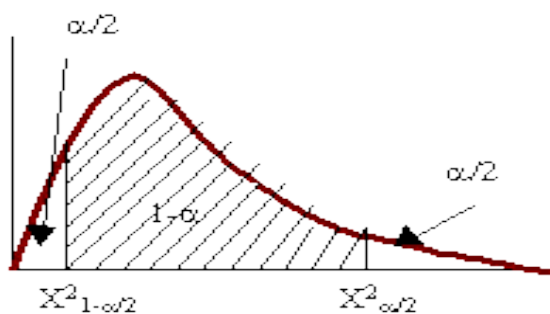
### RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE SUS HIJOS MENORES DE 1 AÑO

#### Establecimiento de Hipótesis

H1: A mayor conocimiento que tengan las madres sobre la alimentación complementaria y su estado nutricional será adecuada según medidas antropométricas se relaciona con el estado nutricional de los niños menores de 1 año atendidos en el Centro de condorillo chincha 2016.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

**Grados de libertad: 6; para  $p: 0.05$ ;  $\chi^2 = 12.59$**



$$\chi^2 = 12.59 \quad x = 20.92$$



### 6.1.1. Análisis e Interpretación de datos:

Una alimentación complementaria adecuada de los niños y niñas a partir de los seis meses es particularmente importante para el crecimiento, por tanto, es necesario que la madre tenga el conocimiento suficiente que asegure una óptima alimentación y estado nutricional adecuado.

Del 100% de madres encuestadas se obtuvo respecto a los datos generales (Gráfico 1) que el 36% tenía edades entre 23 y 29 años, el grado de instrucción secundaria alcanzó 67%; su ocupación fue ama de casa en el 43%; de estado civil conviviente 52% y tenían de 2 a 3 hijos un 52%. Resultados similares a los de Escobar M.<sup>30</sup> en cuyo estudio menciona que la edad de las madres fue de 26 a 30 años (28%); sin embargo, difieren respecto al grado de instrucción superior (38%); casada (68%). La mayoría de las madres de ambos estudios, pertenecen a la etapa adulta joven, etapa en la cual se puede apreciar el de mayor capacidad física, tiene una percepción correcta de la realidad (objetividad), lo cual lo capacita para comportarse con mayor eficacia y sentido de responsabilidad. Ello implica grandes responsabilidades, en especial relacionadas al cuidado de la salud de sus hijos y de ellos mismos. Así mismo el nivel educativo que tienen las mismas, las cuales ha culminado su educación secundaria equivalente a una educación básica citado en el antecedente, lo cual nos puede asegurar un aprendizaje efectivo respecto a la alimentación complementaria asegurando un óptimo crecimiento y desarrollo en beneficio del niño.

Respecto al conocimiento sobre alimentación complementaria, del 100% de madres encuestadas, se obtuvo que el nivel de conocimiento según sus dimensiones (**Gráfico 2**): concepto de alimentación complementaria fue medio alcanzando 52%; según la edad de inicio el 44% de madres alcanzó un nivel alto, de acuerdo a frecuencia un 44% obtuvo un nivel medio, según la consistencia de los alimentos el 60% de madres alcanzó un nivel alto, respecto al tipo de alimentos el 56% alcanzó un nivel medio, sin embargo en la higiene y entorno durante la alimentación complementaria el nivel fue bajo alcanzando 50% y 60% respectivamente. Resultados que difieren con los de Puma L.<sup>43</sup> en

cuyo estudio encontró que las madres tenían nivel medio según las dimensiones consistencia 60%, frecuencia 82%, cantidad 40% y lactancia materna continuada 45%, pero de nivel bajo en calidad 41%. 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. Asimismo, 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 y lo más importante sin perjudicar su salud futura.

La adecuación de la alimentación complementaria (en términos de tiempo, suficiencia, seguridad y adaptación) depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las prácticas de alimentación de los cuidadores. Los alimentos deben administrarse de forma apropiada, lo cual significa que deben tener una textura adecuada para la edad del niño y administrarse de forma que respondan a su demanda, de conformidad con los principios de la atención psicosocial. Además, deben prepararse y administrarse en condiciones seguras, es decir, reduciendo al mínimo el riesgo de contaminación por microorganismos patógenos, en compañía de los padres quienes deben constituirse en un ejemplo en la adquisición de hábitos para el niño, además, es necesario mantener la socialización antes que propiciar la distracción. Respecto al nivel de conocimiento global (**Gráfico 3**) sobre alimentación complementaria, se obtuvo que el 48% de las madres tuvo un nivel medio, seguido de un 32% que tuvo nivel bajo y solo el 21% alcanzó un nivel alto. Resultados que difieren con los de Galindo D.<sup>39</sup> quien entre sus resultados menciona que del 100%, 55% de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% desconocen. Es necesario educar a las madres sobre la alimentación complementaria que permita el aprendizaje y práctica segura tal como comprobó en su estudio Cisneros E, Vallejos Y.<sup>40</sup> quien menciona que los resultados muestran que el Pos Test 96.7% de madres alcanzaron un nivel de conocimientos Alto, luego en prácticas se muestra el

76% de las madres tenían una práctica adecuada, y el 24 % prácticas inadecuadas, finalmente 6.7 % de madres tienen actitudes inadecuadas, asimismo el 93.3 % de las madres tienen actitudes adecuadas.

