

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU RELACIÓN CON
EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 12
MESES EN EL CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD
HUANCAYO 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO,
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACIÓN DE LA PRIMERA
INFANCIA**

**ELIZABET REDINA CAJAMALQUI PAREDES
INÉS DONATILA HUANCAYA YARINGAÑO**

**Callao, 2018
PERÚ**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE
ALIMENTACION COMPLEMENTARIA Y SU RELACION CON EL
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES
EN EL CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD HUANCAYO
2017**

AUTORES:

ELIZABET REDINA, CAJAMALQUI PAREDES

INES DONATILA, HUANCAYA YARINGAÑO



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

XLV CICLO TALLER DE TESIS PARA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

ACTA N° 150-2018

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 09:30-10:00 horas del sábado 24 de noviembre del año dos mil dieciocho, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud, se reúne el Jurado Evaluador del XLV Ciclo Taller de Tesis para la obtención de Título de Segunda Especialidad Profesional; conformado por los siguientes docentes:

Dra. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO	PRESIDENTA
Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN	SECRETARIA
Mg. CONSTANTINO MIGUEL NIEVES BARRETO	VOCAL

Con la finalidad de evaluar la sustentación de la Tesis, titulada "NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES EN EL CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD – HUANCAYO 2017", presentado por: Don(ña) CAJAMALQUI PAREDES ELIZABET REDINA y HUANCAYA YARINGAÑO INÉS DONATILA.

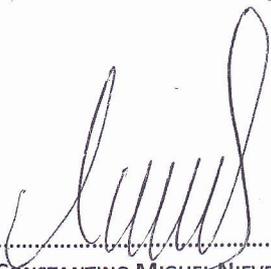
Con el quórum establecido según el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Callao, aprobado por Resolución de Consejo Universitario N° 309-2017-CU de fecha 24 de octubre de 2017; luego de la sustentación, los miembros del Jurado Examinador formularon las respectivas preguntas, las mismas que fueron absueltas.

En consecuencia, el Jurado Evaluador acordó **APROBAR** con la escala de calificación cualitativa*EXCELENTE*..., y calificación cuantitativa...*Dieciocho (18/20)*... de la Tesis para optar el **Título de Segunda Especialidad Profesional en ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO, DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACION DE LA PRIMERA INFANCIA**, de conformidad con el Art. 27° del Reglamento de Grados y Títulos, dándose por terminado el acto de sustentación, siendo las 09:30-10:00 horas del mismo día.

Callao, 24 de noviembre de 2018


.....
Dra. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO
Presidenta de Jurado Evaluador


.....
Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN
Secretaria de Jurado Evaluador


.....
Mg. CONSTANTINO MIGUEL NIEVES BARRETO
Vocal de Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A Dios porque es la luz
que ilumina nuestro camino,
sin él nada hubiera sido posible

A nuestros hijos, esposos y a la
familia por su amor, comprensión
y apoyo en todo momento.

A nuestros queridos padres
por su amor, sacrificio y
entrega incondicional día
día para lograr nuestras metas.

AGRADECIMIENTO

A Dios porque es quien guía nuestro camino y hace que todo sea posible, nos da el don de la vida, por demostrarnos tantas veces su existencia y con ello la fuerza para salir adelante de cada dificultad.

A la Universidad Nacional del Callao, institución prestigiosa y de renombre nacional, nuestro profundo agradecimiento por darnos la oportunidad de realizar una segunda especialidad en nuestra carrera de Enfermería.

Al Colegio de Enfermeros de la Región Junín, por su gestión en la realización de esta preparación académica.

A los docentes que nos impartieron conocimiento para la elaboración de este estudio.

A la Institución prestadora de salud "Centro de Salud La Libertad" de Huancayo por brindarnos las facilidades del caso.

A la población de estudio, porque sin ellos no hubiera sido posible la realización de este trabajo de investigación.

INDICE

ÍNDICE DE FIGURAS DE CONTENIDO.....	4
ABSTRAC	5
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.1. Descripción de la realidad problemática	9
1.2. Formulación del Problema.....	13
1.2.1. Problema General	13
1.2.2. Problemas Específicos	13
1.3. Objetivos	14
1.3.1. Objetivo General	14
1.3.2. Objetivos Específicos	14
1.4. Limitantes de la investigación.....	14
1.4.1. Limitante teórico	14
1.4.2. Limitante temporal.....	14
1.4.3. Limitante espacial.....	14
CAPÍTULO II:	15
MARCO TEORICO	15
2.1. Antecedentes	15
2.1.1. Antecedentes Internacionales	15
2.2. Antecedentes Nacionales.....	17
2.3. Marco	19

2.3.1. Teórico	19
2.4. Conceptual:	24
2.5. Definiciones de términos básicos	39
CAPITULO III	45
HIPOTESIS Y VARIABLES	45
3.1. Hipótesis general.....	45
3.1.1. Hipótesis general.....	45
3.1.2. Hipótesis específica:.....	45
3.2. Definición conceptual de las variables.....	45
3.2.1. Nivel de Conocimiento:.....	45
3.2.2. Estado Nutricional.	45
3.3. Operacionalización de Variables	46
CAPÍTULO IV	50
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	50
4.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	50
4.1.1. Tipo de la Investigación:	50
4.1.2. Diseño de la Investigación:.....	50
4.2. Población y muestra.....	50
4.2.1. Población:	50
4.2.2. Muestra de Estudio:.....	51
4.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.	52
4.3.1. Técnicas.....	52
4.3.2. Instrumentos	52
4.4. Análisis y procesamiento de datos	55
CAPÍTULO V	56
RESULTADOS	56

5.1. Resultados Descriptivos	56
5.2. Resultados Inferenciales	65
CAPITULO VI	67
DISCUSION DE RESULTADOS.....	67
6.1. Contrastación de la hipótesis	67
6.2. Contrastación de los resultados con estudios similares.	67
CONCLUSIONES.....	71
RECOMENDACIONES.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	73

ANEXOS

- Anexo 1: Instrumentos validados
- Anexo 2: Consentimiento informado
- Anexo 3: Base de datos
- Anexo 4: Otros resultados.
- Otros

ÍNDICE DE FIGURAS DE CONTENIDO

GRAFICO N°5.1.1 Grado de instrucción con de las madres de los niños de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED del Centro de Salud la Libertad	56
GRAFICO N°5.1.4 Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria de los niños de 6-12 meses que asisten al consultorio CRED del Centro de Salud la Libertad_	59
GRAFICO N°5.1.5. Nivel de conocimiento de las madres de los niños de 6-12 meses según las dimensiones de la alimentación complementaria que asisten al consultorio CRED del Centro de Salud la Libertad_.....	64
GRAFICO N° 5.1.8. Estado nutricional de los niños de 6-12 meses que asisten al consultorio CRED del Centro de Salud la Libertad_	90
GRAFICO N° 5.1.9 Estado nutricional de los niños de 6-12 meses según la variable peso/ edad que asisten al consultorio CRED del Centro de Salud la Libertad.....	91
GRAFICO N° 5.1.10 Estado nutricional de los niños de 6-12 meses según la variable talla/ edad que asisten al consultorio CRED del Centro de Salud la Libertad_	96
GRAFICO N° 5.1.11 Estado nutricional de los niños de 6-12 meses según la variable peso /talla que asisten al consultorio CRED del Centro de Salud la Libertad	100
GRAFICO N° 5.2.4 N° Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria del niño de 6-12 meses y el estado nutricional que asisten al consultorio CRED del Centro de Salud La Libertad_	102

RESUMEN

La tesis “Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses”. El objetivo de estudio fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud La Libertad – Huancayo 2017. Se tomó una muestra de 79 madres, el estudio fue de tipo cuantitativo método correlacional y de corte transversal. Las técnicas que se utilizaron fueron la entrevista y la observación. Los resultados fueron: La mayoría de las madres que participaron en la investigación tienen un nivel medio de conocimiento medio (54.4%) sobre alimentación complementaria; la mayoría de los niños en estudio de 6 a 12 meses tienen un estado nutricional normal (79.7%); asimismo las madres que tienen un nivel alto y medio de conocimiento sobre alimentación complementaria sus niños, tienen un estado nutricional normal, en relación a las madres con nivel bajo de conocimiento (17.7%) sus niños presentan desnutrición crónica mayoritariamente. Se concluyó que existe relación altamente significativa entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses. Los conocimientos en mayor porcentaje que tienen son: sobre prácticas saludables, entorno del niño y medidas de higiene; tienen un conocimiento medio, sobre las características de la alimentación complementaria y contenido nutricional la mayoría posee un conocimiento bajo. Con respecto al estado nutricional de los niños predomina el estado nutricional normal.

Palabras Claves: Alimentación Complementaria, Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria, Estado nutricional del niño de 6 a 12 meses.

ABSTRAC

The thesis "Level of knowledge of mothers about complementary feeding and its relationship with the nutritional status of children from 6 to 12 months". The objective of the study was to determine the relationship between the level of knowledge of mothers about complementary feeding and the nutritional status of children from 6 to 12 months who attend the Health Center La Libertad - Huancayo 2017. A sample of 79 mothers was taken , the study was a quantitative type correlational and cross-sectional method. The techniques that were used were the interview and the observation. The results were: Most of the mothers who participated in the research have a medium level of knowledge (54.4%) about complementary feeding; most of the children in the study of 6 to 12 months have a normal nutritional status (79.7%); likewise, mothers who have a high and medium level of knowledge about complementary feeding their children, have a normal nutritional status, in relation to mothers with low level of knowledge (17.7%) their children present chronic malnutrition mostly. It was concluded that there is a highly significant relationship between the level of knowledge of mothers about complementary feeding and the nutritional status of the child from 6 to 12 months. The knowledge in greater percentage that they have are: on healthy practices, surroundings of the boy and measures of hygiene; they have a medium knowledge, about the characteristics of complementary food and nutritional content most have low knowledge. With respect to the nutritional status of children, normal nutritional status predominates.

Key words: Complementary Feeding, Knowledge of mothers about complementary feeding, Nutritional status of the child from 6 to 12 months.

INTRODUCCIÓN

La alimentación complementaria, es una ventana crítica, para los lactantes, pues luego que él bebe se alimenta solo de leche materna, los seis primeros meses de vida; se inicia el periodo de la introducción de nuevos alimentos de manera progresiva en la dieta del bebé; así se tiene que considerar algunas características de la alimentación complementaria como: edad apropiada para el inicio de la alimentación complementaria, beneficios de la misma, riesgos de la alimentación complementaria, consistencia, cantidad, frecuencia, combinación, contenido nutricional, practicas saludables y entorno del niño; aspectos que influirán en el estado nutricional del niño, por ende en su desarrollo, otro factor determinante, viene a ser el nivel de conocimiento de la madre del lactante, en alimentación complementaria.

El presente trabajo de investigación que tiene como título: “Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses “, tiene por finalidad conocer la relación existente entre ambas variables. Y con ello reforzar la consejería nutricional e integral, en los aspectos que lo ameriten como: contenido nutricional, características de la alimentación complementaria entre otras, que favorecerán en mejorar la alimentación complementaria del niño, por ende, su estado nutricional y su óptimo desarrollo en todas las esferas.

El presente informe final de investigación consta de seis apartados: planteamiento del problema, que incluye descripción de la realidad problemática, formulación del problema, objetivos y limitantes de la investigación, II: Marco Teórico, incluye los antecedentes, el marco teórico y conceptual y la definición de términos básicos, III: Hipótesis y variables que considera la hipótesis general y específicos; definición conceptual de

las variables, así como la operacionalización de variables, IV: metodología de la investigación, incluye: tipo y diseño de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y análisis y procesamiento de datos. V: resultados, VI: discusión de resultados que comprende; contrastación de la hipótesis y contrastación de los resultados con estudios similares, finalmente vienen las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y el apartado de anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática.

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo. Las deficiencias nutricionales tempranas han sido vinculadas con problemas que comprometen el crecimiento y la salud a largo plazo.

A nivel mundial en diez países se registra el 60% de los casos de desnutrición aguda. Estos países son: India, Nigeria, Pakistán, Bangladesh, Indonesia, Etiopía, República Democrática del Congo, Sudán, Egipto y Filipinas

En nueve países del mundo, más del 50% de su población infantil menor de cinco niños sufre desnutrición crónica. Estos países son: Afganistán, Yemen, Guatemala, Timor-Leste, Burundi, Madagascar, Malawi, Ruanda.

Guatemala, con un 54% de desnutrición crónica, se sitúa en niveles semejantes a los de algunos países africanos y asiáticos.

La falta de acceso a alimentos densos en nutrientes y energía durante el periodo de alimentación complementaria, junto con prácticas inadecuadas de alimentación y lactancia constituyen las causas principales de desnutrición en países en vías de desarrollo.

Las deficiencias en micronutrientes son consecuencias comunes de dietas basadas en cereales, típicas de alimentación a infantes, niñas y niños de países en vías de desarrollo y especialmente nuestra región y la reducción de la desnutrición es esencial para reducir pobreza (desnutrición: causa y consecuencia de pobreza).¹

En el año 2017 en Perú, hubo una reducción lenta de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil, la desnutrición afectó al 12,9 % de la población infantil menor de 5 años de edad.

Por lo tanto, a pesar de los últimos progresos, la desnutrición crónica infantil continúa siendo un problema de salud pública en el Perú, condicionado por determinantes de la salud, expresados como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y brechas de inequidad que incluyen causas básicas como la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación; causas subyacentes como baja escolaridad de la madre; el embarazo en adolescentes; los cuidados insuficientes de la mujer, la niña y el niño; las prácticas inadecuadas de crianza; el limitado acceso a servicios básicos y de salud, asociados con costumbres y prácticas inadecuadas de alimentación; estilos de vida, algunos ancestrales y otros adquiridos, por el cada vez más importante proceso de urbanización, y causas directas como desnutrición materna, alimentación o ingesta inadecuada e infecciones repetidas severas.

En Junín, en 2017 las estadísticas del sistema de información del estado nutricional de la Dirección Regional de Salud de Junín registraron una proporción de 25.1% de los niños menores de cinco años que padecieron de desnutrición crónica; asimismo en el distrito de HUANCAYO la proporción de desnutrición crónica afectó al 31 % de la población en menor de 5 años.

De acuerdo con la OMS un 45% de las defunciones de niños se asocia a la desnutrición infantil que han sido vinculadas con problemas que comprometen el crecimiento y la salud a largo plazo.

Las deficiencias nutricionales tempranas han sido vinculadas con

problemas que comprometen el crecimiento y la salud a largo plazo.

La desnutrición, al afectar a la capacidad intelectual y cognitiva del niño, disminuye su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida. Limita, por tanto, la capacidad del niño de convertirse en un adulto que pueda contribuir, a través de su evolución humana y profesional, al progreso de su comunidad y de su país. Cuando la desnutrición se perpetúa de generación en generación, se convierte en un serio obstáculo para el desarrollo y la sostenibilidad.²

Existen pruebas que los adultos que fueron desnutridos durante la infancia temprana tienen compromiso del rendimiento intelectual.

Estos adultos también pueden tener una capacidad para el trabajo físico reducida.³

Si las mujeres fueron desnutridas durante la niñez, afectará su capacidad reproductiva; sus hijos pueden nacer con bajo peso y pueden tener mayor riesgo de partos complicados.

Teniendo en cuenta datos confiables sobre la eficacia de las intervenciones, se estima que el logro de la cobertura universal de una lactancia materna óptima podría evitar, globalmente, el 13% de las muertes que ocurren en los niños menores de 5 años, mientras que las prácticas apropiadas de alimentación complementaria podrían significar un beneficio adicional del 6% en la reducción de la mortalidad de los menores de cinco años.

A partir de los 6 meses de edad, las necesidades de energía y nutrientes del lactante son mayores a lo aportado por la leche materna; entonces, la alimentación complementaria se vuelve necesaria para cubrir las brechas de energía y de nutrientes. Si no se introducen alimentos complementarios a esta edad o se administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se

ve afectado. En muchos países, el período de la alimentación complementaria, es de 6 a 23 meses de edad, ya que es el momento donde existe un pico de incidencia de retraso en el crecimiento, deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas.

Los alimentos complementarios requieren ser nutricionalmente seguros y administrados de manera apropiada, para que cubran las necesidades de energía y de nutrientes del niño pequeño.⁴ Sin embargo, la alimentación complementaria frecuentemente adolece de muchos problemas; por ejemplo, si los alimentos están muy diluidos, no se alimenta al niño con la frecuencia necesaria o las raciones son muy pequeñas, o reemplazan a la leche materna siendo de menor calidad. Tanto los alimentos como las prácticas de alimentación influyen sobre la calidad y las madres necesitan apoyo para aplicar buenas prácticas de alimentación complementaria y plantear intervenciones efectivas, en base a la evidencia científica, considerando que una buena alimentación complementaria requiere no solamente disponer de alimentos con niveles adecuados de energía y nutrientes de alta calidad, sino también que existan comportamientos apropiados por parte de las personas responsables del cuidado de la niña y niño. Es así que el Gobierno Peruano se ha comprometido a proteger la nutrición infantil, reducir la anemia y la desnutrición crónica infantil, a que “todo niño tenga acceso al control de su salud y a su vacunación completa” a nivel nacional. La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Esta situación incorpora a la nutrición en la agenda política del país como un factor determinante para el desarrollo sostenible el tiempo, los conocimientos y las destrezas adecuadas relacionadas con las reglas tradicionales para la

distribución de los alimentos dentro de la familia o con los tabús culturales respecto al suministro de ciertos alimentos a niños pequeños.⁵

En el transcurso de nuestra experiencia laboral se observa que los lactantes a partir de los 6 meses de edad, tienden a presentar cierta variación con referencia a su tendencia de crecimiento habitual, ello se ve reflejado en su curva de crecimiento y su estado nutricional, así dialogando con las madres manifiestan que las madres prefieren dar más la leche materna que la alimentación complementaria, asimismo en las visitas domiciliarias, se evidencia estas prácticas alimentarias inadecuadas.

Vista ésta situación problemática sobre el conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria, nace la inquietud de realizar el trabajo de investigación en mención.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses que acuden al consultorio CRED, Centro de Salud La Libertad Huancayo 2017?

1.2.2. Problemas Específicos

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria?

¿Cuál es el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud La Libertad Huancayo 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres de acuerdo a sus dimensiones.
- Evaluar el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de acuerdo a sus dimensiones.

1.4. Limitantes de la investigación

1.4.1. Limitante teórico

La limitante teórica es que no se encontró teorías de la alimentación complementaria y del estado nutricional.