Las madres o las personas encargadas de la alimentación del niño son las responsables de salvaguardar su bienestar, no solo en proporcionar alimentos, sino que debe conocer cuáles son los alimentos indicados para el niño, como se sabe, según la bibliografía revisada, alrededor de los 6 meses de edad, el intestino adquiere un desarrollo suficiente para funcionar como “barrera” y en buena proporción evitar la entrada de alérgenos alimentarios. A su vez, cantidad y calidad de enzimas resultan suficientes; este aspecto, sumado al anterior, facilita la digestión y la absorción, protegiendo de intolerancias alimentarias (manifestadas, por ejemplo, con vómitos y diarreas). Estos aspectos deben ser informados por el profesional de enfermería durante los controles de crecimiento y desarrollo del niño como parte de la preparación para la alimentación complementaria. El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria fue medio en el mayor número de madres que tenían de 23 a 29 años, evidenciándose que el nivel alto fue alcanzado por las madres de 30 a 36 años (**Gráfico 4**). Resultados que comparados con los de Puma L.<sup>43</sup> se pueden destacar similitud en el conocimiento, sin embargo, el mayor número de las madres tenían edades en un intervalo casi similar. Sin embargo, en el estudio de Gamarra R, Porroa M, Quintana M.<sup>42</sup> el 81% de participantes mostró nivel de conocimientos alto, sin destacar la edad por lo que no fue significativa. Las madres con mayor edad tienen mayor experiencia, motivo por el cual han podido adquirir mayor conocimiento en razón al número de hijos. El nivel de conocimiento según grado de instrucción alcanzó nivel medio tenían nivel secundario (46) (**Gráfico 5**) Cisneros E, Vallejos Y.<sup>40</sup> quien menciona que los resultados muestran que el Pos Test 96.7% de madres alcanzaron un nivel de conocimientos Alto, sin destacar relación alguna con el grado de instrucción. El comportamiento para el grado de instrucción está en razón a que mientras mayor es mejor conocimiento y aprendizaje puede tener la persona, pero el tema de alimentación complementaria involucre conocimiento asociado a conductas que deben ponerse en práctica para ser

aprendidas, lo cual no sucede en el estudio. Es necesario resaltar que la instrucción secundaria puede considerarse una fortaleza del grupo de estudio por cuanto es básico que el profesional de enfermería tome en cuenta en la consejería nutricional como actividades intramurales o extramurales. Los niños y niñas evaluados tenían edades entre 6 y 12 meses, **(Cuadro 2)** existiendo un mayor porcentaje en los niños y niñas de 9 meses (19.8%), asimismo, hay mayor proporción de niñas (54%) que niños. Resultados que difieren con los de Escobar M.<sup>36</sup> quien, en su estudio, el 54% de los niños evaluados eran de sexo masculino. El sexo no es significativo en el comportamiento del estado nutricional, por tanto, ambos sexos están en riesgo de sufrir alguna alteración. Respecto al estado nutricional de los niños entre 6 y 12 meses, **(Gráfico 6)** en su mayoría un fue normal, según P/E alcanzó el 79%; según T/E alcanzó 79% y según P/T alcanzó 81%, observándose además que el estado nutricional de sobrepeso continua con 18%; 14% y 16% respectivamente. Resultados que se asemejan a los de Díaz D.<sup>41</sup> en cuanto al estado nutricional, se encontró 34.7% desnutrición crónica, 30.6% riesgo nutricional y 34.7% Estado nutricional normal. La desnutrición crónica implica la existencia de talla baja, lo cual aún están presente en los niños en estudio, esto pone en riesgo la salud del niño por su predisposición a desarrollar anemia y cualquier otra enfermedad por su deficiente equilibrio nutricional. Sin embargo, el diagnóstico que llama la atención corresponde al sobrepeso, un comportamiento observado en los últimos años. La inserción de la madre al campo laboral implica menor disposición para preparar los alimentos al niño, creándose un ambiente rutinario de consumo en mayor proporción de carbohidratos y grasa, lo cual se encuentra en alimentos preparados, envasados, caracterizados por su alto contenido calórico. En la tabla de contingencia se cruzan los valores obtenidos en ambas variables, obteniéndose que el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en la mayoría de las madres fue medio las cuales tenían niños con estado nutricional normal 44%. Resultados que difieren a los de Calle S, Morocho B, Otavalo J.<sup>35</sup> quienes mencionan que el estado nutricional está ligado al conocimiento materno, así como con una condición socioeconómica de mejor calidad. Asimismo, Escobar M.<sup>36</sup> Tras el análisis del

estado nutricional de cada niño y niña y el nivel de conocimientos de sus respectivas madres se observa que el mayor número de niños con estado nutricional normal y estados nutricionales por déficit (riesgo de desnutrición crónica, desnutrición global y desnutrición crónica), son hijos de madres cuyo nivel de conocimientos es medio. En relación al estado nutricional, los resultados son similares al estudio de Calle<sup>35</sup> el 56% de niños tienen bajo peso y el 1% sobrepeso, están relacionados con el déficit de conocimientos maternos sobre nutrición, alimentación. El 43% de niños tienen peso normal, estado nutricional que está ligado al conocimiento materno, así como con una condición socioeconómica de mejor calidad. Los alimentos complementarios son a menudo de una calidad nutricional inferior a la leche materna. Además, en numerosas ocasiones se ofrecen en edades demasiado tempranas o con demasiada frecuencia lo que contribuye al desplazamiento de la leche materna. Por otra parte, la capacidad gástrica limita la cantidad de alimento que un lactante o niño de corta edad puede consumir durante cada comida. En consecuencia, estos niños necesitan que su cuidador, con el consejo nutricional adecuado, seleccione y ofrezca alimentos apropiados al niño en cantidad y calidad suficientes, lo cual, a su vez, asegurará un óptimo crecimiento y desarrollo de sus habilidades.