1.4.2. Limitante temporal

Referente a esta limitante es que algunas madres no tienen tiempo para contestar las encuestas; por otro lado, en cuanto a las investigadoras trabajamos todo el día de lunes a sábado.

1.4.3. Limitante espacial

La limitante espacial es que ambas investigadoras no trabajamos en la misma institución, sino en lugares diferentes.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Escobar Álvarez, Ecuador; realizó un estudio sobre “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 de Latacunga en el período julio– septiembre del 2013, El enfoque de la investigación fue de tipo cuali-cuantitativo-observacional, analítico y transversal, con el objetivo de 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, con la finalidad de proporcionar una información actualizada a las autoridades de la institución de salud donde se desarrolló la investigación, a fin de ampliar conocimientos sobre el tema y promover la adopción de conductas alimentarias saludables. 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. Las fuentes de información¹ fueron primarias y secundarias. Para la recolección de datos se

aplicó dos instrumentos, un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas y las tablas de valoración nutricional antropométrica. Como principales resultados se obtuvo una asociación entre el nivel de prácticas de las madres con el nivel de conocimientos que poseen sobre este tema, sin ser este el único determinante, ya que las creencias ancestrales y culturales que existen al respecto juegan un papel importante. La repercusión en el estado nutricional es evidente, siendo el estado nutricional normal y de desnutrición evidenciados en niños y niñas de madres con nivel de conocimientos medio y bajo; y niños con sobrepeso en madres con conocimiento alto. Las prácticas poco favorables se evidencian en todos los estados nutricionales⁶

Sánchez Cacacho de Rivas, Guatemala; realizó el estudio titulado “Prácticas de alimentación complementaria en lactantes de 6 a 11 meses 29 días de edad que asisten al centro de salud del municipio de San Juan Sacatepéquez, Julio - Noviembre 2015”.

El estudio llevado a cabo fue de tipo descriptivo transversal. El objetivo principal de esta investigación fue determinar las prácticas de alimentación complementaria en lactantes de 6 meses a 11 meses 29 días de edad que asisten al Centro de Salud de San Juan Sacatepéquez, Guatemala. La recolección de la información se realizó mediante una entrevista a 94 madres de lactantes en edades de 6 meses a 11 meses 29 días, que participaron voluntariamente cuando asistieron al Centro de Salud. Dentro de los resultados se determinó que el 88% de las madres seguía lactando al infante y el 59% de ellas pensaba continuar hasta los dos años de vida del mismo, aunque aproximadamente la mitad las madres brindó lactancia materna exclusiva durante los primeros 6

meses de vida debido a insuficiente producción de leche, trabajo e inicio prematuro de la alimentación complementaria. De los 14 grupos de alimentos establecidos para esta investigación se reportó que solamente 6 de ellos lograron darlos dentro de la edad recomendada y 5 de ellos antes de la edad recomendada. El 70.2% de los infantes recibió una insuficiente cantidad de energía, el 62.7%, 60.6% y 73.4% menos de los requerimientos de proteínas, carbohidratos y grasas al día, viendo este resultado reflejado en el 62.8% de los infantes desnutrición crónica. Las conclusiones principales fueron que la educación de la madre es un importante pilar para el buen desarrollo y crecimiento del niño. Además, se determinó que las prácticas de alimentación complementaria que poseen las madres de los infantes no son adecuadas y llegan a repercutir directamente en el estado nutricional del mismo por falta de cantidad y calidad de alimentos, al observar que más de la mitad de los infantes tenían retardo en el crecimiento.⁷

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Soncco Trujillo, Perú; realizó un estudio titulado “Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional en niños menores de 1 año Clas-Umari Tambillo 2015”

El estudio llevado a cabo fue de tipo correlacional, el objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres y el estado nutricional de niños de 6 a 12 meses. Concluyendo que los conocimientos maternos sobre alimentación complementaria de las madres se relacionan significativamente con el estado nutricional de los niños del CLAS Umari-Tambillo.⁸

García Pérez, Perú, realizó un estudio titulado “Conocimiento de

las madres de niños de 6 a 11 meses sobre alimentación complementaria en el Puesto de Salud Canchi Grande, Juliaca 2016”.

El tipo de investigación fue descriptivo no experimental de corte transversal, el presente estudio, tuvo como objetivo determinar el conocimiento de las madres de niños de 6 a 11 meses sobre alimentación complementaria en el Puesto de Salud Canchi Grande en la ciudad de Juliaca 2016, con una población de 30 madres, la técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento la guía de entrevista constituida de 20 preguntas con alternativas múltiples. El análisis de datos se realizó con la estadística descriptiva porcentual. Los resultados obtenidos respecto al conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria es deficiente en un 50%, regular en un 43.33% y bueno en un 6.67%; asimismo el 70% conoce la definición, un 73.33% el inicio y 63.33% la importancia de la alimentación complementaria, referente a la cantidad el 60% conoce, relativo a la consistencia y frecuencia el 60% y 93.33% no conoce respectivamente, concerniente a la combinación alimentaria el 53.33% conoce; en función y alergia de los alimentos el 53.33% y 56.67% no conoce respectivamente el tema tratado. Se concluye que la mayoría de madres, tienen un conocimiento deficiente a cerca de la alimentación complementaria.⁹

Castro Sulca, Perú; realizó un estudio titulado “Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa Cred de un C.S S.J.M 2015”.

El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo correlacional y de corte transversal, tuvo como objetivo general “Determinar la relación que existe entre el nivel de

conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años que asisten al consultorio de CRED del CS Villa San Luis; y como objetivos específicos el determinar el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria, además determinar el estado nutricional en el que se encuentran los niños menores de 2 años de edad. El estudio de investigación tuvo como finalidad brindar información actualizada y veraz sobre el nivel de conocimientos que poseen las madres y el estado nutricional de sus niños, para que de esta manera se puedan ampliar los conocimientos sobre alimentación complementaria y la adopción de conductas de alimentación adecuada y saludable para el niño. La población estuvo conformada por 50 madres. La técnica que se utilizó fue la entrevista-encuesta. El instrumento fue el cuestionario y la ficha de evaluación del estado nutricional del lactante. Entre sus conclusiones se tiene que existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad, en relación al nivel de conocimientos que poseen las madres sobre alimentación complementaria se tiene que en su mayoría es bajo. Finalmente, y en mención al estado nutricional del niño tenemos que la mayoría de los niños se encuentra entre desnutrición y sobrepeso, seguido de un significativo grupo de niños con estado nutricional normal.¹⁰

2.2. Marco

2.2.1. Teórico

Teoría: Adopción del rol maternal de Ramona Mercer:

La teoría de la adopción del rol maternal de Mercer y su modelo fueron presentados en 1991 en California. Realiza su enfoque en

la maternidad, considera la adopción del papel maternal como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel, experimenta placer y gratificación dentro del mismo. de la adopción del rol maternal de Mercer se sitúa El modelo en los círculos concéntricos de micro sistema, meso sistema y macro sistema. El vínculo afectivo se desarrolla como consecuencia de las respuestas de la madre ante las conductas innatas del niño. Desde que él nace, empieza a interactuar con la madre a través del contacto piel a piel, las miradas y la interacción entre ambos en el momento de la lactancia. El recién nacido empieza a reconocer y diferenciar a la persona que lo acompaña y lo cuida siempre, posteriormente mostrará preferencia por esa persona, estará contento con su compañía y se disgustará en su ausencia, éstas son las manifestaciones que indican el desarrollo del vínculo entre la madre y su recién nacido, que con el transcurrir del tiempo la madre adopta su rol.¹¹

- El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Mercer amplio los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a "difuminar la tensión en la dualidad madre- niño". La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño.¹²
- El mesosistema agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y

el niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata.

El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal.

Mercer utiliza los círculos de Bronfenbrenner, como un planteamiento general de los sistemas. Ella expone dentro del planteamiento general de los sistemas La relación de Madre: Empatía- sensibilidad a las señales autoestima/autocuidado- Relación con los padres en la niñez. Niño: temperamento capacidad para dar señales, apariencia, características, respuesta de salud. Rol identidad maternal: confianza, competencia, satisfacción, unión al niño. Resultado en el niño: Desarrollo cognitivo, mental, conducta, salud, competencia social. Todos estos roles que atribuye Mercer los encierra en un microsistema, este se encuentra dentro de un macrosistema que pueden estar determinados por distintos factores como lo son el cuidado diario, el ambiente laboral, el estrés, la escuela, entorno cultural determinando comportamientos de todo lo que este dentro de ellos.

La adopción del rol maternal es un proceso que sigue cuatro estadios adaptado a partir de las investigaciones previas Thornton y Nardy 1975.

- Anticipación: empieza durante la gestación la madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una

relación con el feto.

- Formal: cuando el niño nace e incluye el aprendizaje de su rol y activación. Las conductas se orientan por medio de las expectativas formales de los otros sistemas sociales.
- Informal: la madre desarrolla sus propias maneras de realizar su rol, la mujer hace que el rol encaje a su nuevo estilo de vida basándose en experiencias pasadas y objetivos futuros.
- Personal: se produce cuando la mujer interioriza el rol, la madre experimentará armonía, confianza y experiencia en el modo que lleva la maternidad.

En esta teoría se basa nuestro estudio, ya que la madre aprende a brindar cuidados, como la alimentación de su hijo con amor que fortalece el vínculo entre ambos, ella se siente gratificada con dicha acción, ya que de ello dependerá el estado nutricional del lactante.

Teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender

El modelo de enfermería de promoción de la salud centra sus bases en Nola Pender ya que sirvió como base para el estudio de como las personas tomaban decisiones sobre su propio cuidado de la salud en un contexto de enfermería. Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos preceptuales que son modificados por las características situacionales personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.¹³

Las bases que Pender poseía en enfermería, en desarrollo humano, en psicología experimental y en la educación la

llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermería, y al aprendizaje de la teoría como bases para el MPS. El modelo de la promoción de la salud se basa:

- a) En la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta.
- b) Modelo de la valoración de expectativas de la motivación humana descrita por Feather (1982), afirma que la conducta es racional y económica.

El modelo de promoción de la salud (MPS) sirvió como marco para la investigación destinada a predecir sistemas de promoción de la salud globales y conductas específicas, como el ejercicio físico y el uso de la protección auditiva.

El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. El MPS tiene una competencia o un centro orientado al enfoque. La promoción de la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano. En su primer libro Pender afirma que existe procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos para que se comprometan con las conductas destinadas al fomento de la salud.

La teoría de promoción de la salud cuyo objetivo principal, es lograr el bienestar de potencial humano, elemento clave sustentado en la calidad de vida; por lo que las dimensiones se deben socializar a fin de sensibilizar a la población materna de los aspectos de la alimentación complementaria que van a

permitir la prevención de muchas enfermedades, así como evitar la incidencia de anemia que hoy en la actualidad se está dando.

2.3. Conceptual:

A. Alimentación complementaria

La alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante.¹⁴ Es la introducción de alimentos semisólidos adicionales a la lactancia materna. La edad propicia para iniciar la alimentación complementaria es a los seis meses como lo indica la OMS, toda vez que al sexto mes los músculos y nervios de la cavidad oral se desarrollan suficientemente lo que facilita el proceso de la masticación y por ende la formación del bolo alimenticio para masticar, controlan mejor la lengua y pueden mover mejor la mandíbula. Asimismo, se inician la erupción de los dientes residuales temporales, con los incisivos centrales y laterales, caninos y molares; a los tres años el niño ya tiene sus 20 piezas dentales completas, la mucosa gastrointestinal y la función peristáltica están más desarrolladas a los seis meses.

Los beneficios para el niño comprenden desarrollo y crecimiento adecuado principalmente de peso y talla, además de un buen desarrollo cerebral, para evitar retrasos en el desarrollo psicomotor. En el aspecto Psicológico se genera un vínculo madre - niño de mayor seguridad y confianza para el niño. La alimentación complementaria iniciada después de los 6 meses de

edad, aumentan el riesgo de malnutrición y deficiencia de hierro.

La madre es la principal responsable del cuidado del lactante y es quien con frecuencia decide qué alimentos, de qué manera, qué cantidad y en qué momento ofrecer el alimento a su hijo. En esta decisión intervienen diversos factores que van desde la experiencia personal hasta las recomendaciones de personas cercanas (familiares, amigos) o del equipo de salud. En la mayoría de los casos la madre decide por sí misma, y el médico y la abuela materna son los consejeros principales.

Durante el proceso de aprendizaje alimentario, es muy importante el acompañamiento inteligente, paciente y amoroso al niño y la vigilancia continua de su estado de salud, crecimiento y desarrollo por parte de sus padres, para que, en forma oportuna, se fortalezcan aquellas prácticas de alimentación adecuadas y se definan las acciones necesarias que permitan la modificación o el mejoramiento de aquellas que representen un riesgo para su estado nutricional.¹⁵

La alimentación complementaria.

Considerando que el crecimiento del niño es rápido el primer año de vida, o sea en el grupo etario del lactante, se debe incorporar la alimentación complementaria a fin de favorecer el proceso de desarrollo sustentado en el alto costo metabólico que conlleva la formación de células que requieren de una dieta balanceada como las que se estructuran en la alimentación complementaria, por las proteínas que tienen función de

reparación, los carbohidratos que son energéticos al igual que los lípidos.

Es el periodo en que la leche deja de ser el alimento único y predominante en la dieta del niño. Consistiendo en la introducción progresiva de micronutrientes y macronutrientes continuando con la lactancia materna. En la introducción a la alimentación complementaria constituye un proceso gradual de la incorporación no solo de nutrientes, sino que debe responder a ciertas condiciones como es el sabor, el color, la consistencia, la frecuencia y cantidad elementos necesarios para el logro de un buen estado nutricional. Sin embargo, este periodo es muy peligroso para el niño, debido a que durante su transcurso aumenta la incidencia de infecciones, particularmente de enfermedades diarreicas, por los cambios que se producen con el tránsito de una dieta caracterizada por una leche en condiciones óptimas (alimentación materna) al consumo de alimentos preparados, a veces en condiciones no higiénicas. La desnutrición es más frecuente en este periodo. Según las normas de Alimentación del Niño de 0 a 2 años menciona que la alimentación del niño menor de 5 años tiene tres periodos los cuales son:

Lactancia materna exclusiva a todo niño menor de seis meses.

Alimentación complementaria, donde se introduce nuevos alimentos espesos continuándose con la lactancia materna, donde los niños de los seis meses deben iniciar.

Alimentación de la olla familiar en los niños de un año a

2 años de vida la lactancia materna continúa siendo importante pero ahora varía la cantidad y frecuencia.

Es el periodo que la leche materna deja de ser el único alimento para el niño. El primer año de vida se caracteriza por el rápido crecimiento y cambios en la composición corporal. La alimentación del niño debe cubrir adecuadamente los requerimientos necesarios y nutricionales en cada etapa para promover el óptimo crecimiento y desarrollo del niño. Cabe mencionar que la alimentación complementaria se inicia a los seis meses, pues la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante, por lo que hay que añadir alimentos complementarios a su alimentación. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de vulnerabilidad para muchos niños empieza la malnutrición, contribuye más a la alta prevalencia en los menores de 5 años a nivel mundial. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento.

Mal nutrición como es el marasmo, que es el estado en el que el niño presenta una delgadez extrema y la piel pegada a los huesos como consecuencia de la desaparición del tejido muscular y adiposo que resulta de una desnutrición severa, es decir, de una aportación ampliamente insuficiente de nutrientes o en el marco de la evolución de una larga enfermedad. La enfermedad es más común en los niños que viven en las regiones en

desarrollo como Asia meridional, América Latina y África, donde las malas condiciones higiénicas contribuyen a la causa. Y el kwashiorkor que es una enfermedad nutricional caracterizada por retardo marcado del crecimiento, anemia frecuentemente acompañada de edemas, infiltración de grasa del hígado, seguida de fibrosis. A menudo se observa atrofia del tejido del páncreas, diarreas fermentativas causadas por afectación de la mucosa intestinal.

Según la Organización Panamericana De La Salud y Organización Mundial De La Salud.¹⁶ considera las siguientes características de alimentación complementaria: Frecuencia, cantidad, calidad, tipo de alimento según edad, consistencia, combinación de los alimentos.

Para iniciar la alimentación complementaria se deben tener en cuenta múltiples factores involucrados en el éxito de su buena implementación, tales como: la edad, la capacidad del niño para la digestión y absorción de los diferentes micro y macronutrientes presentes en la dieta, las habilidades sociales y motoras adquiridas, el medio socioeconómico en el que se encuentra y la incapacidad de la leche materna y de las fórmulas lácteas infantiles de asegurar un aporte energético adecuado de nutrimentos que garanticen el crecimiento y desarrollo adecuado del lactante.¹⁷

- **Frecuencia:**

En lo que concierne al número apropiado de comidas que se ofrecen al lactante durante el día, depende de la densidad energética de los alimentos y las

cantidades consumidas en cada comida, la frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0,8 kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada es baja, o se le suspende la lactancia materna, requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

La alimentación complementaria deberá distribuirse en varios tiempos de comida, que se irán incrementando gradualmente conforme crece y desarrolla el lactante 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 ;entre los 7 y 8 meses, se aumentará a tres comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 y 11 meses, además de las tres comidas principales deberán recibir una entre comida adicional y su leche materna; y finalmente entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedará establecida entre comidas principales y dos entre comidas adicionales, además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

- **Cantidad:**

En lo referente a cantidad indica que:

El lactante de 6 a 9 meses de edad debe consumir 18 gr de proteínas y 500 calorías.

Esto alcanza con 100 gr. de papilla de frutas, 300grs de papilla de verduras y 30 gr de carne de pollo.

Entre los 10 y 12 meses se debe proporcionar 19,6 gr de proteínas y 650 calorías. Esto se alcanza con 100gr de papilla de fruta, 300 gr de papilla de verduras y 30 gr de carne molida y huevo. La cantidad varía de acuerdo a la edad: 6 meses:

No todos los niños(as) son iguales hay algunos que comen muy bien desde el primer día, pero hay otros que parecen no querer recibir los alimentos. El niño todavía tiene el reflejo de producción por lo que aparenta estar escupiendo la comida, dar con tranquilidad a la madre y decirle que tenga paciencia y que poco a poco el niño aprenderá a comer, así mismo decirle que insista de media a una hora. La cantidad y el consumo dependerá del niño(a), pero no deberá preocuparse si al principio sólo come tres a cuatro cucharitas cada vez.

7 meses: La cantidad se irá aumentando gradualmente y a los 7 meses ya deberá estar consumiendo más o menos $\frac{1}{2}$ taza cinco veces al día

8-9 meses: Estará comiendo más de media taza aproximadamente $\frac{3}{4}$ de taza, cinco veces al día. A los

12- meses: El niño(a) ya compartirá la comida de la olla familiar y deberá consumir aproximadamente lo equivalente a 1 taza cinco veces al día.

- **Calidad:**

Asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales, lo más frecuentemente posible del que se encuentra en el desarrollo

Concluyendo que la cantidad en la alimentación complementaria será gradual y progresiva, que guardará relación con la capacidad gástrica y la tolerancia del niño; debe cubrir las necesidades nutricionales.

Tipo de alimento según edad:

Los alimentos deben ser incluidos gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, potencial alergénico del alimento y la capacidad gástrica. Por ejemplo: A los 6 meses de edad se debe incluir, purés, sangrecita y $\frac{1}{4}$ de yema de huevo. A los siete meses, $\frac{1}{2}$ yema de huevo, pollo sancochado. A los 8 meses, continúa con los purés, menestra sin cáscara y $\frac{3}{4}$ de yema de huevo. A los 9 meses se incluyen las carnes rojas. A los 11 meses la clara del huevo y el pescado y a los 12 meses comida de la olla familiar, huevo entero, y los cítricos.

- **Consistencia de alimentos:**

Está relacionado con el proceso de maduración de la cavidad oral y de la aparición de los dientes. Todo ello les da la madurez para recibir alimentos de consistencia más densa o proporcionados en una cucharita. En lo que concierne a la autonomía

de la alimentación alrededor de los 8 meses la niña o niño intenta tomar los alimentos con sus manos y también con la cuchara, por lo que hay que estimularla. Alrededor del año está capacitado para comer por sí solo, los mismos alimentos que consumen el resto de la familia, evitando aquellos que puedan causar atragantamientos, ya sea por su forma y/o consistencia (uvas, zanahoria cruda, entre otros). A partir del sexto mes de edad el niño deberá iniciar la alimentación complementaria con preparaciones semisólidas como papillas, mazamorra o purés con una densidad energética no menor a 0,8 kcal/g. Gradualmente se incrementará la consistencia y variedad de los alimentos que se le ofrezcan, adaptándolos a sus requerimientos y habilidades desarrolladas según su edad. Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, gaseosas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio, las preparaciones espesas como purés o mazamorra, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las necesidades nutricionales de la niña o niño. La alimentación complementaria se preparará con alimentos disponibles en la olla familiar apropiados para su edad. A los 6 meses, se iniciará con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamorra o purés; entre los 7 y 8 meses, se dará principalmente alimentos triturados en las mismas formas de preparación; entre los 9 y

11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente, entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.

- **Combinación de alimentos:**

El niño(a) a partir de los seis meses ya puede empezar a comer toda clase de alimentos. Es recomendable favorecer el consumo de alimentos de bajo costo y alto valor nutritivo. Dentro de los productos de origen animal tenemos la sangre de animales, hígado de pollo, yema de huevo, pescado y leche. Los cereales que se debe proporcionar son el arroz, quinua trigo, avena, harinas, maíz, cebada, etc. Las menestras estarán dadas por los frejoles, lentejas, arvejas verdes partidas, soya, harinas. Dentro de los tubérculos papa, camote, yuca.

Complementar estos alimentos con verduras de color anaranjado y verde oscuro (zanahoria, zapallo, acelga, espinaca). Agregar en cada preparación una cucharadita de aceite y/o mantequilla lo que hará más suave la comida del bebé. Promover el uso de frutas ricas en vitamina C (naranja, mandarina, papaya, piña, limón, mango, etc.) después de las comidas para favorecer la absorción de hierro. Evitar el consumo de infusiones como el té, anís, canela, café, hierva luisa, manzanilla, emoliente, etc. Junto con las comidas, porque interfieren en la absorción de hierro. En lugar de éstas se puede indicar el

consumo de limonada, naranja o refrescos de frutas. Evitar alimentarlo con alimentos licuados, promoviendo el consumo de éstos, pero aplastados, al inicio más suave y progresivamente ir aumentando el tamaño en trozos.

- **Inclusión de alimentos según edad:**

Los alimentos deben ser incluidos gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, potencial alergénico del alimento y la capacidad gástrica. A los 6 meses de edad se debe incluir, purés, sangrecita y $\frac{1}{4}$ de yema de huevo. A los siete meses, $\frac{1}{2}$ yema de huevo, pollo sancochado. A los 8 meses, continúa con los purés, menestra sin cáscara y $\frac{3}{4}$ de yema de huevo. A los 9 meses se incluyen las carnes rojas. A los 11 meses la clara del huevo y el pescado y a los 12 meses comida de la olla familiar, huevo entero, y los cítricos.

- **Higiene de alimentos:**

La Organización Mundial de la Salud, difunde la “Reglas para la preparación higiénica de los alimentos, cuya aplicación sistemática reduce considerablemente el riesgo de la enfermedad de origen alimenticio:

- Consumir alimentos que hayan sido tratados o manipulados higiénicamente. Hay alimentos que sólo son seguros si han sido tratados previamente y conservado a una temperatura

adecuada.

- Cocinar correctamente los alimentos, pueden estar contaminados por microorganismos, pero si se cocinan bien esos microorganismos son destruidos por el calor.

- Consumir los alimentos inmediatamente después de ser cocinados, es la mejor manera de evitar que los gérmenes proliferen. No dejar nunca a temperatura ambiental los alimentos cocidos.

Calentar suficientemente los alimentos.

Evitar el contacto entre los alimentos crudos y los cocinados, Un alimento cocinado puede volverse a contaminar por contacto con alimentos crudos o si tiene comunicación con objetos (cuchillos, tablas, trapos, etc. que anteriormente hayan tocado un alimento crudo contaminado).

Asegurar la correcta higiene de la persona que va a manipular los alimentos y una limpieza adecuada en todas las superficies de la cocina.

La persona que manipule los alimentos debe realizar estrictas prácticas higiénicas. Es importante que tenga las manos siempre lavándolas cada vez que haga falta y siempre que haga uso de los servicios higiénicos. En caso de una pequeña herida, se cubrirá con un depósito impermeable. Si la herida está infectada debe apartarse del contacto de los alimentos.

- Mantener los alimentos fuera del alcance de

insectos, roedores y animales de compañía. Los animales son portadores de gérmenes patógenos que originan enfermedades de transmisión alimentaria.

- Utilizar exclusivamente agua potable.
- El agua potable no es solamente imprescindible para beber, sino también para preparar los alimentos. Debe tener exclusivamente uno de estos orígenes agua envasada o provenientes de la red pública de distribución de la población (un ligero sabor a cloro es garantía de potabilidad). En caso de necesidad agregar unas gotas de lejía de uso alimentario.
- **Beneficios:**

Los beneficios físicos para el niño son un mejor desarrollo y crecimiento en sus valores ponderales principalmente de peso y talla, además de un buen desarrollo cerebral, para evitar retrasos en el desarrollo psicomotor. En el aspecto psicológico se genera un vínculo madre – niño de mayor seguridad y confianza para el niño. El beneficio económico de la promoción de la alimentación complementaria es la disminución de la posibilidad de presentar enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias.

B) Estado Nutricional:

El estado nutricional es el resultante del balance entre la ingesta y las necesidades energéticas y de nutrientes del organismo, lo que expresa distintos grados de bienestar de las personas y que, en sí mismos, son

dependientes de la interacción entre la dieta, los factores relacionados con la salud y el entorno físico, social, cultural y económico.¹⁸

Guarda relación con el crecimiento del niño que viene a ser proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Es un proceso que está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Se mide por medio de las variables: peso, talla, perímetro cefálico, otros.¹⁹

Esto se mide a través de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico.

El estado nutricional es el resultado de la utilización de nutrientes, va desde la normalidad hasta el desequilibrio que causa desnutrición crónica, aguda, global y obesidad.

Para la evaluación del estado nutricional se pueden utilizar métodos directos e indirectos o ambos. Los métodos indirectos más comunes incluyen el uso de indicadores socioeconómicos, de disponibilidad y consumo de alimentos.

Dentro de los métodos directos se encuentran los indicadores antropométricos, bioquímicos y la evaluación clínica, siendo los antropométricos los más utilizados en los servicios de salud por ser fáciles de obtener, de bajo costo y útiles. Las medidas antropométricas más utilizadas en la evaluación nutricional son el peso, talla, la circunferencia braquial,

y los pliegues cutáneos. Al establecer relaciones entre ellos se denominan índices, los índices más usados son el peso para la talla, la talla para la edad y el peso para la edad, de ahí que:

- **Peso para la talla:** Es el peso que corresponde a un niño para la talla que tiene en el momento de la medición, el déficit de peso indica un adelgazamiento, mide la desnutrición aguda.
- **Talla para la edad:** El crecimiento en talla es más lento que el peso, las deficiencias en talla tienden a ser lentas y toman más tiempo para recuperarse. A mayor déficit nutricional, mayor cronicidad de la desnutrición, este índice mide la desnutrición crónica. Este indicador es muy específico para esta condición nutricional, pero no es útil para evaluar el adelgazamiento. Frecuentemente se puede observar en niños mayores de un año.
- **Peso para la edad:** Es un indicador primario que corresponde a la relación entre el peso real de un niño y su peso teórico normal; se utiliza para medir la desnutrición global. Utilizando el indicador de peso para la edad podemos saber si el niño tiene o ha tenido adelgazamiento y/o retardo en el crecimiento. Sin embargo, este es un indicador muy inespecífico, no distingue entre niños adelgazados y niños con retardo en el crecimiento.

2.4. Definiciones de términos básicos

- **Nivel de conocimiento:**

Es una gradiente del saber, disciplina que se encarga de considerar su validez y la expresión que se identifica como la epistemología que es la rama de la filosofía donde el objetivo de estudio son los conocimientos científicos que no solo debe ser válido y consistente desde el punto de vista lógico, pero además debe ser comprobado mediante el método científico o experimental. Diversas teorías nos ayudan a comprender, predecir, y controlar el comportamiento humano y tratan de explicar cómo los sujetos acceden al conocimiento. Su estudio se centra en la adquisición de destrezas y habilidades, en el razonamiento y conceptos. Albert Bandura describe las condiciones en que se aprende a imitar modelos. La teoría Psicogenética de Piaget aborda la forma en que los sujetos construyen el conocimiento teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo; existiendo diversos tipos de conocimientos:

El nivel vulgar Los conocimientos se adquieren con los impulsos más elementales del hombre, sus intereses y sentimientos por lo general se refieren a los problemas inmediatos que la vida le plantea diariamente, mientras que en el nivel científico se caracteriza por ser selectivo, metódico, sistemático y ordenado con el objetivo de establecer, describir, explicar e interpretar, los fenómenos y procesos. Tanto naturales como sociales y psicológicos. Lo cual le da un carácter riguroso y objetivo y hace que el, sin perder su esencia teórica sea un eficaz instrumento de

dominio de la realidad. Desde este contexto el conocimiento tiene tres características fundamentales que son:

- Es personal, en sentido que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia.
- Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos.
- Sirve de guía para la acción de la persona, en el sentido de decidir que hace en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible). Cabe mencionar que el proceso de aprendizaje es fundamental para el ser humano, ya que cuando nace, está desprovisto de medios de adaptación intelectuales y motores. Durante los primeros años de vida, el aprendizaje es un proceso automático con la poca participación de la voluntad, después el componente voluntario adquiere mayor importancia, aprender a leer, aprender conceptos etc. Dándose un reflejo condicionado, es decir, una relación asociativa entre respuesta y estímulo. A veces el aprendizaje es la consecuencia de pruebas y errores, hasta el logro de una solución válida.

La comprensión juega un papel fundamental en nuestro estado mental, en nuestra inteligencia y en nuestra capacidad para aprender y retener la información. Cuanto más capaz sea la persona de

comprender y en menos tiempo, más competente se mostrará en tareas que requieren el uso de la inteligencia y otras habilidades. La mayoría de las personas exitosas, no solo son, por tener una inteligencia innata, sino porque han desarrollado la habilidad de comprender de forma más eficaz, mejor, en menos tiempo y con menos esfuerzo.

Implicancia del conocimiento sobre alimentación complementaria y el estado nutricional:

El conocimiento en la salud nutricional como es lo relacionado a la alimentación complementaria permitirá que la madre adopte conductas y estilos saludables sobre la alimentación infantil, pilar básico para los procesos de crecimiento y desarrollo:

- Valoración y monitoreo nutricional: Evaluación y fomento de la lactancia materna y una ablactación adecuada según edad del niño.
- Detección de problemas nutricionales y de desarrollo.
- Suministro de vitamina A y Sulfato ferroso.
- Consejería nutricional.

- **Niños de 6 – 12 meses (lactante)**

A esta edad el niño debe recibir la cantidad y calidad adecuada, lo que está determinado por las mayores necesidades nutricionales, que a partir de esta edad no están cubiertas por la leche materna, y la maduración de cada niño. Esto quiere decir que tanto del punto de vista digestivo, como

renal y neurológico el niño está apto para recibir estos alimentos.

La maduración gastrointestinal determina la capacidad de digestión y absorción de nuevos nutrientes, la maduración renal hace posible que el lactante soporte el aumento de mayores cargas osmolares por su alimentación complementaria y la maduración neurológica asegura la adecuada coordinación motora para la succión, deglución y masticación, pérdida del reflejo de protrusión lingual y capacidad de estar sentado correctamente (sostén cefálico y de tronco).

- **Enfermería**

El personal de enfermería interviene en cada aspecto del crecimiento y desarrollo del niño.

Las funciones de la enfermera varían de acuerdo con las normas laborales, de casa, con la educación y experiencia individual, la principal preocupación de cualquier enfermera debe ser siempre el bienestar de los niños y su familia.

Aunque la enfermera es responsable de sí misma, su principal responsabilidad son los receptores de sus servicios: el niño y la familia. Por lo que el profesional de enfermería debe trabajar con los miembros de la familia identificando sus objetivos y necesidades; y planificar las intervenciones del mejor modo posible para resolver los problemas definidos. Como defensora del consumidor, la enfermera debe de tratar de asegurar que las familias conozcan todos los servicios sanitarios disponibles, debe de informarles de manera adecuada sobre los tratamientos y operaciones y lograr que participen en la atención del niño cuando sea posible, animándoles a cambiar o apoyar prácticas de atención

existentes.

La declaración de derechos del niño de las Naciones Unidas proporciona pautas para el ejercicio de la enfermería de forma que se asegure a cada niño una atención óptima.

- **La Enfermera en el Programa de CRED: En el programa de CRED**

La enfermera cumple una función muy importante como educadora, ya que tiene un trato directo con las madres de los lactantes, quienes no solo reciben recomendaciones de personal de salud sino también de su familia, además de los patrones tradicionales u otras creencias que influyen positivamente o negativamente en el proceso de introducción de nuevos alimentos en la dieta de sus hijos. La actitud que asuman es muy importante y finalmente la que genera un comportamiento específico por lo que la enfermera debe orientar sus actividades a resolver dudas o temores que tengan las madres acerca de la alimentación que deben de recibir los lactantes a partir de los 6 meses, a fin de prevenir posibles alteraciones nutricionales.

La anemia es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar.²⁰

- Entre los grupos vulnerables se encuentran los niños menores de tres años de edad. Estudios realizados en las últimas dos décadas muestran que la anemia, y en particular el déficit de hierro en el organismo de un niño en crecimiento, tiene graves

efectos sobre el proceso de maduración cerebral y consecuencias negativas sobre la capacidad de aprendizaje.

- En el Perú, en el año 2017 hubo 1 350 000 niñas y niños entre 6 y 36 meses de edad. De ellos, el 43.6 % (580 000) tienen algún grado de anemia. No obstante, el crecimiento económico y la reducción de la pobreza estas prevalencias se encuentran entre las más elevadas de la Región de las Américas. Los niveles de anemia permanecen sin variación desde el año 2015. La prevalencia registrada en menores de tres años en 2017 (43.6 %) es similar a la registrada en 2016 y mayor que la de 2015.

CAPITULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis general

3.1.1. Hipótesis general

Existe relación altamente significativa entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses.

3.1.2. Hipótesis específica:

- El estado nutricional del niño de 6 a 12 meses tiene una relación directa con el nivel de conocimiento de la madre sobre las características de la alimentación complementaria.
- El estado nutricional del niño de 6 a 12 meses tiene una relación directa con el nivel de conocimiento de la madre sobre los componentes de la alimentación complementaria.

3.2. Definición conceptual de las variables

3.2.1. Nivel de Conocimiento:

Es una gradiente de un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados e inexactos.

3.2.2. Estado Nutricional.

Es la situación de salud y bienestar que determina la nutrición en una persona. Se evalúa a través de indicadores antropométricos, bioquímicos, inmunológicos o clínicos.