## **6.2. Conclusiones**

- El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres se relaciona al estado nutricional de niños menores de 1 año del Centro de Condorillo Chincha 2016, por tanto, se concluye que existe relación entre las variables de estudio demostrado a través del estadístico chi cuadrado ( $\chi^2 = 20.9$ )
- El nivel de conocimiento de las madres con niños menores de 1 año sobre alimentación complementaria del Centro de Condorillo Chincha 2016 fue bajo. Reflejando una tendencia negativa, por tanto, se acepta la hipótesis planteada.
- Al relacionar el nivel de conocimiento y la edad de las madres, se obtuvo que a mayor edad tenían mejor conocimiento, sin embargo, las madres con grado de instrucción secundario tuvieron mayoritariamente un nivel de

conocimiento medio, en tanto que a mayor número de hijos las madres presentan mejor nivel de conocimiento. Por tanto, se acepta la hipótesis planteada.

- El estado nutricional según los indicadores de P/E; T/E; y P/T fue regular en la mayoría de los niños menores de 1 año del Centro de Condorillo Chincha 2016, existiendo pequeños porcentajes de niños con sobrepeso y de talla baja. Por tanto, se rechaza la hipótesis planteada.

### **6.3. Recomendaciones**

- Promover la importancia de las adecuadas prácticas de alimentación complementaria, fortaleciendo el conocimiento, tomando en cuenta las costumbres de la población y concientizándola sobre lo fundamental que es esta etapa de la alimentación del niño como forma de prevención de la desnutrición o sobrepeso infantil.
- Implementar sesiones educativas dirigidas exclusivamente a las madres o encargadas del cuidado de niños que inician la alimentación complementaria, con la finalidad de garantizar una alimentación de calidad y evitar problemas nutricionales en el niño, dichas captaciones se pueden realizar en el control de CRED, donde se puede evaluar dichas conductas y el crecimiento adecuado o no de los niños, teniendo como escenario la institución como actividad intramural o la vivienda como actividad extramural.
- Fortalecer el conocimiento de las madres respecto a la alimentación complementaria tomando en cuenta las principales características demográficas que puedan constituirse en fortalezas o debilidades las cuales deben ser tratadas y superadas a favor del aprendizaje del tema.
- La institución comprometida debe enfatizar en la promoción de actividades preventivas promocionales interactivas destinadas a fortalecer y fomentar la salud del niño, así como también, realizar un programa de seguimiento del estado nutricional, orientado a prevenir trastornos derivados de los problemas nutricionales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) OMS. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Centro de prensa [en línea]. 2014. [fecha de acceso 10 de abril del 2015].URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
- (2) OMS y FAO crisis alimentaria en América latina y el caribe. Fundación avina [en línea]. 2013. [fecha de acceso 10 de abril del 2015].URL disponible en: <http://www.avina.net/esp/10362/incontext-31/#sthash.ZdCx11Ei.dpuf>.
- (3) MINSA. Lineamientos de nutrición Materno infantil del Perú. [Archivo en pdf]. Lima: 2004. [Fecha de acceso: 03 de febrero del 2012] Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/INS/158\\_linnut.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/INS/158_linnut.pdf)
- (4) Puma L. Nivel de conocimientos de las madres y características de la alimentación complementaria en menores de un año Puesto de Salud san Martín de Porres. [Tesis de titulación] Universidad Privada San Juan Bautista Pisco; 2012.
- (5) Pachas M. características de la alimentación complementaria y estado nutricional en niños de 6 a 11 meses atendidos en el puesto de salud san Isidro de Pueblo Nuevo. [Tesis de licenciatura]. Chíncha; 2011. [Fecha de acceso 25 de diciembre del 2014]. Universidad Privada San Juan Bautista
- (6) Importancias sobre los beneficios de la alimentación en los niños [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/e](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/e)
- (7) [es.slideshare.net/SusanaGG/pruebas-bioquimicas](http://es.slideshare.net/SusanaGG/pruebas-bioquimicas)
- (8) <https://es.wikipedia.org/wiki/Antropometría>
- (9) Arias V, Uquillas A. Modelo para la creación de Centro de nutrición para niños y niñas de 6 meses a 14 años de edad en la Zona Norte de Guayaquil. [Tesis de maestría] Ecuador; 2013. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/420/1/T-UCSG-POS-MGSS-6.pdf>
- (10) Daza W, Dadán S. Alimentación complementaria en el primer año de vida. [Artículo científico] Universidad El Bosque. [Fecha de acceso: 12 de enero del 2015] Disponible en:

[http://www.scp.com.co/precop/precop\\_files/modulo\\_8\\_vin\\_4/alimentacion\\_complementaria\\_1ano\\_vida.pdf](http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_8_vin_4/alimentacion_complementaria_1ano_vida.pdf)