3.3. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria	Es el grado de conocimiento que posee la madre de familia sobre la alimentación complementaria, lo cual implica la introducción de alimentos adicionales a la leche materna, cuando esta deja de ser suficiente para cubrir las necesidades nutricionales del niño iniciándose a partir de los 6 meses.	Características de la Alimentación Complementaria	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 edad, 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.	<ul style="list-style-type: none"> • Características de la alimentación complementaria . • Componentes de la alimentación complementaria • Beneficios • Riesgos • Consistencia. • Frecuencia • Cantidad 	Edad de inicio de alimentación Consistencia Frecuencia complementaria. Cantidad Alimentos que brindan fuerzas y energía Alimentos que ayudan al crecimiento y desarrollo Alimentos que protegen de enfermedades Leche materna prolongada Agregar aceite Agregar sal Cómo se absorbe mejor el hierro Alimento que proporciona mayor nutrición Combinación de los alimentos.	Conocimiento alto De 16 a 20 puntos Conocimiento medio De 11 a 15 puntos Conocimiento bajo de 0 a 10 puntos
		Contenido Nutricional	Los alimentos pueden clasificarse según distintos criterios. Dependiendo de su origen pueden clasificarse, basándose en la función nutritiva principal que desempeñan en el organismo se diferencian en energéticas, constructores y protectores	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos Constructores • Alimentos Energéticos • Alimentos Protectores 	El lugar y los objetos para la alimentación Actitud para alimentar al niño Lavado de manos Medidas para preparar los alimentos	
		Practicas Saludables	Una correcta alimentación del niño durante los primeros años de vida puede	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las 		

			repercutir positivamente en su estado de salud, así como en su habilidad para aprender, comunicarse con los demás, pensar y racionalizar, socializarse, adaptarse a nuevos ambientes y personas y, sobre todo, en su rendimiento escolar.	prácticas saludables para el cuidado de la salud infantil.		
		Medidas de Higiene	Existen muchos factores que pueden afectar a la calidad de los alimentos o causar su deterioro, Se deben adoptar las medidas higiénicas adecuadas para evitar que se deterioren las propiedades de los alimentos, además de evitar posibles intoxicaciones alimentarias. Así se aprovecha al máximo su valor nutritivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos • Manipulación de alimento 		
		Entorno del Niño	Al iniciar la alimentación complementaria, además de la edad del niño, es necesario observar si su desarrollo es adecuado su entorno del niño es importante el lugar del niño donde debe ingerir sus alimentos y la atención de los padres hacia los niños para preparar y ofrecer sus alimentos no son una tarea fácil pero si constructivo	Lugar adecuado para la alimentación <ul style="list-style-type: none"> • Actitud adecuada de la madre en la alimentación 		
Estado nutricional del niño de 06 a 12 meses.	Es la situación de salud y bienestar que determina la nutrición en una persona. Se evalúa a través de indicadores antropométricos, bioquímicos, inmunológicos o clínicos	Parámetros: Peso – Edad Talla – Edad Peso - Talla	Es el resultado de la asimilación de nutrientes por el organismo, para la valoración utilizamos indicadores antropométricos como: peso-edad, peso-talla y, talla-edad. Los resultados van desde la normalidad hasta la desnutrición crónica, aguda, global sobrepeso y obesidad, considerando que el concepto de niño comprende entre los cero días y once años; a su vez se subdivide en Recién Nacido, lactante, pre- escolar y escolar. En el presente trabajo se evalúa el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad	Femenino Masculino PESO/EDAD Normal Sobrepeso Desnutrición PESO/TALLA Normal Sobrepeso Obesidad desnutrición aguda desnutrición Crónica TALLA/EDAD Normal Talla baja	1. Sexo 2. Medidas Antropométricas 3. Edad 4. Evaluación nutricional	Sobrepeso (DE: Mayor a +2) Normal (DE: +2 a -2) Desnutrición (DE: Menor - 2 a -3)

				Talla alta		
--	--	--	--	------------	--	--

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

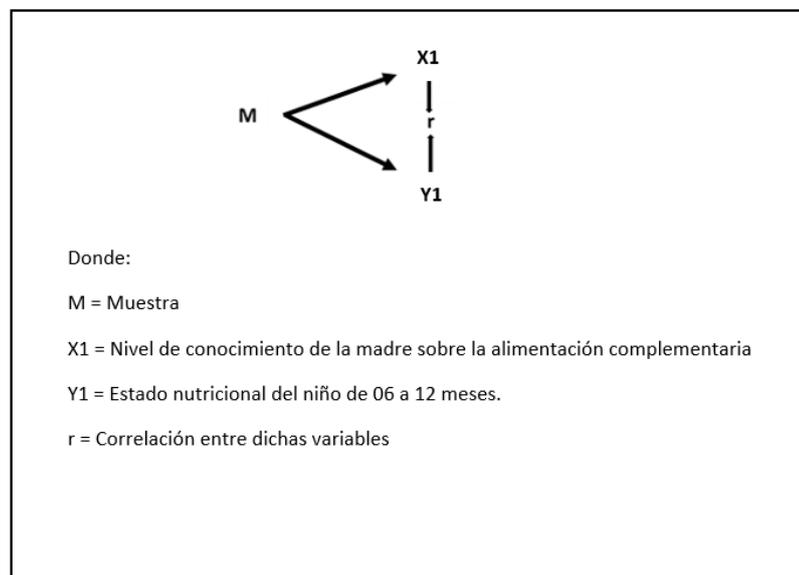
4.1. Tipo y Diseño de Investigación

4.1.1. Tipo de la Investigación:

El estudio es de tipo cuantitativo debido a que las variables se examinaron de manera científica y se midieron estadísticamente; es de corte transversal porque se realizó en un periodo determinado y prospectivo según el tiempo de la recolección de datos.

4.1.2. Diseño de la Investigación:

El diseño de la investigación es correlacional porque describe la relación entre las variables mencionadas, está orientado a determinar cómo está la situación del nivel de conocimientos de la madre y el estado nutricional del niño.



4.2. Población y muestra

4.2.1. Población:

La población estuvo constituida por un total de 99 madres con sus niños de 6 a 12 meses, que acuden mensualmente al consultorio de Crecimiento y desarrollo del Centro de

Salud La Libertad. Huancayo.

4.2.2. Muestra de Estudio:

El tamaño de la muestra se determinó empleando la fórmula estadística, la que correspondió a 79 madres de niños de 6 a 12 meses que acuden al control de crecimiento y desarrollo del niño.

$$n = \frac{z^2 \sigma^2 \cdot N}{(N - 1)E^2 + z^2 \sigma^2}$$

Dónde: $z = 1,96$ para un nivel de la confianza 95%

$\sigma^2 = p \cdot q$ donde $p = 0,5$ y $q = 0,5$ (varianza poblacional cuando se desconoce).

$N = 99$ madres de niños que asisten al consultorio CRED

$E = 5\%$ (error máximo de estimación)

Realizando las operaciones correspondientes el tamaño mínimo de la muestra es de 79 madres que asisten al consultorio CRED, para un nivel de confianza del 95%.

$$n = \frac{(1,96^2)(0,5)^2 \cdot 99}{(99 - 1)(0,05)^2 + 1,96^2(0,5)^2} = 79$$

- Criterios de inclusión
 - Para la madre:
Madres de niños de 6 a 12 meses con Controles CRED regulares en el Centro de Salud La Libertad.
Madres que aceptan participar en el estudio.
 - Para el niño:

Niños de 6 a 12 meses de edad.

Niños nacidos a término.

- Criterios de exclusión
 - Para la madre:

Madres que no desean participar del estudio.
 - Para el niño
 - Niños menores a 6 meses y mayores a 12 meses de edad.
 - Niños prematuros.
 - Niños que hayan tenido o estén cursando una enfermedad aguda en los últimos 3 meses.

4.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

4.3.1. Técnicas

- **Nivel de Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria.**

La técnica que se utilizó fue la entrevista.

- **Estado Nutricional del niño de 6-12 meses.**

La técnica que se utilizó fue la observación; se realizó la evaluación antropométrica

4.3.2. Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos;

- **Nivel de Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria.**

La Guía de entrevistas estructurada sobre el conocimiento de la madre en alimentación complementaria

- **Estado Nutricional del niño de 6-12 meses.**

La Guía de observación de la evaluación del estado nutricional del niño de 6 – 12 meses.

Para la recolección de la información del Nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y su relación con el Estado Nutricional se utilizó como técnica la entrevista y la observación ,ya que permitió una comunicación interpersonal entre las investigadoras y los sujeto de estudio, siguiendo un orden previamente establecido; además, permitió explicar el propósito del estudio y especificar claramente la información necesaria, así como también aclarar alguna pregunta asegurando una mejor respuesta.

Este instrumento que se utilizo fue la Guía de entrevistas estructurada para las dos variables ha sido cogido en su totalidad de la Autora Vergara López, Tannia, quien considera 20 ítems de 5 dimensiones, teniendo: alto de 16 a 20 puntos; medio de 11 a 15 puntos y bajo de 0 a 10 puntos; la cual ha sido validado por 4 expertos (2 enfermeras, una nutricionista y un docente de nivel pre escolar) que acreditaron experiencias en el tema para emitir los juicios y modificar la redacción del texto a fin que sea comprensible para el entrevistado. Ella realizó la prueba piloto en el Centro de Salud Leoncio Prado, que contó con 20 madres participantes y sus niños. El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Crombach (índice de consistencia interna),

mediante el método de la varianza, aplicado a la prueba piloto; cuyo resultado fue el siguiente: 0.730. Por lo que las investigadoras decidimos no hacer ni juicio de expertos ni para validez, ni para confiabilidad; porque es un instrumento validado y confiable.

Para el análisis de cada ítem, se le asignó un punto por cada respuesta correcta y cero por cada incorrecta, con la categoría conoce y desconoce.

- CONOCE : 1 punto
- DESCONOCE : 0 puntos

Para la categorización general del cuestionario nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria se realizó la siguiente clasificación obteniéndose lo siguiente:

- Nivel de conocimiento alto : 16-20 puntos
- Nivel de conocimiento medio : 11 - 15 puntos
- Nivel de conocimiento bajo : 0- 1 0 puntos
- Nivel de Conocimiento alto; es la capacidad de entender correctamente, asimilar y procesar información, haciéndola útil para el desarrollo personal. Se manifiesta en las distintas actividades que se desarrollan.
- Nivel de Conocimiento medio: asimilan los conocimientos elementales, sin embargo, podrían desconocer algunos, pues no tienen un fundamento claro.
- Nivel de Conocimiento bajo; referidos a la madre que posee un conocimiento escaso. Mientras que para establecer el estado nutricional de los niños se

utilizó los patrones de crecimiento infantil de la OMS según indicadores.

Ficha de datos antropométricos del niño de 06-12 meses y patrones de crecimiento infantil de la organización mundial de la salud:

La ficha de datos antropométricos; fue elaborada por la Autora Vergara López, Tannia, donde contiene la información básica del niño, la cual consta de género, edad, peso y talla del niño de 6 a 12 meses.

Se utilizó los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS, mostraron el estado nutricional de los niños de 06-12 meses, con los indicadores peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla, según género del niño, estos se encuentran aprobados en la Norma Técnica para el control de crecimiento y desarrollo de niño menor de 05 años, que permitió establecer el estado nutricional a través de la valoración de tres procesos: desnutrición, normal y sobrepeso.

4.4. Análisis y procesamiento de datos

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa SPS versión 24, a fin de realizar la presentación gráfica y tabular.

La unidad de análisis está dada por:

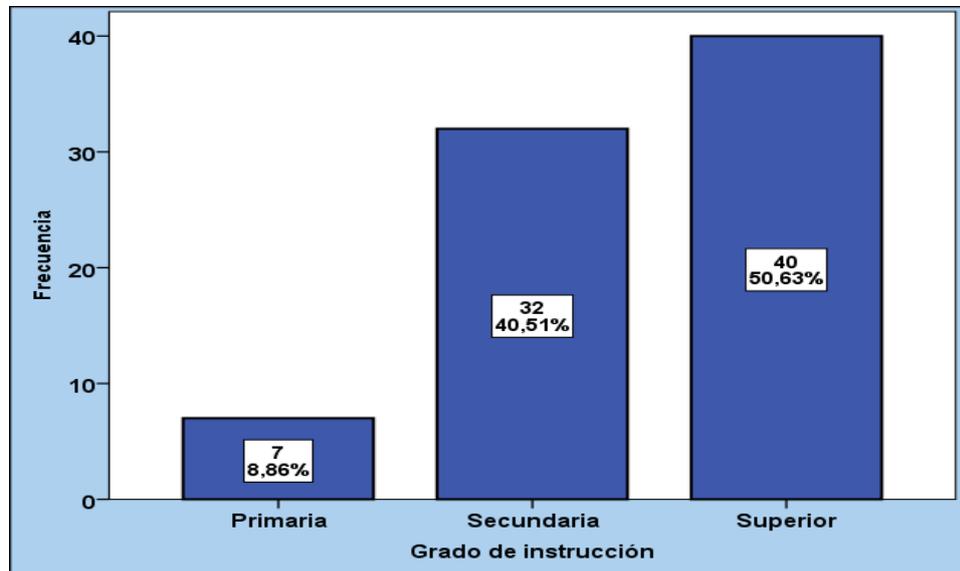
- Nivel de conocimiento de la madre (5 Dimensiones)
- Estado nutricional del niño de 6 a 12 meses (3 Dimensiones).

CAPÍTULO V RESULTADOS

5.1. Resultados Descriptivos

En seguida, se presentan los resultados del procesamiento de los datos obtenidos sobre conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses en el Centro de Salud La Libertad de Huancayo.

GRAFICO N° 5.1.1
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED DEL C.S. LA LIBERTAD



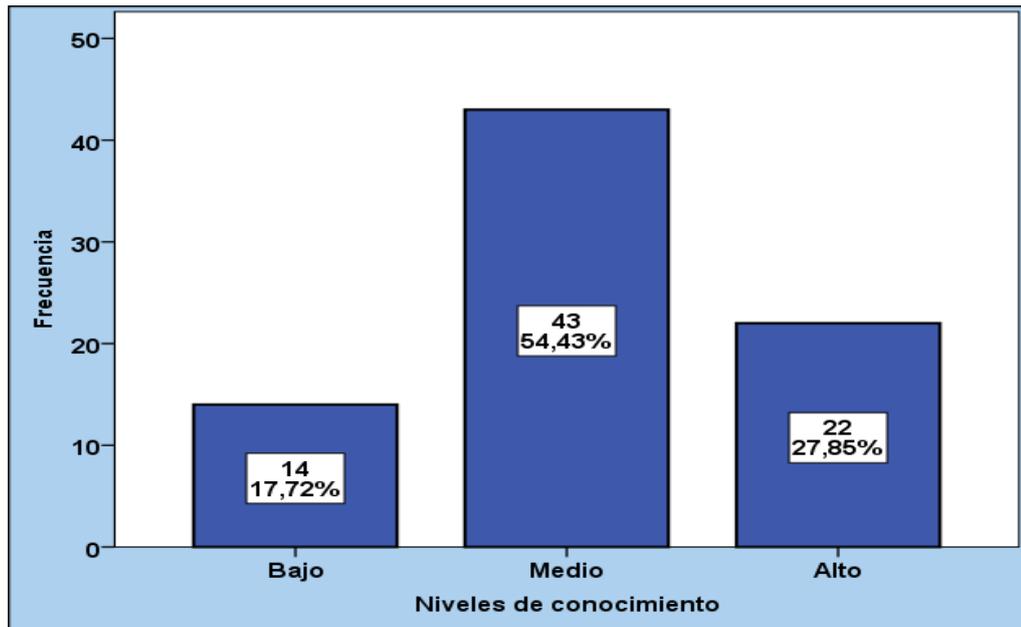
FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad-Huancayo 2017

Se observa, en el grafico N° 5.1.1, que la mayoría 50,63% (40) de las madres de familia encuestadas tienen el grado de instrucción

educación superior, el 40,51% (32) de las madres tienen el grado de instrucción educación secundaria y el 8,86% (7) tienen el grado de instrucción educación primaria

GRAFICO N° 5.1.4

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACION
COMPLEMENTARIA DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES, QUE ASISTEN
AL CONSULTORIO CRED DEL C.S. LA LIBERTAD**

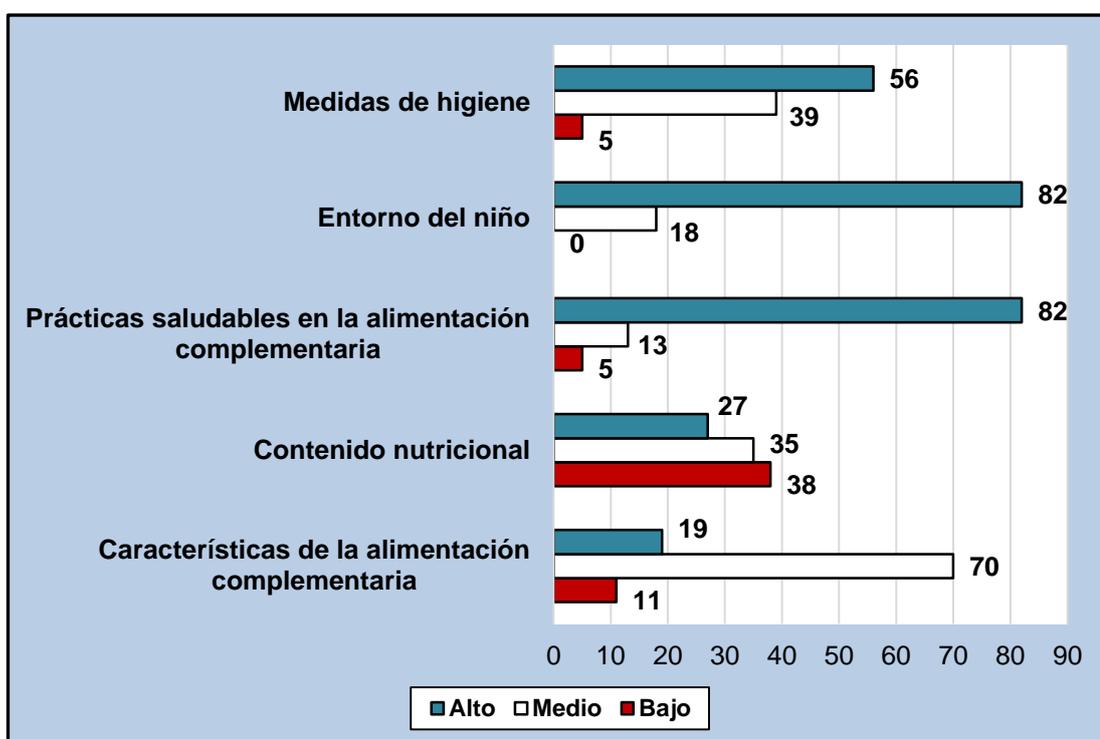


FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad Huancayo 2017

En el grafico N° 5.1.4 se aprecia que la mayoría 54,43% (43) de las madres que asisten al Consultorio CRED para ser atendidas con sus niños de 6 a 12 meses de edad, en el Centro de Salud La Libertad de Huancayo y que participan en la investigación tienen un nivel de conocimiento Medio sobre alimentación complementaria, el 27,85% (22) de las madres presentan un nivel Alto de conocimientos y el 17,72% (14) de las madres encuestadas presentan un nivel Bajo de conocimientos sobre la alimentación complementaria.