- (11) Instituto Nacional de Salud Perú. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la alimentación y Nutrición de la Gestante y Madre de Niños menores de 3 años. Lima- Perú: Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lima; 2004.
- (12) FAO. Tema 7: La alimentación de los niños de más de seis meses. [Notas sobre nutrición] [Fecha de acceso: 23 de enero del 2015] Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-y5740s/y5740s11.pdf>
- (13) MINSA. Nutrición por etapa de vida: alimentación complementaria del lactante 6 a 24 meses. [Archivo en pdf] Lima; 2012. [Fecha: 23 de febrero del 2015] Disponible en:  
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe//descargas/ogc/especiales/2007/nutricion/archivos/ALIMENTACION6MESESA24.pdf>
- (14) Moreno Villares JM, Galiano Segovia MJ. El desarrollo de los hábitos alimentarios en el lactante y el niño pequeño. Sentido y sensibilidad. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8 Supl 1:S11-25 disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-525-pdf/550.pdf>
- (15) Minsa. Lineamientos de gestión de estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable [en línea]. 2011. [fecha de acceso 10 de abril del 2015].URL disponible en:  
[http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/not/temdif73/Lineamientos%20\\_ESNANS\\_FINAL.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/not/temdif73/Lineamientos%20_ESNANS_FINAL.pdf)
- (16) Shehade N, Aslih N, Shihab S, Werman MJ, Sheinman R, Shamir R. Human milk beyond one year post-partum: lower content of protein, calcium, and saturated very long-chain fatty acids. J Pediatr 2006;148:122-4 disponible en: [http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(05\)01022-X/abstract](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(05)01022-X/abstract)
- (17)García E, De la Llata M, Kaufer M, Tusié MT, Calzada R, Velázquez V, Barquera S, Caballero AJ, y cols. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión Salud pública Méx 2008; 50:530-547 disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50n6/15.pdf>



(18)Shehadeh N, Aslih N, S Shihab, Werman MJ, Sheinman R, leche Shamir R. humanos más allá de un año después del parto: menor contenido de proteína, calcio y ácidos grasos muy largo – cadena saturados. J Pediatr 2006; 148:122-4 disponible en: [http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(05\)01022-X/abstract](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(05)01022-X/abstract)

(19)Organización Panamericana de la Salud. Características de la alimentación complementaria. Guía para la alimentación saludable [archivo en pdf] Disponible en:

[www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim\\_0a2.pdf](http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim_0a2.pdf)

(20)Ownby DR, Havstad SL, Woodcroft KJ, Wegienka G, MacKechnie H, Zoratti E, Peterson EL et al. Early complementary feeding and risk of food sensitization in a birth cohort The Journal of Allergy and Clinical Immunology 2011;127,1203-1210.e5, disponible

en [http://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(11\)00343-5/abstract](http://www.jacionline.org/article/S0091-6749(11)00343-5/abstract)

(21)Evaluación del estado nutricional. Ehas [en línea]. . [Fecha de acceso 10 de abril del 2015].URL disponible en:

(22) <http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatria/nutricion/Clase%20401.htm>

(23) INEI. Manual de antropometría. ENDES [en línea]. 2012. [fecha de acceso 10 de abril del 2015].URL disponible en:

(24)[http://www.minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/encuestas\\_INEI/Bddatos/Documentos%20Metodologicos/Manuales/MANUAL%20DE%20LA%20ANTROPOMETRISTA%202012.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/encuestas_INEI/Bddatos/Documentos%20Metodologicos/Manuales/MANUAL%20DE%20LA%20ANTROPOMETRISTA%202012.pdf)

(25)MINSA. Norma Técnica del control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña. Lima; 2011.

(26)MINSA. Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño [en línea]. [Fecha de acceso 10 de abril del 2015].URL disponible en:

<http://www.fundacion.telefonica.com.pe/pronino/centrodoc/31156491doc.pdf>

(27)Fundamentos Teóricos de las Ciencias Económicas. [Fecha de acceso: 12 de enero del 2015] Disponible en:

<http://materialdeapoyo2011.blogspot.com/2011/03/que-es-el-conocimiento-mario-bunge.html> pág. 1.

(28) Enciclopedia electrónica. Conocimiento científico. [Texto en línea]. [Fecha de acceso: 12 de diciembre del 2014]. Disponible en: [http://enciclopedia.us.es/index.php/Teor%C3%ADa\\_del\\_conocimiento](http://enciclopedia.us.es/index.php/Teor%C3%ADa_del_conocimiento)

(29) Andreu R, Sieber S. La Gestión Integral del Conocimiento y del Aprendizaje: Pendiente de publicación en Economía Industrial. [Texto en línea]. 2000. [Fecha de acceso: 12 de diciembre del 2015]. En [http://www.gestiondelconocimiento.com/conceptos\\_conocimiento.htm](http://www.gestiondelconocimiento.com/conceptos_conocimiento.htm)

(30) Hernández Aguilar MT. Alimentación Complementaria. Curso de Actualización Pediatría. Madrid: AEP ap. 2006. Pág. 250

(31) Andreu R, Sieber S. La Gestión Integral del Conocimiento y del Aprendizaje: Pendiente de publicación en Economía Industrial. [Texto en línea]. 2000. [Fecha de acceso: 12 de diciembre del 2015]. En [http://www.gestiondelconocimiento.com/conceptos\\_conocimiento.htm](http://www.gestiondelconocimiento.com/conceptos_conocimiento.htm)

(32) Callo G. Conocimientos y prácticas sobre alimentación y nutrición en niños menores de 5 años en madres participantes y no participantes de sesiones educativas en Paucará- Huancavelica. Lima; 2009. Tesis de pregrado publicada. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima- Perú.

(33) Calle S, Morocho B, Otavalo J. conocimiento materno sobre alimentación, nutrición y su relación con el estado nutricional de niños as menores de 2 años que acuden al sub centro de salud de san pedro de cebollar. [Tesis de licenciatura]. Ecuador; 2013. [Fecha de acceso 25 de diciembre del 2015]. URL disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4907>

(34) Escobar M. Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas que acuden a consulta externa de pediatría en el hospital del IESS de Latacunga. [Tesis de licenciatura] Ecuador. 2013. Disponible en:

(35) Bustamante J, Zhagñay P. (2014) Ecuador. 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. URL:

(36) Fernández sistema, miguel ángel palabras claves : educación en salud; chambo [canton]; destete; alimentación complementaria; material educativo; madres de familia fecha de publicación :

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4117/1/GONZ%C3%81LEZ%20RISCO%20LUCAS%20JOSEPH%20.pdf>

(36)Fundación FES Social. Factores asociados a la iniciación Inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes de Cali y Manizales, Colombia. 2012.

(37)Galindo D. conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el centro de salud "nuevaesperanza". [Tesis de licenciatura]. LIMA 2012. [Fecha de acceso 25 de diciembre del 2014]. URL disponible en:

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1297/1/Galindo\\_bd.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1297/1/Galindo_bd.pdf)

(38)Cisneros E, Vallejos Y. efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses. [Tesis de licenciatura]. CHICLAYO 2014. [Fecha de acceso 25 de diciembre del 2014]. URL disponible en: [http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/379/1/TL\\_CisnerosPomaEvelin\\_VallejoEsquivesYacarly.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/379/1/TL_CisnerosPomaEvelin_VallejoEsquivesYacarly.pdf)

(39)Díaz D. Las prácticas de ablactancia, estado nutricional y desarrollo psicomotor en lactantes de 6 - 12 meses de edad, Comunidad de manchay. [Tesis de licenciatura]. LIMA 2012. [Fecha de acceso 25 de diciembre del 2014]. URL disponible en:

[http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/334/1/Diaz\\_d.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/334/1/Diaz_d.pdf)

(40)Gamarra R, Porroa M, Quintana M. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. [Tesis de licenciatura] Lima: 2012. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n3/a07v71n3.pdf>

(41)Puma L. Nivel de conocimientos de las madres y características de la alimentación complementaria en menores de un año Puesto de Salud san Martín de Porres. [Tesis de titulación] Universidad Privada San Juan Bautista Pisco; 2012.

(42)Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa: Alimentación del lactante y del niño pequeño. 2013. Recuperado 17/06/2016. Disponible en: <http://URL.www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>

(43)MINSA. Norma Técnica del control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña. Lima; 2011.

(44)MINSA. Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño [en línea]. [Fecha de acceso 10 de abril del 2015].URL disponible en:

<http://www.fundacion.telefonica.com.pe/pronino/centrodoc/31156491doc.pdf>

**ANEXOS**

ANEXO Nº 01

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO	FUENTE
<b>VARIABLE 1 :</b> NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori) respecto a la alimentación que inicia a los seis meses en el niño como complemento a la lactancia materna. Dentro de las dimensiones se considera a:	Capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Es identificado a través de un cuestionario cuyos valores finales corresponden a: alto, medio y bajo.	-Beneficios de la alimentación  - Medidas de higiene	-Nutritivos -Beneficiosos -Importancia  -Lavados de manos -lavados de alimentos -Baños personales	Ordinal	Encuesta	Encuesta Madres de familias

<p><b>VARIABLE 2 : ESTADO NUTRICIONAL</b></p>	<p>concepto de la alimentación complementaria, edad de inicio, frecuencia, consistencia, tipo de alimentos, higiene y entorno.</p> <p>-Es la situación de salud y bienestar que determina la nutrición en una persona o colectivo.</p> <p>Asumiendo que las personas tenemos necesidades nutricionales concretas y que estas deben ser satisfechas, un estado nutricional óptimo se alcanza cuando los requerimientos fisiológicos,</p>	<p>-Es la resultante de la interacción dinámica, en el tiempo y en el espacio, de la alimentación (utilización de la energía y nutrientes contenidos en los alimentos) en el metabolismo de los diferentes tejidos y órganos del cuerpo, el cual será identificado a través del IMC según tabla del MINSA, identificado como: Normal, de riesgo.</p>	<p>-Pruebas bioquímicas</p> <p>-Laboratorios</p> <p>-Medidas antropométricas</p>	<p>-anemia</p> <p>-examen de hemoglobina</p> <p>-examen de orina</p> <p>-Edad</p> <p>-Peso</p> <p>-Talla</p>	<p>Ordinal</p>		
---	---	--	--	--	----------------	--	--

	bioquímicos y metabólicos están adecuadamente cubiertos por la ingestión de nutrientes a través de los alimentos. El estado nutricional se establece a través de los indicadores Peso/edad; Talla/edad y Peso/talla.						
--	--	--	--	--	--	--	--