GRAFICO N° 5.1.5

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES SEGÚN LAS DIMENSIONES DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA, QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED DEL C.S. LA LIBERTAD



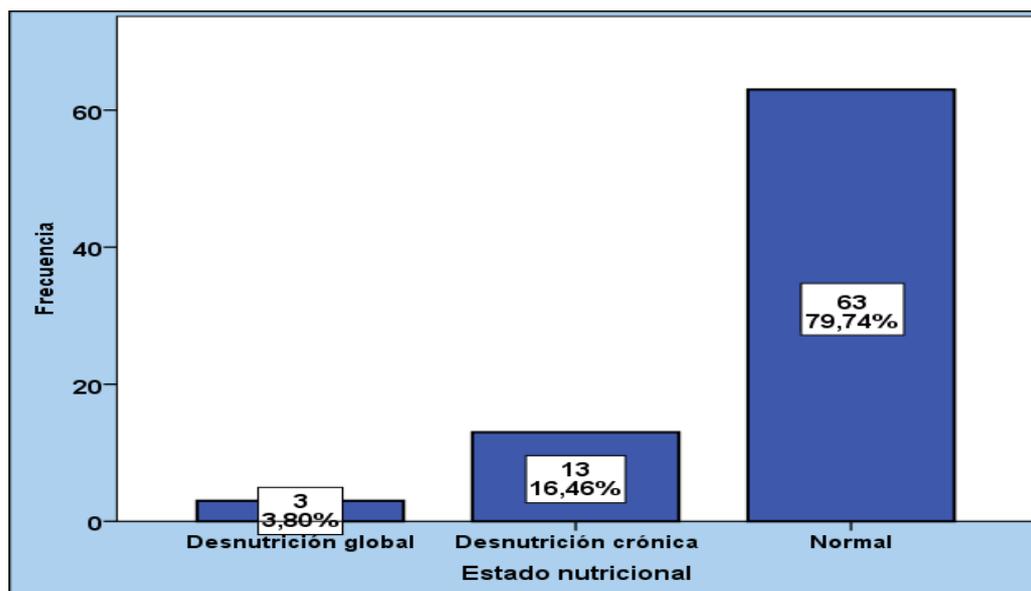
FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad-Huancayo 2017

En el gráfico N° 5.1.5, se observa que la mayoría (70% /55) de las madres que asisten al Consultorio CRED con sus niños de 6 a 12 meses de edad al Centro de Salud La Libertad de Huancayo y que participan en la investigación presentan un nivel Medio en la dimensión características de la alimentación complementaria, el 19% (15) de las madres presentan un

nivel Alto y el 11% (9) de las madres presentan un nivel Bajo. En la dimensión Contenido nutricional, se observa que la mayoría 38% (30) de las madres presentan un nivel Bajo de conocimientos, el 35% (28) de las madres tienen un nivel Medio y el 27% (21) de las madres muestran un nivel Alto de conocimientos. En la dimensión Prácticas saludables en la alimentación complementaria la mayoría 82% (65) de las madres presentan un nivel Alto de conocimientos, el 13% (10) de las madres tienen un nivel Medio y tan solo el 5% (4) de las madres muestran un nivel Bajo de conocimientos. En la dimensión Entorno del niño la mayoría 82% (65) de las madres presentan un nivel Alto de conocimientos, el 18% (14) de las madres tienen un nivel Medio y ninguna 0% (0) de las madres muestran un nivel Bajo de conocimientos sobre el entorno adecuado del niño. En la dimensión Medidas de higiene la mayoría 56% (44) de las madres presentan un nivel Alto de conocimientos, el 39% (31) de las madres tienen un nivel Medio y el 5% (4) de las madres muestran un nivel Bajo de conocimientos en las medidas de higiene.

GRAFICO N° 5.1.8

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED DEL C.S. LA LIBERTAD

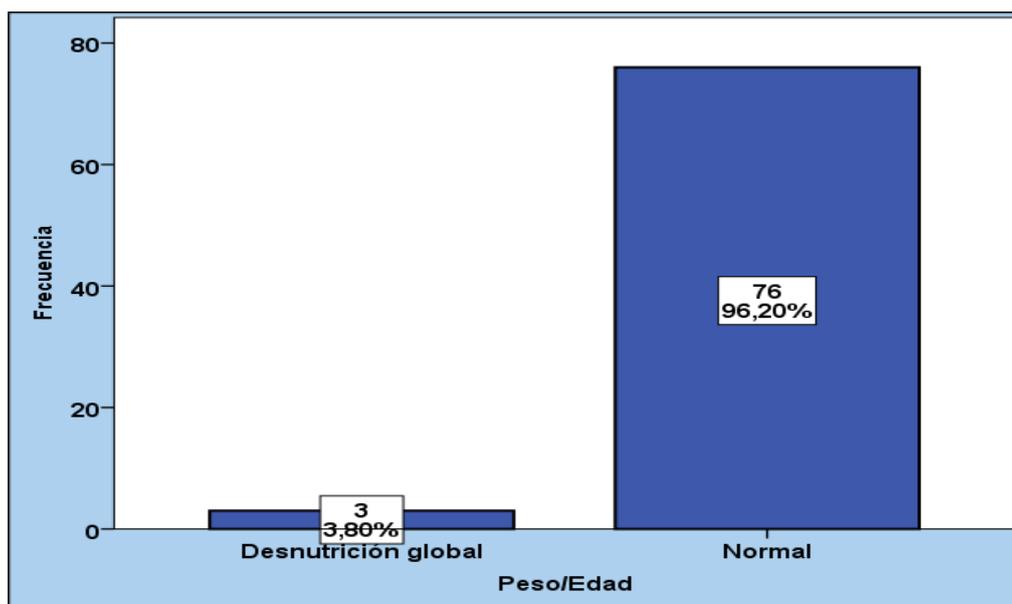


FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad-
Huancayo 2017

En el grafico N° 5.1.8, se aprecia que la mayoría 79,74% (63) de los niños de 6 a 12 meses de edad que son atendidos en el Consultorio CRED en el Centro de Salud La Libertad de Huancayo y que participan en la investigación tienen un estado nutricional Normal, el 16,46% (13) de los niños presentan desnutrición crónica y el 3,80% (3) de los niños que participan en la investigación están con desnutrición global.

GRAFICO N 5.1.9

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD SEGÚN LA VARIABLE PESO/EDAD QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED DEL C.S. LA LIBERTAD

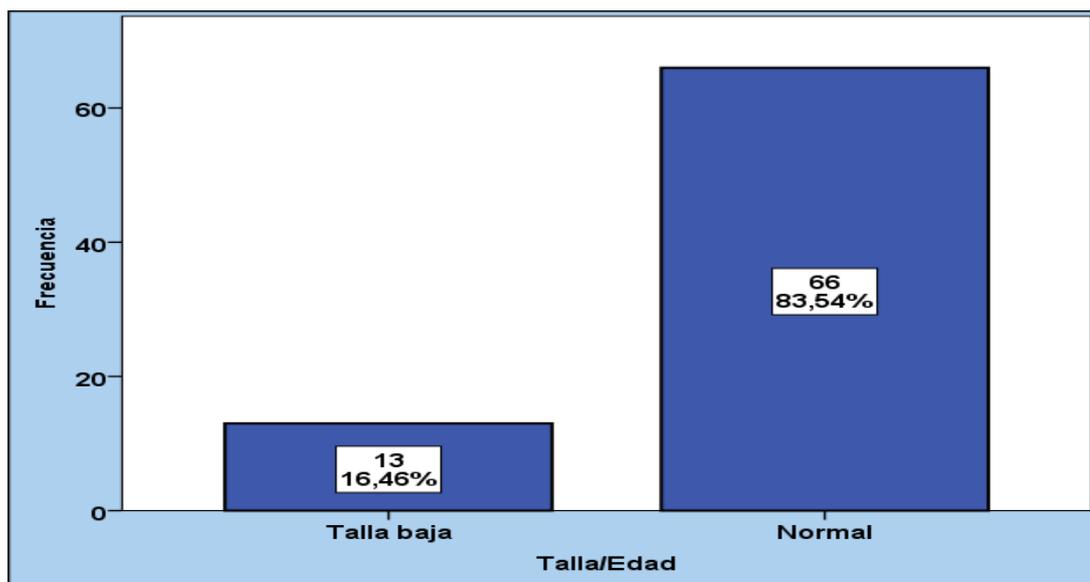


FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad-
Huancayo 2017

En el gráfico N° 5.1.9, se observa que la mayoría 96,20% (76) de los niños de 6 a 12 meses que son atendidos en el Centro de Salud La Libertad de Huancayo y que participan en la investigación en la variable Peso/Edad, tienen estado nutricional normal y un porcentaje reducido 3,80% (3) de los niños presentan desnutrición global.

GRAFICO N° 5.1.10

**ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD
SEGÚN LA VARIABLE TALLA/EDAD QUE ASISTEN AL
CONSULTORIO CRED DEL C.S. LA LIBERTAD**

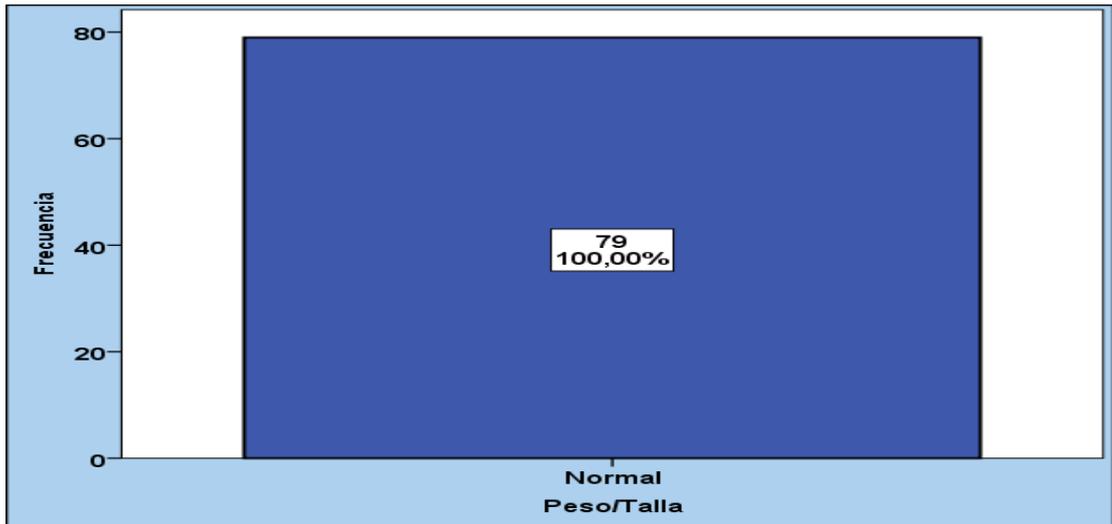


FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad- Huancayo
2017

En el gráfico N° 5.1.10, se aprecia que la mayoría 83,54% (66) de los niños de 6 a 12 meses que son atendidos en el Centro de Salud La Libertad de Huancayo y que participan en la investigación en la variable Talla/Edad presentan un estado nutricional normal y el 16,46% (13) de los niños están con desnutrición crónica.

GRAFICO N° 5.1.11

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD SEGÚN LA VARIABLE PESO/TALLA QUE ASISTEN AL CONSULTORIO



FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad-

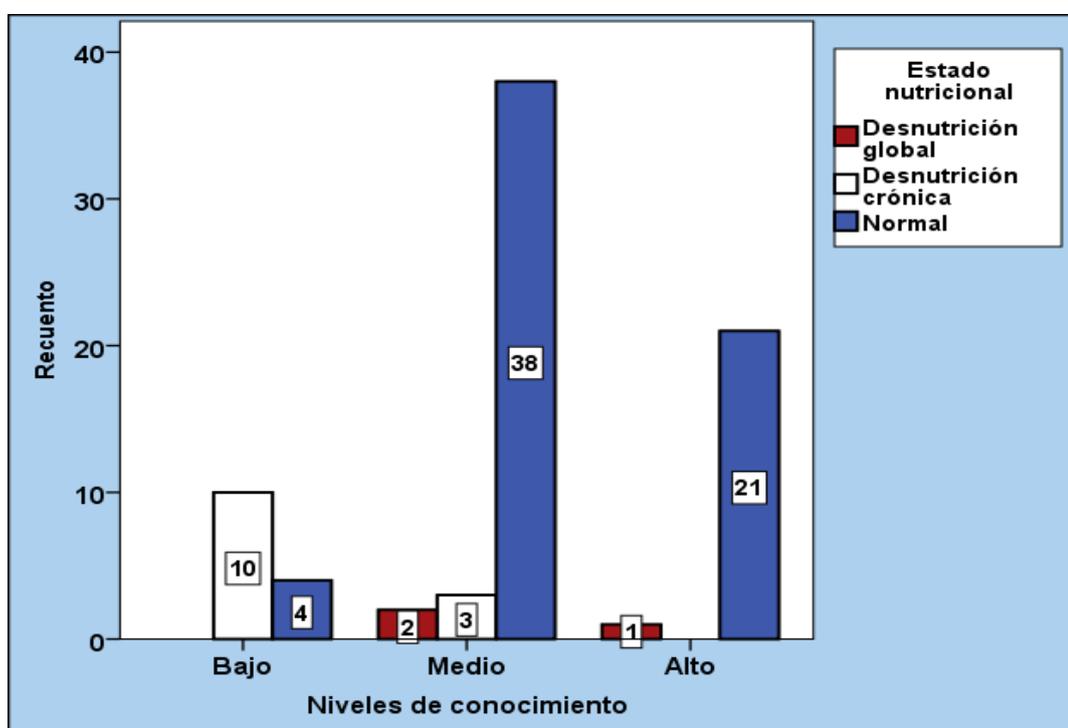
Huancayo 2017

En el gráfico N° 5.1.11, se observa que según la variable Peso/Talla en su totalidad el 100,00% (79) de los niños de 6 a 12 meses que son atendidos en el Centro de Salud La Libertad de Huancayo se encuentran con estado nutricional normal y ningún niño presenta desnutrición aguda 0,00% (0)

5.2. Resultados Inferenciales

GRAFICO N° 5.2.4

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION
COMPLEMENTARIA Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6
A 12 MESES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED DEL C.S. LA
LIBERTAD**



FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad-

Huancayo 2017

En el gráfico N° 5.2.4, se muestra que, la mayoría 54.43% (43) de las madres que participan en la investigación que tienen un nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria y sus correspondientes niños tienen un estado nutricional normal (48.10% /38), con desnutrición crónica (3.80% /3) y con desnutrición global (2.53% /2); por otro lado de las madres con

nivel de conocimiento alto 27.85% (22) sus niños tienen un estado nutricional normal /26.58% /21) y con desnutrición global (1.26% /1); y en relación a las madres con un nivel de conocimiento bajo sobre alimentación complementaria (17.72% /14) sus niños tienen Desnutrición crónica (12.65% /10) y tan solo 5,06% (4) de sus niños tienen un estado nutricional normal; corroborándose de este modo la relación altamente significativa entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses .

CAPITULO VI

DISCUSION DE RESULTADOS

6.1. Contrastación de la hipótesis

Con un nivel de significación $\alpha=0,05$ se asevera que, si existe una relación significativa entre los niveles de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad, para un 95% de confianza.

La relación entre el nivel de conocimiento de la madre y el estado nutricional del Niño se determinó con la prueba de significancia estadística: Chi- cuadrado (X^2).

Tal es así que las madres tienen un conocimiento medio (70%) sobre características de la alimentación complementaria; mientras que el 82% tienen conocimiento alto sobre prácticas saludables en la alimentación complementaria y entorno del niño, asimismo el 56% tiene un conocimiento alto sobre medidas de higiene, porque son aspectos básicos de la alimentación complementaria que la madre aprende en las consejerías nutricionales y sesiones demostrativas; y finalmente existe un bajo conocimiento (38%) sobre el contenido nutricional de la alimentación complementaria. Ello porque falta afianzar más en este tema el valor nutricional de los alimentos, micronutrientes y otros que es más complejo en el aprendizaje de las madres, dadas en las consejerías nutricionales y sesiones demostrativas.

6.2. Contrastación de los resultados con estudios similares.

Actualmente el Estado peruano, está promoviendo más estrategias para complementar la atención integral del niño, en todas las

IPRESS a través de consejerías individualizadas a las madres, con el Kit del Buen Crecimiento; las sesiones demostrativas de preparación de alimentos frecuentes dirigidas a las madres de familia de niños menores de 2 años, fomentando las buenas prácticas de alimentación, hábitos de higiene; que contribuirán en la disminución de la desnutrición crónica infantil y la anemia.

Luego de concluir con el estudio de investigación: nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses, se obtuvo que el nivel de conocimiento medio fue predominante alcanzando un 54.43%; seguido de un conocimiento alto con 27.85% y finalmente 17.72% con conocimiento bajo. Estos resultados tienen similitud con Escobar Álvarez en su estudio “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 de Latacunga en el período julio– septiembre del 2013, En Ecuador; en donde concluyó que el 51% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio; seguido de un conocimiento bajo en un 29% y alto 20%.

En relación al nivel de conocimiento de la madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses, se obtuvo el siguiente resultado: de un 54.4% de madres con nivel de conocimiento medio, el 48.1% de niños presentan estado nutricional normal; del 27.8% de madres con nivel de conocimiento alto el 26.5.% de niños tienen estado nutricional normal y del 17.7% de madres con nivel de conocimiento bajo, solo el 5.0% de niños presentan estado nutricional normal encontrándose una relación significativa entre ambas variables; comparando con el estudio de Sánchez Cacacho de Rivas, quien realizó el estudio titulado

“prácticas de alimentación complementaria en lactantes de 6 a 11 meses 29 días de edad que asisten al centro de salud del municipio de San Juan Sacatepéquez, Guatemala. Julio - Noviembre 2015”, ella llegó a la conclusión que las madres participantes en su mayoría tienen un nivel instructivo primario, y sus hijos presentan un estado nutricional normal. Como se puede apreciar, ello difiere enormemente con nuestro estudio; como vimos el nivel de instrucción de la madre tiene directa relación con el estado nutricional del niño, así para la comprensión de las consejerías nutricionales brindadas por los profesionales de la salud, la adquisición del aprendizaje será más eficaz en aquellas que tienen un nivel educativo secundario y superior.

Soncco Trujillo, Perú; realizó un estudio titulado “Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional en niños menores de 1 año Clas-Umari Tambillo 2015”. Donde concluyó que los conocimientos maternos sobre alimentación complementaria de las madres se relacionan significativamente con el estado nutricional de los niños del CLAS Umari-Tambillo. Comparando con nuestro estudio efectivamente los conocimientos OK OK OK de las madres sobre alimentación complementaria se relacionan directamente con el estado nutricional de los niños.

García Pérez, Perú, realizó un estudio titulado “Conocimiento de las madres de niños de 6 a 11 meses sobre alimentación complementaria en el Puesto de Salud Canchi Grande, Juliaca 2016”. Los resultados que obtuvo respecto al conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria fue deficiente en un 50%, regular en un 43.33% y bueno en un 6.67%;. Contrastando con nuestro estudio difiere enormemente, puesto que las madres objeto de nuestra investigación alcanzaron en su mayoría un nivel de

conocimiento medio (54.4%), seguido de nivel alto (27.8) y por ultimo bajo (17.7%) sobre alimentación complementaria.

Castro Sulca quien realizó un estudio titulado “conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa Cred de un C.S S.J.M 2015”. Quien concluyó que existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad. En relación al estado nutricional de los niños muestra un alto porcentaje con desnutrición crónica y las madres con un nivel de conocimiento bajo predominantemente sobre alimentación complementaria; coincidimos en la relación entre nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños, pero diferimos en los resultados obtenidos en nuestro estudio, en la que predominó el estado nutricional normal de los niños, alcanzando un 79.74% y el nivel de conocimiento medio de las madres sobre alimentación complementaria alcanzando un 54.4%.