**ANEXO Nº 02**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

<b>VARIABLE</b>	<b>PROBLEMA DE INVESTIGACION</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPOTESIS</b>	<b>DIMENSIONES INDICADORES</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>FUENTE</b>
<p><b>CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA</b></p>	<p>PG ¿Cuál es la relación que existe entre nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres relacionadas al estado nutricional en niños menores de 1 año centro de Condorillo-Chincha 2016.</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p>PE1. ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre alimentación complementaria en sus beneficios y el estado nutricional en niños menores de 1 año en el Centro de Condorillo – Chincha 2016?</p> <p>PE2. ¿Cuáles la relación que existe entre el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre alimentación</p>	<p>OG Determinar cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en las madres y el estado nutricional en niños menores de 1 año en el Centro de Condorillo - Chincha 2016.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>OE1 Identificar cual es la relación que existe entre el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre alimentación complementaria en su beneficios y el estado nutricional en niños menores de 1 año en el Centro de Condorillo –Chincha 2016?</p> <p>OE2. ¿Identificar cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre</p>	<p>HG A mayor conocimiento sobre la alimentación complementaria mejorará el estado nutricional en los niños menores de 1 año en el centro de condorillo-chincha 2016.</p> <p><b>Hipótesis específicos</b></p> <p>HE1 A mayor conocimiento que tenga las madres sobre la alimentación complementaria y los beneficios nos brindaran mejores prácticas acerca del estado nutricional en los niños menores de 1 año en el Centro de Condorillo-Chincha 2016.</p> <p>HE2 A mayor conocimiento que tengan las madres sobre alimentación complementaria en las medidas de higiene, se mejorara el estado de salud</p>	<p><b>•BENEFICIOS DE LA ALIMENTACION</b></p> <p>-NUTRITIVOS -BENEFICIOS -IMPORTANCIA</p> <p><b>MEDIDAS DE HIGIENE</b></p> <p>-LAVADO DE MANOS -LAVADOS DE ALIMENTOS. -BAÑO PERSONAL</p>	<p>Tipo de estudio: Enfoque cuantitativo, alcance descriptivo, correlacional, corte transversal Técnica: Encuesta. Instrumentos: Cuestionario (Conocimiento) Terrones (2013) Estado nutricional (tabla de evaluación nutricional) MINSA</p>	<p>Madre de familia que será encuestada en el Centro de Condorillo-chincha 2016</p>

<p><b>ESTADO NUTRICIONAL</b></p>	<p>complementaria en sus medida de higiene y el estado nutricional en niños menores de 1 año en el Centro de Condorillo – Chincha 2016?.</p> <p>PE3. ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional según pruebas bioquímicas en niños menores de 1 año en el Centro de Condorillo - Chincha 2016?.</p> <p>PE4. ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional según medidas antropométricas en niños menores de 1 año atendidos en el Centro de Condorillo - Chincha 2016?</p>	<p>alimentación complementaria y el estado nutricional en sus medidas de higiene en niños menores de 1 año atendidos en el Centro de Condorillo – Chincha 2016?.</p> <p>OE3. ¿Identificar cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional según pruebas bioquímicas en niños menores de 1 año en el Centro de Condorillo - Chincha 2016?</p> <p>OE4. ¿Identificar cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional según medidas antropométricas en los niños menores de 1 año en el Centro de Condorillo - Chincha 2016?</p>	<p>nutricional en los niños menores de 1 año en el Centro de Condorillo - Chincha 2016</p> <p>HE3 A mayor conocimiento que tengan las madres sobre alimentación complementaria y su estado nutricional tendrá resultados positivos según pruebas bioquímicas aplicadas a niños menores de 1 año en el Centro de Condorillo - Chincha 2016.</p> <p>HE4 A mayor conocimiento que tengan las madres sobre alimentación complementaria y su estado nutricional será el adecuado según medidas antropométricas sus resultados son de un crecimiento y desarrollo normal en los niños menores de 1 año en el Centro de Condorillo - Chincha 2016.</p>	<p><b>• PRUEBA BIOQUIMICA</b></p> <p>-ANEMIA -EXAMEN DE HEMOGLOBINA -EXAMEN DE ORINA</p> <p><b>•MEDIDAS ANTROPOMETRICA</b></p> <p>- -EDAD -PESO -TALLA</p> <p>Índices básicos del I.M.C. Tabla de evaluación nutricional del MINSA</p>		<p>Ficha de evaluación nutricional</p>
----------------------------------	---	--	---	--	--	--

## MATERIAL, EQUIPO Y PRESUPUESTO

DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL
<b>SALARIOS</b>	Unidad	1	500	500
➤ Asesor estadístico				
➤ Asesor de la investigación	Unidad	1	500	500
<b>PASAJES</b>				
➤ Transporte local	Pasaje	300	1.00	300.00
<b>MATERIAL</b>	millar	2	20.00	40.00
➤ Papel bond	unidad	1	17.00	17.00
➤ Memoria USB	unidad	1	10.00	10.00
➤ Perforador	caja	1	8.00	8.00
➤ Engrapador	unidad	1	3.00	3.00
➤ Grapas	Unidad	50	1.00	50.00
➤ Lapiceros rojo, azul, negro	unidad	3	2.50	7.50
➤ Correctores	unidad	3	2.50	7.50
➤ Resaltador	unidad	3	1.00	3.00
➤ Lápices	unidad	3	1.00	3.00
➤ Borrador	Unidad	3	3.00	9.00
➤ Regla	unidad	3	1.00	3.00
➤ Tajador	unidad	1	4.50	4.50
➤ Archivador	hoja	190	0.20	380
➤ Impresión	unidad	6	15.00	90.00
➤ Empastado	unidad	25	0.60	15.00
➤ Fólderes	unidad	25	0.20	5.00
➤ Fastener				
<b>SERVICIOS</b>	horas	100	1.00	100.00
➤ Internet	llamadas	100	0.50	50.00
➤ Llamadas telefónicas				
➤ Copias	copias	300	0.10	30.00
<b>TOTAL</b>	<b>2335, con 50 centavos</b>			

## **ANEXO Nº 03**

### **INSTRUMENTO**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA  
EN MADRES RELACIONADAS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS  
MENORES DE 1 AÑO CENTRO DE CONDORILLO - CHINCHA 2016”**

#### **PRESENTACIÓN**

Señora buenos días, soy estudiante de enfermería de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, estoy realizando un estudio en coordinación con el Centro de Condorillo -Chincha a fin de obtener información sobre los conocimientos que tienen las madres de los lactantes de 6 a 12 meses sobre la alimentación complementaria. Para lo cual se le solicita su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces a las preguntas que a continuación se le presenta expresándole que la información es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su participación.

#### **INSTRUCCIONES**

A continuación, se le presenta una serie de preguntas a fin de que Ud., responda marcando con un aspa X la respuesta que considere correcta:

#### **DATOS GENERALES**

##### **1 EDAD**

- a).16 a 22
- b).23 a 29
- c).30 a 36
- d).37 a 42

##### **2 ESTADO CIVIL:**

- a).soltero

b).casado

c).conviviente

d).separados

### **3 GRADO DE INSTRUCCIÓN**

a).primaria

b).secundaria

c).superior

### **4¿NUMEROS DE HIJOS?**

**a).solo 1**

**b).2 a 3**

**c).más de 3**

## **GUIA DE OBSERVACION**

EL INVESTIGADOR LEE LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTA SECCION Y MARCARA LA ALTERNATIVA QUE CORRESPONDE SEGÚN LA RESPUESTA DEL ENTREVISTADOR:

### **DIMENSION: Beneficios de la Alimentación.**

#### **1.- ¿A qué edad se inicia la alimentación complementaria?**

- A) a los 6 meses.
- b) a los 8 meses.
- c) a los 12 meses.

#### **2.- ¿Qué cantidad de comida debe comer un niño de 6 meses?**

- A).-2-3 cucharadas.
- b).-10 a más cucharadas.
- C.-3 a 4 cucharadas

#### **3.- ¿Qué beneficios tiene el niño menor de 1 año de edad al tener una buena alimentación?**

- A).- que no tome más leche materna.
- b).-que gane peso y talla.
- C.-que sea un niño con bajo peso.

#### **4.- ¿Qué es la alimentación complementaria?**

- a).-Introducción de alimentos sólidos al lactante.
- b).-Inicio de alimentos semisólidos + Lactancia Materna.
- C.-Inicio de alimentos solo líquidos al niño lactante.

#### **5.- ¿Cuántas cucharadas de comida debe de comer un niño de seis meses?**

- A).-2-3 cucharadas.
- b).-10 a más cucharadas.

C.-3 a 4 cucharadas

**6.- ¿Cuántas veces al día debe de comer un niño de seis meses?**

a).-2 veces al día.

b).-4 veces día.

C.-5 veces día

**7.- ¿Con que tipo de alimentos inicia el niño de 6 a 7 meses durante la alimentación?**

a).-Papillas espesas (papa, zanahoria, camote)

b).-Sopitas o calditos (sémola, verduras de colores)

C.-Frutas (naranja, mandarina, melón)

**8.- ¿Los alimentos de origen animal (carne,pollo,pescado) cuantas veces por semana puede comer el niño de 8 meses de edad?**

a).-1 vez por semana

b).-3 veces por semana

c).-Todos los días

**9¿Qué beneficios tiene las frutas cocidas al vapor?**

a).-Azúcares y grasas

b).-Vitaminas y minerales

C.-Solo azúcares

**10.- ¿Cuál es la consistencia de la comida del lactante según meses de edad?**

a).-Semisólido a los 6 a 9 meses

b).-Solo alimentos líquidos hasta los 12 meses

c).-En trozos a partir de los 12 meses

**11.- ¿A qué edad el niño puede ingerir todos los alimentos de la olla familiar?**

A) a los 6 meses.

b) a los 8 meses.

c) a los 12 meses.

**12.- ¿Con que frecuencia se le puede dar los huevos de codorniz durante la alimentación?**

a).-una vez a la semana.

b).-tres veces por semana

C.-No se debe dar

**13.- ¿Cuáles son los alimentos de un niño de 9 meses?**

a).-Puré + hígado + verduras + jugo de frutas.

b).-Sopa de verduras + puré + agua.

C.-caldito de fideos + compota de frutas + agua.