CONCLUSIONES

1. Se muestra que la mayoría de las madres que participan en la investigación tienen un nivel medio de conocimiento sobre alimentación complementaria y sus correspondientes niños tienen un estado nutricional normal, asimismo en el caso de las madres que tienen un nivel alto de conocimiento sobre alimentación complementaria sus niños tienen también un estado nutricional normal predominantemente, lo contrario ocurre con aquellas madres que tienen un nivel bajo de conocimiento sobre alimentación complementaria, un porcentaje mayor de niños presentan desnutrición crónica.
2. Las madres respecto a las dimensiones de medidas de higiene, entorno del niño y en prácticas saludables en alimentación complementaria su nivel de conocimiento es alto, en características de la alimentación complementaria su nivel de conocimiento en su mayoría es medio y en la dimensión de contenido nutricional el conocimiento es bajo.
3. El estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses en relación a la variable peso/edad el (96.2%) atendidos en el Centro de Salud La Libertad de Huancayo y que participaron en la investigación tiene el estado nutricional normal; asimismo en función a la variable talla/edad el 16.4% presenta desnutrición crónica y en el caso de la variable peso/talla todos son normales al 100%.
4. Las madres que tienen un grado de instrucción superior (52.50 %) tienen un nivel alto de conocimiento sobre alimentación complementaria; así mismo las madres que tienen grado de instrucción secundaria la mayoría (62.50 %) tiene un nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria y las madres que tienen grado de instrucción primaria (57.14 %) tiene un nivel de conocimiento bajo sobre alimentación complementaria.

RECOMENDACIONES

1. Implementar a nivel de las comunidades consultorios sobre salud nutricional, dirigidos por un agente comunitario, y supervisado por el profesional de enfermería.
2. Elaborar una guía sobre alimentación complementaria dirigido al personal de salud a fin de sensibilizar a la madre durante la consulta de CRED
3. Crear o implementar consultorios sobre consejería nutricional en el primer nivel de atención de salud, que permitirá la sensibilización de la comunidad en la salud nutricional del niño
4. Capacitar continuamente sobre la salud nutricional del niño (alimentación complementaria) al personal de salud del primer nivel de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. *Memoria de la reunión Subregional de los países de Mesoamérica. Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño*, Nicaragua 2010
2. Wisbaum Wendy. *La Desnutrición Infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. España 2011.
3. Brownlee Ann, Savage-King Felicity, Henderson Peggy. *La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Suiza. 2010.
4. De la cruz Sánchez Ernesto Elías, Rojas Piñango Albino. *La Educación Alimentaria y Nutricional – Factor determinante de la salud y la calidad de vida*. Venezuela 2013
5. MINSA: DOCUMENTO TÉCNICO *Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017 – 2021*
6. Escobar Álvarez. *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*". Quito 2013
7. Sánchez Cacacho de Rivas. *Prácticas de alimentación complementaria en lactantes de 6 a 11 meses 29 días de edad que asisten al centro de salud del municipio de san juan Sacatepéquez, julio - noviembre*. Guatemala 2015

8. *Soncco Trujillo. Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional en niños menores de 1 año ACLAS Umari – Tambillo, . 2015*
9. *García Pérez. Conocimiento de las madres de niños de 6 a 11 meses sobre alimentación complementaria en el puesto de salud Canchi Grande, Juliaca. 2016 Perú.*
10. *Castro Sullca. Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años., Programa CRED de un C.S SJM, Perú 2015*
11. *Marriner, A y Alligood, M. Modelos y teorías en Enfermería, Editorial Elsevier. Madrid 2011*
12. *Alvarado, Guuarin y Cañon Montañez Wilson. Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad Materno Infantil. Bucaramanga Colombia 2011*
13. *Carpio Torres, Laurencio Gomero y Vergara Peña. Teoría de Nola Pender “Promoción de la Salud” Ancash 2011.*
14. *La Biblioteca electrónica de Documentación Científica sobre medidas nutricionales de la OMS; Organización Mundial de la Salud. OMS Ginebra 2018*
15. *Mira Dolly. Alimentación complementaria del niño de 0-24 meses Colombia 2012.*
16. *Nutrición Alimentación complementaria OMS. Ginebra 2011*

17. Cuadros-Mendoza, Vichido-Luna, Montijo-Barrios, Zarate Mondragón. *Actualidades en Alimentación Complementaria*. México 2017.
18. Vallejo-Solarte, Castro-Castro, Cerezo-Correa. *Estado Nutricional y determinantes sociales en niños entre 0-5 años de la Comunidad de Yunguilla y de Red Unidos*. Colombia 2016.
19. MINSA. *Normas Técnica de Salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años* 2011.
20. MINSA: *Norma Técnica- Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia, en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas* 2017.

ANEXOS

ANEXO N° 01
INSTRUMENTOS VALIDADOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

GUIA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA N° 01

**CONOCIMIENTOS DE LA MADRE SOBRE LA ALIMENTACION
COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 6 A 12 MESES**

Sra. Buenos días, nosotras las Lic. En Enfermería Inés Huancaya Yaringaño y Elizabet Cajamalqui Paredes trabajadoras del Centro de Salud La Libertad- Huancayo; estamos realizando un trabajo de investigación en coordinación con la Jefatura de Enfermería de este Centro de Salud a fin de obtener información para un estudio acerca de los conocimientos de las madres sobre la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses, motivo por el cual se solicita su colaboración respondiendo con la mayor sinceridad posible, se trata de una encuesta anónima.

I.- DATOS GENERALES DE LA MADRE:

a) Edad de la madre

15-19 años () 20-34 años () 35 años a
mas ()

b) Lugar de nacimiento según región:

Costa ()

sierra ()

selva ()

c) Grado de instrucción

Primaria ()

secundaria ()

superior ()

d) Ocupación

Ama de casa () trabajador dependiente () trabajador independiente()

II.- DATOS ESPECÍFICOS:

CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

1. La alimentación complementaria consiste en darle al niño:

- a) Alimentos sólidos y agüitas
- b) Leche materna y leche de fórmula
- c) Alimentos sólidos y leche materna
- d) Leche materna y agüitas

2. La edad apropiada para el inicio de la Alimentación Complementaria en el niño es:

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

3. La alimentación complementaria es beneficiosa para el niño porque:

- a) Protege al niño contra a enfermedades
- b) Permite la participación y unión de la familia
- c) Favorece el crecimiento y desarrollo del niño
- d) Todas las anteriores

4. Señale cual es un riesgo de alimentación complementaria tardía:

- a) Desnutrición
- b) Aumenta el crecimiento
- c) Hay riesgo de no caminar al año
- d) Hay problemas en el habla

5. La cantidad de alimentos que debe recibir el niño

DE 6-8 MESES ES:	DE 9-11 MESES ES:	DE 12 MESES AMAS:
a)2-3 cucharadas	a)2-3 cucharadas	a)2-3 cucharadas
b)3-5 cucharadas	b)3-5 cucharadas	b)3-5 cucharadas
e)5-7 cucharadas	e)5-7 cucharadas	e)5-7 cucharadas
d)7-10 cucharadas	d)7-10 cucharadas	d)7-10 cucharadas

6. La consistencia de los alimentos que debe recibir el niño

DE 6-8 MESES ES:	DE 9-11 MESES ES:	DE 12 MESES AMAS:
a)Licuado	a)Licuado	a)Licuado
b)Picado	b)Picado	b)Picado
e)Purês	e)Purês	e)Purês
d)Enteros	d)Enteros	d)Enteros

7. La frecuencia de la alimentación complementaria del niño

DE 6-8 MESES ES:	DE 9-11 MESES ES:	DE 12 MESES AMAS:
a) 2 comidas + lactancia	a) 2 comidas + lactancia	a) 2 comidas + lactancia
b) 3 comidas + lactancia	b) 3 comidas + lactancia	b) 3 comidas + lactancia
e) 4 comidas+ lactancia	e) 4 comidas+ lactancia	e) 4 comidas+ lactancia
d) 5 comidas+ lactancia	d) 5 comidas+ lactancia	d) 5 comidas+ lactancia

CONTENIDO NUTRICIONAL

1. ¿Cuáles son ejemplos de alimentos que le brindan fuerza y energía a su niño?
 - a) Plátano, papaya, zanahoria
 - b) Carnes, huevos, lentejas
 - c) Arroz, papa, mantequilla.
 - d) Gaseosas, embutidos, conservas

2. ¿Cuáles son ejemplos de alimentos que ayudan en el crecimiento y desarrollo del niño?
 - a) Plátano, papaya, zanahoria
 - b) Carnes, huevos, lentejas
 - c) Arroz, papa, mantequilla.

d) Gaseosas, embutidos, conservas

3. ¿Cuáles son ejemplos de alimentos que protegen al niño de enfermedades niño?

a) Plátano, papaya, zanahoria

b) Carnes, huevos, lentejas

c) Arroz, papa, mantequilla.

d) Gaseosas, embutidos, conservas

4. Hasta que edad el niño debe recibir leche materna complementaria:

a) Hasta los 06 meses

b) Hasta los 09 meses

c) Hasta los 12 meses

d) Hasta los 02 años

PRACTICAS SALUDABLES EN LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

1. ¿Añade una cucharita de aceite, margarina, o mantequilla a la comida del niño?

SI () NO ()

2. ¿Añade sal yodada a la comida del niño?

Si () NO ()

3. Para absorber mejor el hierro de los alimentos y suplementos de hierro se deben combinar con:

- a. Anís y Manzanilla
- b. Té y Café
- c. naranja y limón (Cítricos)
- d. Avena y soya

4. Señale cuál es el alimento que proporciona una mayor nutrición al niño:

- a) Sopa
- b) Segundo
- c) Mazamorras
- d) Ensaladas

5. Señale la combinación que usted cree adecuada para el almuerzo de su niño:

- a) puré de papa + hígado + fruta o jugo de fruta
- b) arroz + salchichas + mate de hierba
- c) puré de papa + arroz + jugo de fruta.
- d) caldo de pollo +jugo de frutas + galletas

ENTORNO DEL NIÑO

1. El lugar y los objetos que utiliza para alimentar a su niño son:

- a) En la cocina con platos y cubiertos coloridos
- b) En su cuarto con juguetes y televisión prendida
- c) En la cocina con juguetes y televisión prendida
- d) En la sala con juguetes y televisión prendida

2. Generalmente la actitud que usted toma para alimentarlo es:
 - a. Obligándolo a que coma todo
 - b. Apurada porque tiene otras responsabilidades
 - c. Paciencia hasta que termine su comida
 - d. Despacio no importa sino acaba la comida

MEDIDAS DE HIGIENE

1. ¿En qué momento debe realizar el lavado de manos?
 - a. Antes de preparar los alimentos
 - b. Después de preparar los alimentos
 - c. Durante la alimentación del niño
 - d. Todas las anteriores

2. ¿Qué debe tener en cuenta al preparar los alimentos?
 - a. Lavar los alimentos
 - b. Lavarme las manos
 - c. Usar útiles de cocina limpios
 - d. Todas las anteriores



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

GUIA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA N° 02

**FICHA DE EVALUACION NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 06-12
MESES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DE CREO DEL C.S.
LA LIBERTAD - HUANCAYO**

I. DATOS GENERALES DEL NIÑO

A. EDAD:

6-8 meses ()

9-12 meses ()

B. SEXO:

Feminino ()

Masculino ()

II. MEDIDAS ANTOPOMETRICAS

A. Peso actual.

B. Talla actual.

III. EVALUACIÓN NUTRICIONAL

Evaluación nutricional según Patrones de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de la Salud

P/E.....

P/T.....

T/E.....

ANEXO N° 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado "NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU RELACION CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 06-12 MESES EN EL C.S. LA LIBERTAD 2017", por esta razón es muy importante que conozca y entienda la información necesaria sobre el estudio de forma que permita tomar una decisión sobre su participación en el mismo. Cualquier duda o aclaración que surja respecto al estudio, le será aclarada por el investigador responsable.

El estudio pretende determinar la relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses que asisten al Centro de Salud La Libertad Huancayo 2017.

Por medio de este documento se asegura y garantiza la total confidencialidad de la información suministrada por usted y el anonimato de su identidad. Queda explícito que los datos obtenidos serán de uso y análisis exclusivo del estudio de investigación con fines netamente académicos.

DECLARACIÓN PERSONAL

He sido invitado a participar en el estudio titulado "NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU RELACION CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 06-12 MESES EN EL C.S. LA LIBERTAD 2017".

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente el propósito de la investigación y se me han aclarado dudas relacionadas con mi participación en dicho estudio. Por lo tanto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio, aportando la información necesaria para el estudio y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento.

Firma del participante

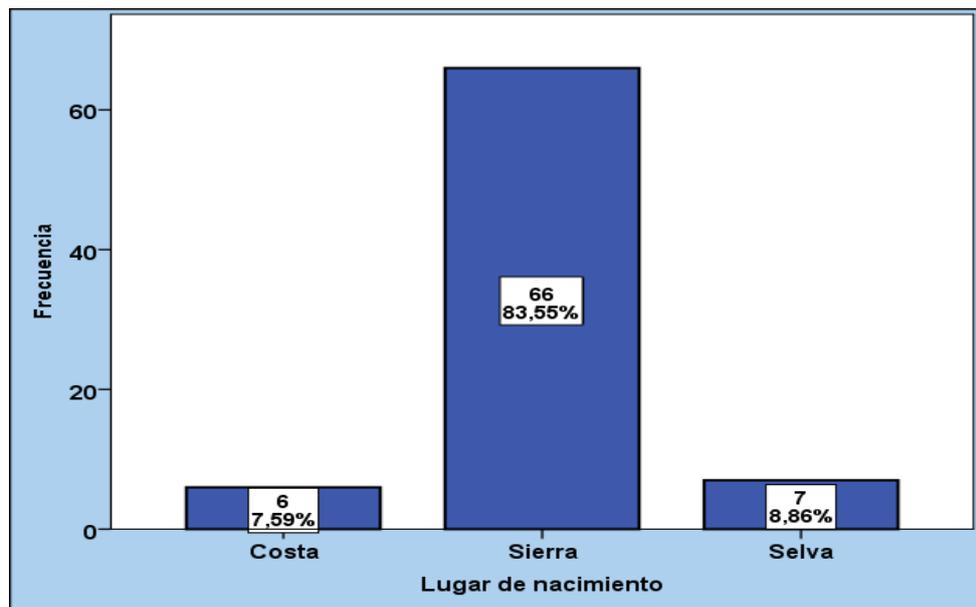
ANEXO N°4

BASE DE DATOS

▲	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	
1	1	2	3	4	5a	5b	5c	6a	6b	6c	7a	7b	7c	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Edad	Sexo	Peso	Talla	Evalu.	Evalu.	Evalu.	
2	3	3	3	1	2	3	4	3	2	4	2	3	4	2	2	1	4	1	1	3	2	1	1	3	1	4	3	1	8.1	70	N	N	N	
3	4	3	3	1	2	3	4	3	2	4	2	3	4	2	2	2	3	2	2	3	1	1	1	1	1	4	1	2	8.28	69.5	N	N	N	
4	3	3	4	1	2	3	4	3	2	2	2	4	4	3	2	1	4	1	1	3	2	1	1	3	4	4	1	1	9.76	70.5	N	N	N	
5	3	3	3	1	2	3	4	3	2	4	4	4	4	2	2	1	4	1	1	3	2	1	1	3	1	4	3	1	8.25	71.6	N	N	N	
6	3	3	4	1	1	2	3	3	2	4	1	2	3	3	2	1	3	1	1	3	2	1	1	3	4	4	1	1	6.68	63.5	N	N	N	
7	3	3	4	1	1	2	3	3	2	4	1	2	4	2	2	2	4	1	2	1	2	1	1	1	3	1	4	3	1	8.4	70.2	N	N	N
8	3	3	4	1	1	1	3	3	2	4	4	4	4	2	1	1	4	1	2	3	2	1	1	3	4	4	1	2	8.25	68.2	N	N	N	
9	3	3	3	1	1	2	3	3	2	4	4	4	4	1	2	1	4	1	1	3	2	1	1	3	4	4	1	2	8.3	67.2	N	N	N	
10	2	3	4	1	3	4	4	3	2	4	2	4	4	2	1	3	4	1	1	1	4	1	1	3	4	4	2	2	8.78	68.9	N	N	N	
11	3	3	3	1	2	3	4	3	2	2	2	4	4	3	2	1	4	1	1	4	2	1	1	4	1	4	2	2	11.8	75.3	N	N	N	
12	3	3	4	1	1	3	4	3	2	4	1	2	3	3	2	1	4	1	1	3	2	1	1	3	1	4	2	2	9.35	70.5	N	N	N	
13	3	3	4	1	1	4	4	3	3	2	1	2	3	2	2	1	3	2	1	4	2	1	1	3	4	4	1	2	7.95	67.5	N	N	N	
14	2	3	3	1	2	4	4	3	2	4	2	3	4	3	2	1	4	1	1	3	2	1	1	3	1	4	1	1	8.6	68.5	N	N	N	
15	3	2	4	1	1	3	4	3	2	4	2	3	4	1	2	3	4	2	1	1	3	1	1	3	4	4	3	2	11	75	N	N	N	
16	3	3	4	1	1	3	4	3	2	4	3	3	4	1	2	2	2	1	1	3	2	1	1	3	1	4	2	1	9	71	N	N	N	
17	3	2	4	1	1	2	3	1	2	4	2	3	4	2	1	2	4	1	1	3	4	3	1	1	4	4	2	1	5.75	61	N	N	TB	
18	3	3	4	1	3	4	4	3	2	2	4	4	4	2	2	1	4	1	1	3	2	1	1	3	1	4	1	1	8.4	66.4	N	N	TB	
19	1	3	3	1	2	3	4	3	2	4	2	3	4	1	2	3	4	1	1	3	2	3	1	3	4	4	1	2	7.7	64	N	N	N	
29	3	3	4	1	1	2	3	3	2	4	4	4	4	3	2	1	3	1	1	4	2	1	1	3	4	4	3	2	9.09	73.8	N	N	N	
30	3	3	4	1	2	4	4	3	2	4	1	2	4	2	2	1	3	2	1	4	2	1	1	3	3	4	1	2	9.2	67.7	N	N	N	
31	3	3	3	4	3	4	4	3	2	4	4	4	4	1	2	2	3	2	1	4	2	1	1	3	4	4	1	1	8.1	68.5	N	N	N	
32	3	3	4	1	1	3	4	3	2	4	3	3	4	3	2	1	4	2	2	3	2	1	1	3	1	4	3	3	8.75	71.5	N	N	TB	
33	3	3	1	1	1	3	4	3	2	2	2	3	4	1	1	2	4	1	1	3	2	1	1	3	1	1	1	3	6.89	68.9	DG	N	N	
34	3	3	3	1	3	4	4	3	2	4	1	2	3	2	2	2	4	1	1	3	2	1	1	3	4	4	1	1	6.56	63.1	N	N	TB	
35	3	3	4	1	1	3	4	3	2	4	1	2	4	3	2	1	4	1	1	3	2	1	1	3	4	4	2	1	9.27	71.2	N	N	N	
36	3	3	4	1	1	3	4	3	2	4	1	3	4	3	2	2	4	1	1	3	2	1	1	3	1	4	2	1	8.3	70.3	N	N	N	
37	3	3	4	1	1	2	3	3	2	4	2	3	4	2	1		3	1	1	4	1	1	1	3	1	4	2	2	8.03	68.8	N	N	TB	
38	3	3	3	1	1	3	4	3	2	4	3	4	4	2	2	1	4	1	1	3	4	1	1	3	4	4	2	2	10.8	76	N	N	N	
39	3	3	4	1	1	3	4	3	2	4	2	3	4	2	2	1	3	1	2	3	2	1	1	3	4	4	1	1	7.7	65.2	N	N	N	
40	3	3	3	1	1	2	4	3	2	2	1	3	4	1	2	1	4	1	1	1	2	1	1	3	4	4	2	2	8	66	N	N	N	
41	3	3	4	2	2	4	4	2	4	4	4	4	4	1	2	1	3	2	1	3	2	1	3	1	4	4	2	2	9.82	73.4	N	N	N	
42	3	3	3	1	2	3	4	3	2	2	4	4	4	2	2	2	3	1	1		2	1	1	3	1	4	2	2	9.8	73.5	N	N	N	
43	3	1	3	1	2	3	4	3	4	4	2	3	4	2	1	2	3	1	1	1	4	1	4	3	1	4	2	2	8	69.2	N	N	N	
44	3	4	4	1	2	3	4	3	2	4	2	4	4	3	1	2	3	1	1	1	2	1	1	1	4	4	1	2	6.72	64	N	N	TB	
45	3	3	1	1	2	3	4	3	2	4	2	3	4	2	2	2	4	1	1	2	1	1	1	3	1	4	1	1	8.18	65.1	N	N	N	
46	3	3	4	1	3	4	4	3	2	4	2	3	4	2	2	2	4	2	1	3	2	1	1	3	4	4	2	1	8.45	65	N	N	TB	
47	3	3	4	1	4	4		3	2	2	1	2	3	2	1	1	4	1	1	3	2	1	1	3	4	4	3	2	8.89	75.5	N	N	N	
48	3	3	3	1	1	3	4	3	2	3	1	2	4	3	2	1	4	1	1	3	2	1	1	3	1	4	3	2	9.2	74	N	N	N	
49	3	3	3	1	2	3	4	3	2	4	1	3	4	3	2	1	4	1	2	3	2	1	1	3	1	4	1	2	7.25	66.5	N	N	N	
50	3	3	3	1	1	3	4	3	2	4	1	3	4	3	2	1	4	1	2	3	2	1	1	3	1	4	1	1	7.63	65	N	N	N	
51	3	3	3	1	2		4	3	2	4	2	3	4	3	2	1	3	2	1	3	2	1	1	3	1	4	3	1	9.93	72.5	N	N	N	
52	3	3	4	1	1	3	4	3	2	4	1	3	4	2	2	1	4	1	1	3	2	1	1	3	4	4	1	1	7.16	65.1	N	N	N	
53	3	3	3	1	2	3	4	3	2	4	3	3	4	3	2	1	4	1	1	3	2	1	1	3	4	4	3	1	9	73	N	N	N	
54	3	2	3	1	1	2	4	3	3	2	2	3	4	2	2	2	4	1	1	3	2	1	1	4	4	4	1	1	9.58	71	N	N	N	
55	3	3	4	1	1	2	4	3	2	4	4	4	4	3	2	1	4	2	1	4	2	1	4	3	4	4	2	2	9.95	74.6	N	N	N	
56	3	3	4	1	1	3	4	1	2	2	1	2	3	2	2	1	4	2	1	2	3	2	1	1	3	4	4	1	1	8.48	70.2	N	N	N
57	3	3	4	1	1	3	4	3	2	4	2	3	4	2	1	2	2	1	1	3	2	1	1	3	1	4	1	1	9.85	68.2	N	N	N	
58	3	3	3	1	3	3	4	3	2	4	3	4	4	3	2	1	4	1	1	3	2	1	1	3	4	4	3	2	9.99	75.2	N	N	N	
59	3	3	1	1	2	3	4	3	2	4	1	2	4	3	2	1	3	1	1	3	2	1	1	3	1	1	1	2	9.1	69	N	N	N	
60	3	3	4	1	1	2	4	3	2	4	2	3	4	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	3	4	4	2	1	8.9	75	N	N	N	
61	3	3	4	1	2	4	4	3	2	4	4	4	4	2	2	1	3	1	1	4	2	1	3	3	1	4	2	1	7.95	69	N	N	N	
62	3	3	4	1	1	2	3	3	4	4	1	2	4	2	2	2	1	2	2	4	2	1	1	3	4	4	1	2	8.15	67	N	N	TB	
63	3	3	4	1	1	2	4	3	2	4	2	3	3	2	2	2	4	1	1	4	2	1	2	3	1	4	1	1	6.6	66.4	N	N	N	
64	3	3	4	1	1	3	4	3	4	4	1	2	3	1	2	3	4	1	1	1	2	1	1	3	4	4	1	2	6.88	66.8	N	N	N	
65	3	3	3	1	2	3	4	3	2	4	2	4	4	2	1	3	4	1	2	1	2	1	1	3	4	4	2	2	9.6	74.9	N	N	N	
66	4	2	4	1	1	2	4	3	2	4	1	2	3	1	2	1	4	2	1	3	2	1	1	1	4	4	2	1	8					

GRAFICO N° 5.1.2

LUGAR DE NACIMIENTO DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED DEL C.S. LA LIBERTAD SEGÚN REGIÓN



FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad- Huancayo 2017

En el grafico N° 5.1.2 se observa que la mayoría 83,55% (66) de las madres que asisten con sus niños al Centro de Salud La libertad de Huancayo y que participan en la investigación proceden de la sierra del país, el 8,86% (7) de las madres proceden de la selva central y el 7,59% (6) de las madres proceden de la costa.

GRAFICO N° 5.1.2

TIPO DE OCUPACION DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED DEL C.S. LA LIBERTDAD

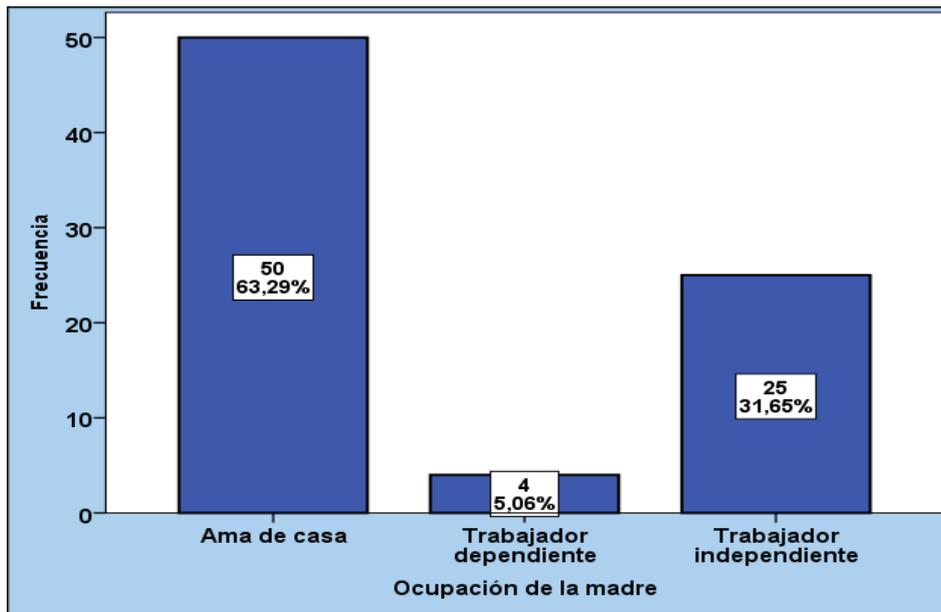


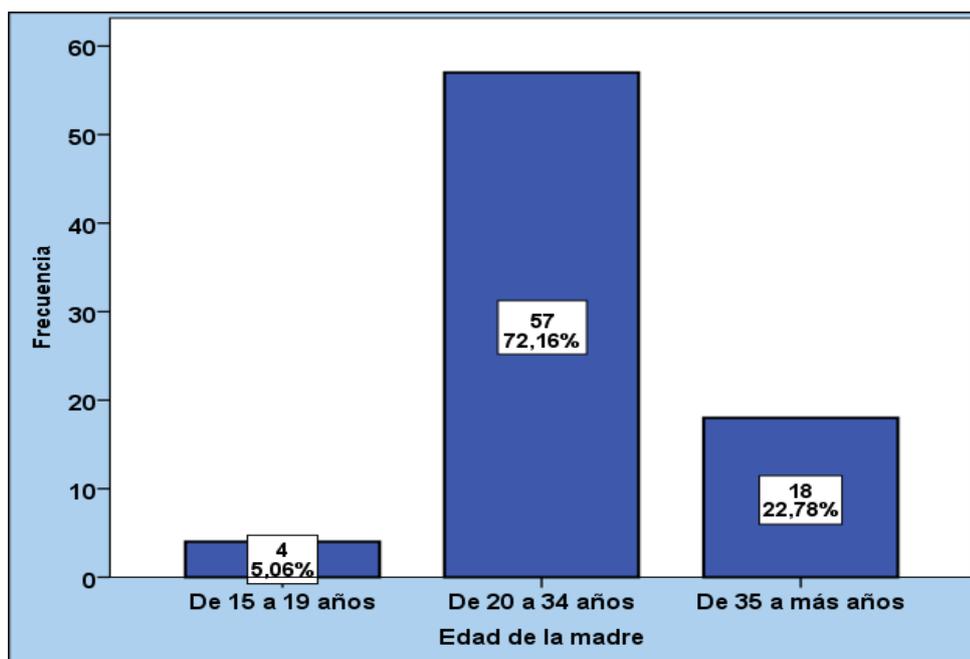
Ilustración 4

FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad-Huancayo 2017.

Se observa, en el gráfico N° 5.1.2, que la mayoría 63,29% (50) de las madres de familia que asisten con su niño al Centro de Salud La Libertad de Huancayo y que participan en la investigación son amas de casa, el 31,65% (25) de las madres tienen un trabajo independiente y el 5,06% (4) de las madres encuestadas tienen un trabajo dependiente.

GRAFICO N° 5.1.3

EDAD DE LA MADRE DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED DEL C.S. LA LIBERTAD

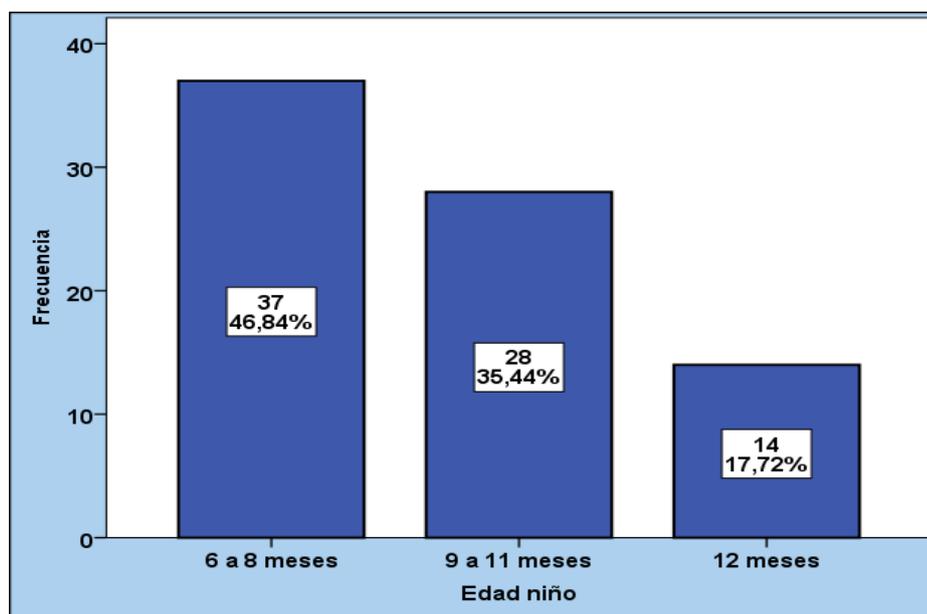


FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad-
Huancayo 2017

En el grafico 5.1.3; se observa que la mayoría 72,16% (57) de las madres que asisten con sus niños al Centro de Salud La libertad de Huancayo y que participan en la investigación tienen de 20 a 34 años de edad, el 22,78% (18) de las madres de familia tienen de 35 a más años y el 5,06% (4) de las madres tienen de 15 a 19 años de edad.

GRAFICO N° 5.1.6

EDAD DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED DEL C.S. LA LIBERTDAD HUANCAYO 2017

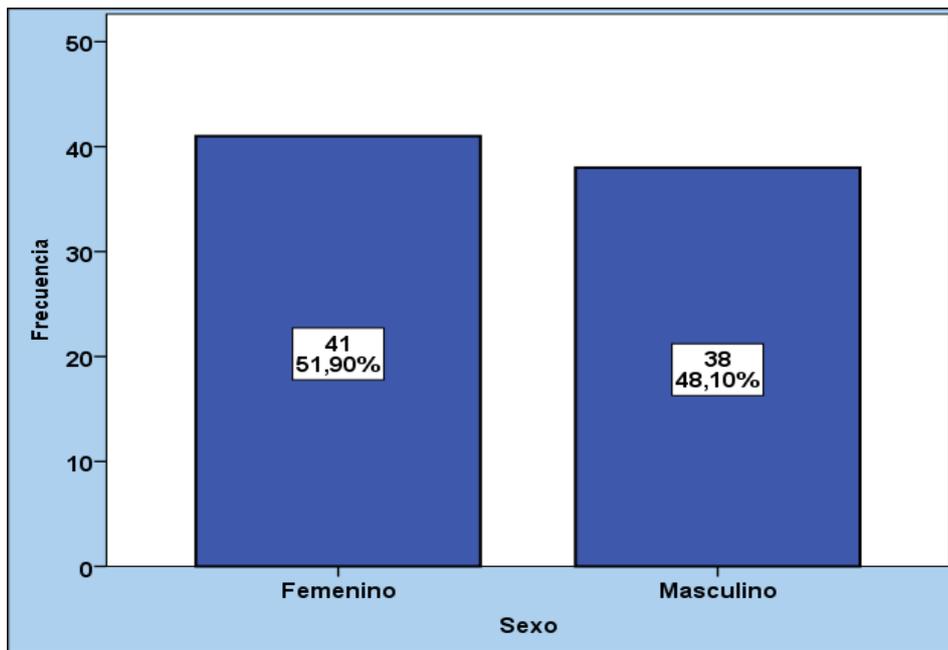


FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad-Huancayo 2017.

Se aprecia, en el gráfico N° 5.1.6, que la mayoría 46,84% (37) de los niños que son atendidos en el Centro de Salud La Libertad de Huancayo tienen una edad comprendida entre 6 a 8 meses, el 35,44% (28) de los niños tienen una edad de 9 a 11 meses y el 17,72% (14) de los niños tienen una edad de 12 meses.

GRAFICO N° 5.1.7

**SEXO DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES QUE ASISTEN AL
CONSULTORIO CRED DEL C.S. LA LIBERTAD**

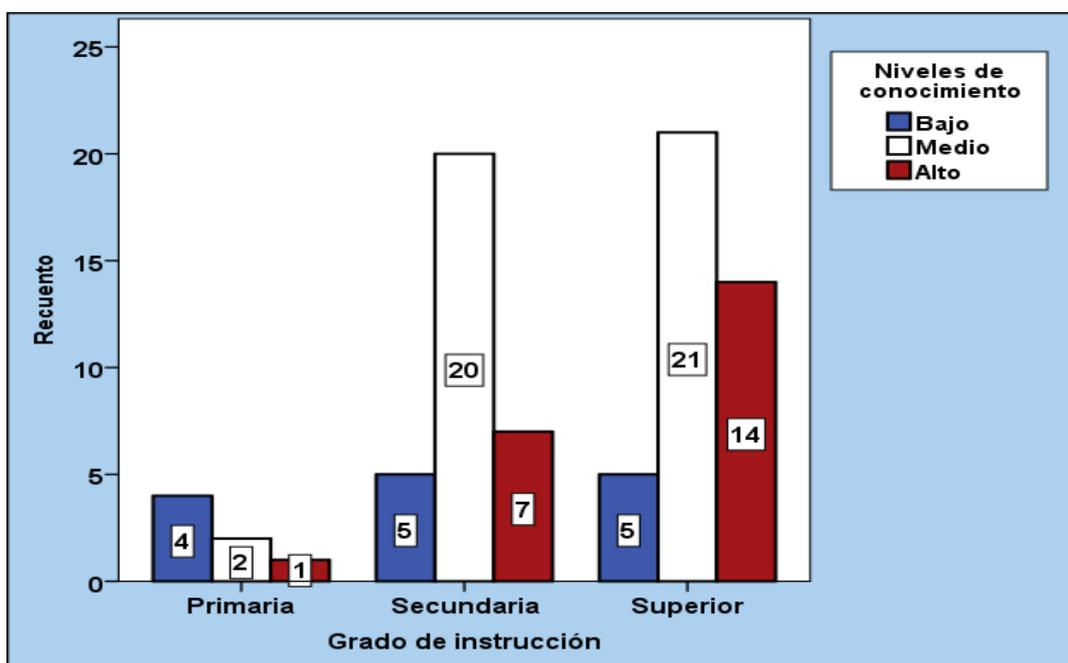


FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad-
Huancayo 2017.

Se observa, en grafico N° 5.1.7, que la mayoría 51,90% (41) de los niños que son atendidos en el Centro de Salud La Libertad de Huancayo son del sexo femenino y el 48,10% (38) de los niños que participan en el estudio son del sexo masculino.