**14.- ¿Qué cantidad de alimentos debe ingerir un niño de 12 meses?**

a).-1 ½ taza

b).-Media taza

c).-Un cuarto de taza

**15.¿En la comida que se sirve al niño, se le debe agrega?**

a).-Una cucharadita de aceite vegetal

b).-Una cucharadita de manteca

C.-No se agrega nada.

**16.- ¿A qué edad se le puede dar la clara de huevo al niño?**

a).-A los 6 meses

b).-A los10 meses

C.-A los 12 meses



**17.- ¿A qué edad se recomienda iniciar con los alimentos cítricos durante la alimentación complementaria?**

a).-6 meses

b).-8 meses

C.-12 meses

**18.- ¿Dónde se le debe dar los alimentos al niño?**

a) En la sala

b) En el comedor

c) En el dormitorio

**DIMENSIONES: Medidas de higiene**

**19.- ¿Es necesario lavarse las manos antes y después de darle de comer a un lactante?**

Si ( ) No ( )

**20.- ¿Usted baña todos los días a su niño?**

Si ( ) No ( )

**21.¿Usted lava bien los alimentos que se le da a su niño?**

Si ( ) No ( )

**22¿Usted cocinar bien todos los alimentos?**

Si ( ) No ( )

**DIMENSION: Pruebas bioquímicas.**

**23.- ¿Son importantes los análisis que se realizan a su niño?**

Si ( ) No ( )

**DIMENSION: MEDIDAS ANTROPOMETRICAS**

**24.- ¿Cuenta con el carnet de crecimiento y desarrollo del niño?**

**Si ( )**

**No ( )**

**25.- ¿Usted sabe cuál es el peso y talla de su niño?**

**Si ( )**

**No ( )**

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## Fotos de encuesta











Chincha, 15 de julio 2016  
Señor (a) Magíster:

Lilian Castillo Martínez

Me es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y, a la vez, comunicarle que estoy realizando la investigación con título:

Título: CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN MADRES RELACIONADAS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CENTRO DE SALUD CONDORRILLO - CHINCHA 2016

Por lo que le adjunto la matriz de consistencia y el instrumento para que, gracias a su experiencia, conocimiento y espíritu de colaboración, usted los evalúe.

Tengo interés en conocer si el contenido teórico de algunas preguntas es relevante al problema y los objetivos de mi estudio, y si están redactados correctamente.

Agradezco anticipadamente su valiosa opinión, y hago mención y propicia la ocasión para expresarle mi estima personal.

*Lilian Castillo Martínez*

Lilian Castillo Martínez

15.07.2016

ANA CECILIA TASAYCO HUAROTE

DNI 44371506

EGRESADA

FACULTAD DE ENFERMERIA

FILIAL CHINCHA - UIGV



Chincha, 15 de julio, 2016  
Señor (a) Magíster:

Carmen Ramos Yllescas

Me es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y, a la vez, comunicarle que estoy realizando la investigación con título:

Título: CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES RELACIONADAS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CENTRO DE SALUD CONDORILLO- CHINCHA 2016

Por lo que le adjunto la matriz de consistencia y el instrumento para que, gracias a su experiencia, conocimiento y espíritu de colaboración, usted los evalúe.

Tengo interés en conocer si el contenido teórico de algunas preguntas es relevante al problema y los objetivos de mi estudio, y si están redactados correctamente.

Agradezco anticipadamente su valiosa opinión, y hago mención y propicia la ocasión para expresarle mi estima personal.

*Rosemary  
Condorillo  
Carmen Ramos Yllescas*

*AC*  
Ana Cecilia Tasayco Huarote  
DNI 44391506  
EGRESADA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
FILIAL CHINCHA - UIGV





Chincha, 15 de julio, 2016  
Señor (a) Magíster:

Vanessa vilcapuma Saravia

Me es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y, a la vez, comunicarle que estoy realizando la investigación con título:

Título: CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES RELACIONADAS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CENTRO DE SALUD CONDORILLO- CHINCHA 2016

Por lo que le adjunto la matriz de consistencia y el instrumento para que, gracias a su experiencia, conocimiento y espíritu de colaboración, usted los evalúe.

Tengo interés en conocer si el contenido teórico de algunas preguntas es relevante al problema y los objetivos de mi estudio, y si están redactados correctamente.

Agradezco anticipadamente su valiosa opinión, y hago mención y propicia la ocasión para expresarle mi estima personal.

Lic. E. Vilcapuma Saravia  
CEP 35290  
ENFERMERA

Ana Cecilia Tasayco Huarote  
DNI: 44371506  
EGRESADA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
FILIAL CHINCHA - UIGV



## ANEXO Nº 05

### PRUEBA DE CONFIABILIDAD KUDER RICHARSON

Según autor Terrones Bardales MI. URP (2013)

Dimensión	n	KR-20	Confiabilidad
Generalidades	7	0.6686	Aceptable
Características	13	0.8425	Aceptable

#### COEFICIENTE KUDER RICHARSON KR-20

$$r_a = \frac{n}{n-1} * \frac{V_t - \sum pq}{V_t}$$

En donde:

$r_a$  = coeficiente de confiabilidad.

$N$  = número de ítems que contiene el instrumento.

$V_t$  = varianza total de la prueba.

$\sum pq$  = sumatoria de la varianza individual de los ítems.

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1 y es mayor que .5, por lo cual la confiabilidad del instrumento es Aceptable, tomando en cuenta todos los ítems de cada dimensión.