GRAFICO N° 5.2.1

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION, QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED DEL C.S. LA LIBERTAD



FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad-

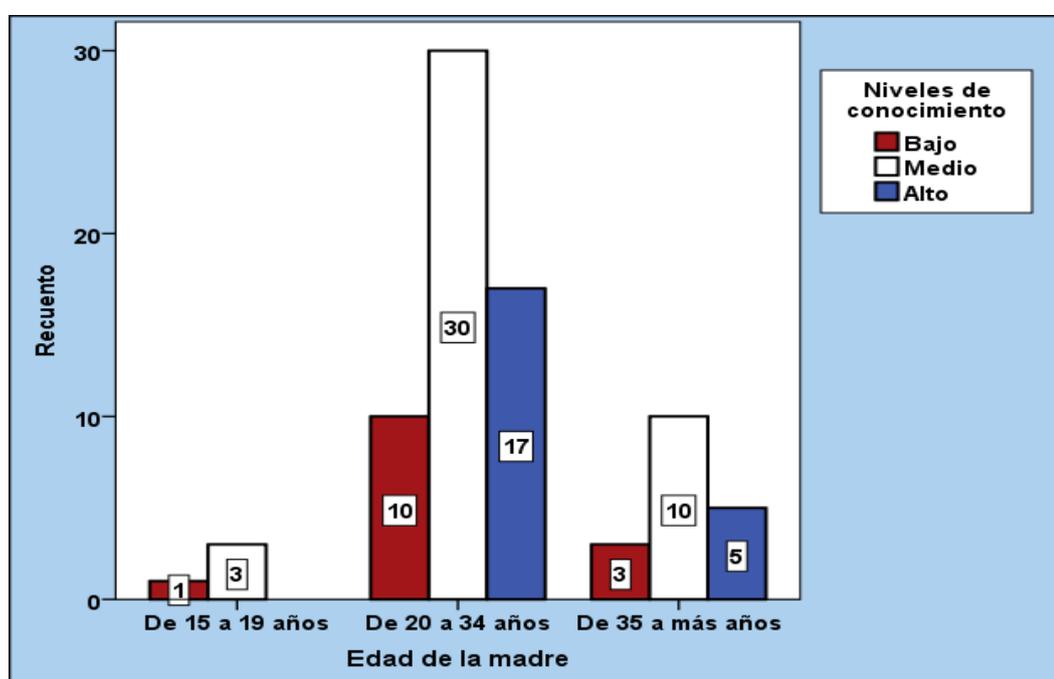
Huancayo 2017

En el gráfico N° 5.2.1, se observa que en las madres que tienen el grado de instrucción educación primaria, la mayoría 57,14% (4) de las madres presentan un nivel Bajo de conocimientos en la alimentación complementaria, el 28,57% (2) de las madres tienen un nivel Medio y el 14,29% (1) de las madres tienen un nivel Alto. En el grupo de madres que tienen el grado de instrucción educación secundaria, la mayoría 62,50% (20) de las madres tienen un nivel Medio de conocimientos sobre alimentación complementaria, el 21,87% (7) de madres

presentan un nivel Alto y el 15,63% (5) de las madres tienen un nivel Bajo de conocimientos. En las madres que tienen grado de instrucción educación superior, la mayoría 52,50% (21) tienen un nivel Medio de conocimientos sobre alimentación complementaria, el 35,00% (14) de madres presentan un nivel Alto y el 12,50% (5) de las madres tienen un nivel Bajo de conocimientos.

GRAFICO N° 5.2.2

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA SEGÚN EDAD, QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED DEL C.S.



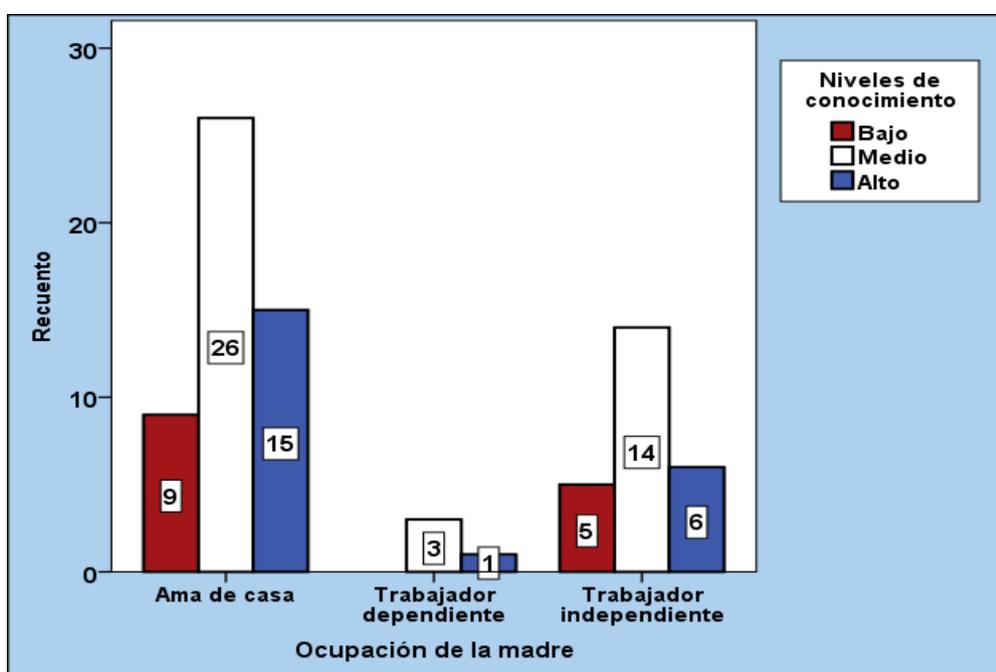
FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad-Huancayo 2017

En el gráfico N° 5.2.2, se aprecia en las madres cuyas edades van de 15 a 19 años la mayoría 66,67% (3) de las madres presentan un nivel Medio de conocimientos en la alimentación complementaria, el 33,33% (1) de las madres tienen un nivel Bajo y ninguna 0,00 (0) madre encuestada presenta un nivel Alto. En el grupo de madres que tienen de 20 a 34 años de edad, la mayoría 52,64% (30) de las madres tienen un nivel Medio de conocimientos sobre alimentación complementaria, el 29,82% (17) de

madres presentan un nivel Alto y el 17,54% (10) de las madres tienen un nivel Bajo de conocimientos. En las madres que tienen de 35 a más años de edad, la mayoría 55,56% (10) tienen un nivel Medio de conocimientos sobre alimentación complementaria, el 27,77% (5) de madres presentan un nivel Alto y el 16,67% (3) de las madres tienen un nivel Bajo de conocimientos

GRÁFICO N° 5.2.3

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA SEGÚN TIPO DE OCUPACION, QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED DEL C.S. LA LIBERTAD



FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad-

Huancayo 2017

En el gráfico N° 5.2.3, se aprecia que en las madres que tienen como ocupación su casa, la mayoría 52,00% (26) de las madres presentan un nivel Medio de conocimientos en la alimentación complementaria, el 30,00% (15) de las madres tienen un nivel Alto y el 18,00% (9) de las madres tienen un nivel Bajo. En el grupo de madres que tienen como ocupación trabajadora independiente, la mayoría 66,67% (3) de las madres tienen un nivel Medio de conocimientos sobre alimentación

complementaria, el 33,33% (1) de madres presentan un nivel Alto y ninguna 0,00% (0) de las madres tienen un nivel Bajo de conocimientos. En las madres que tienen como ocupación trabajadora independiente, la mayoría 56,00% (14) tienen un nivel Medio de conocimientos sobre alimentación complementaria, el 24,00% (6) de madres presentan un nivel Alto y el 20,00% (5) de las madres tienen un nivel Bajo de conocimientos.

GRAFICO N° 5.2.5

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD SEGÚN LA VARIABLE PESO/EDAD POR EDADES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED DEL C.S. LA LIBERTAD

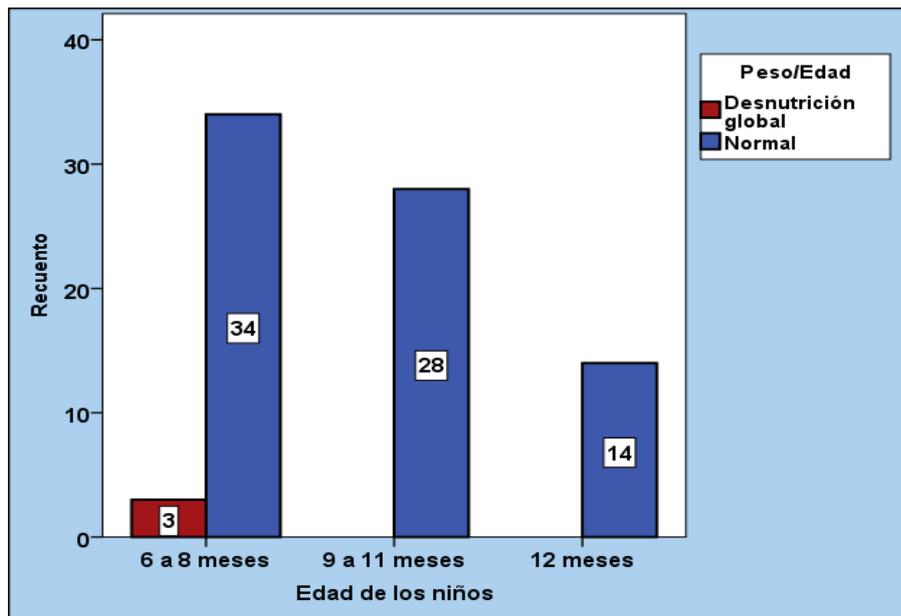
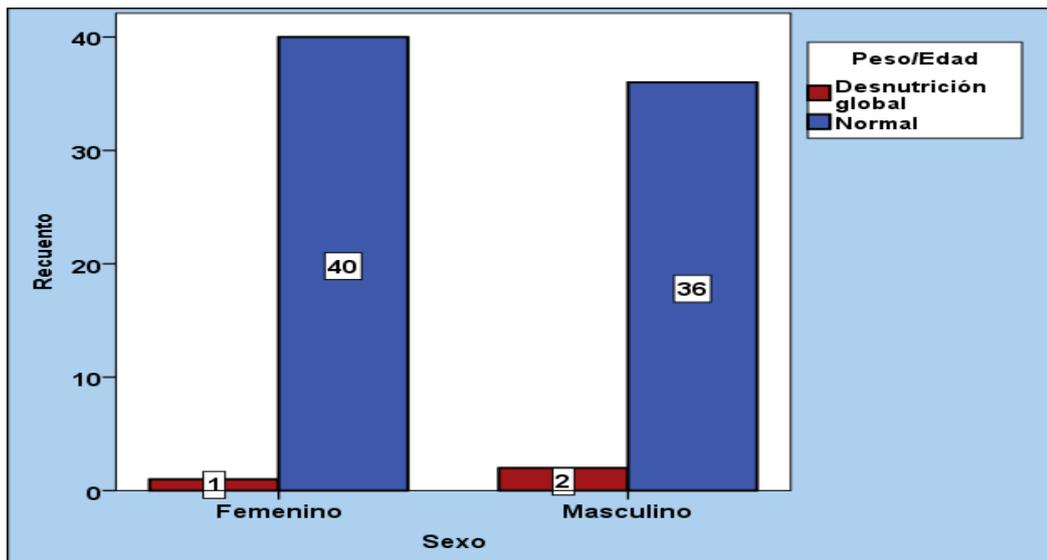


Ilustración 7 FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad Huancayo 2017

En el gráfico N° 5.2.5 se aprecia que, en los niños de 6 a 8 meses, la mayoría 91,89% (34) tienen un Peso/Edad Normal y sólo el 8,11% (3) de los niños tienen Desnutrición global. En los niños de 9 a 11 meses, la totalidad 100,00% (28) de los niños tienen un Peso/Edad Normal y ningún 0,00% (0) niño tiene Desnutrición global. En los niños de 12 meses, la totalidad 100,00% (14) de los niños tienen un Peso/Edad Normal y ningún 0,00% (0) niño tiene Desnutrición global.

GRAFICO N° 5.2.6

**ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD
SEGÚN LA VARIABLE PESO/EDAD POR SEXO QUE ASISTEN AL
CONSULTORIO CRED DEL C.S. LA LIBERTAD**



FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad
Huancayo 2017

En el gráfico N° 5.2.6, se aprecia que, en las niñas, la mayoría 97,56% (40) tienen un Peso/Edad Normal y sólo el 2,44% (1) de las niñas tienen Desnutrición global. En los niños, la mayoría 94,74% (36) tienen un Peso/Edad Normal y sólo el 5,26% (2) de los niños tienen Desnutrición global.

GRAFICO N° 5.2.7

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD SEGÚN LA VARIABLE TALLA/EDAD POR EDADES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED DEL C.S. LA LIBERTAD

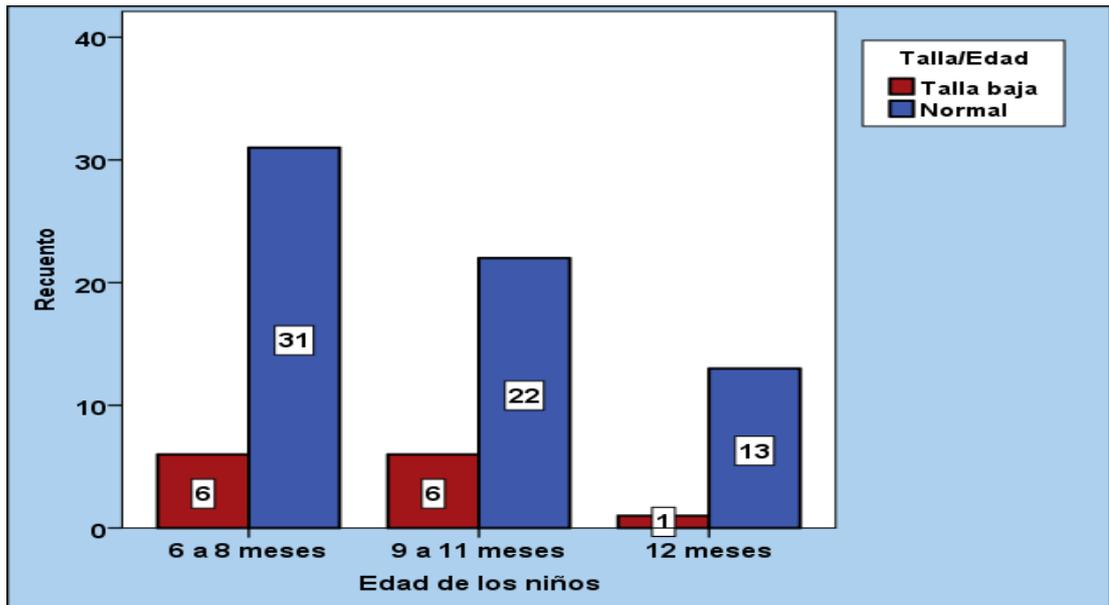


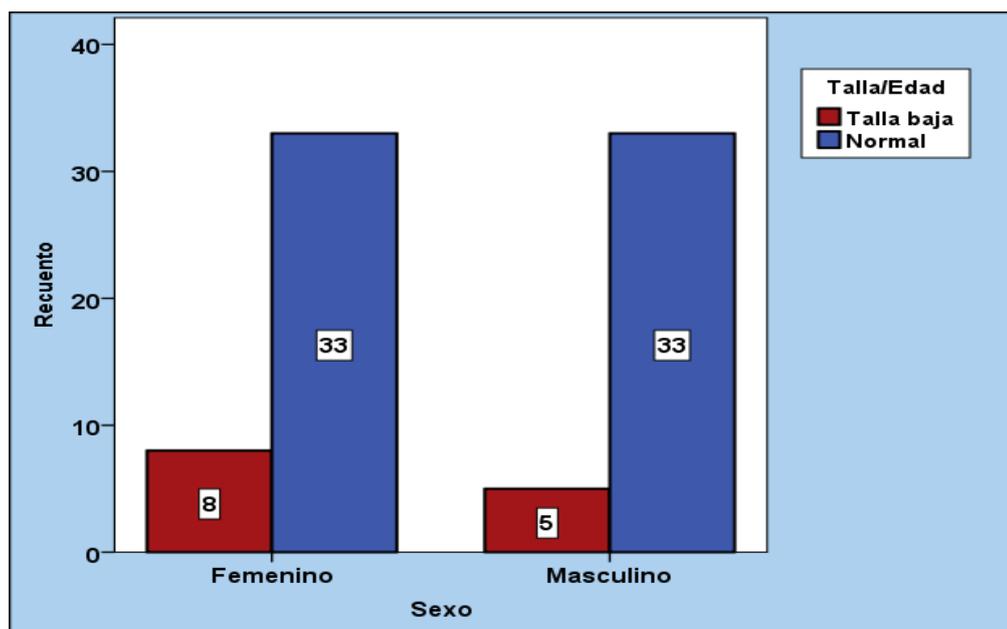
Ilustración 8

FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad-Huancayo 2017

En el gráfico N° 5.2.7, se observa que, en los niños de 6 a 8 meses, la mayoría 83,78% (31) tienen una Talla/Edad Normal y sólo el 16,22% (6) de los niños tienen Talla baja. En los niños de 9 a 11 meses, la mayoría 78,57% (22) de los niños tienen una Talla/Edad Normal y el 21,43% (6) de los niños tienen Talla baja. En los niños de 12 meses, la mayoría 92,86% (13) de los niños tienen una Talla/Edad Normal y el 7,14% (1) de los niños tienen Talla baja.

GRAFICO N° 5.2.8

**ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD
SEGÚN LA VARIABLE TALLA/EDAD POR SEXO QUE ASISTEN AL
CONSULTORIO CRED DEL C.S. LA LIBERTAD**



FUENTE: Entrevista aplicado a las madres en el Centro de Salud La Libertad-
Huancayo 2017

En el gráfico N° 5.2.8, se aprecia que, en las niñas, la mayoría 80,49% (33) tienen una Talla/edad Normal y sólo el 19,51% (8) de las niñas tienen una Talla baja. En los niños, la mayoría 86,84% (33) tienen una Talla/edad Normal y sólo el 13,16% (5) de los niños tienen Talla baja.

TABLA 5.2.1

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD SEGÚN LAS DIMENSIONES DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA, QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED DEL C.S. LA LIBERTAD HUANCAYO 2017

Dimensiones	Niveles						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Características de la alimentación complementaria	9	11	55	70	15	19	79	100
Contenido nutricional	30	38	28	35	21	27	79	100
Prácticas saludables en la alimentación complementaria	4	5	10	13	65	82	79	100
Entorno del niño	0	0	14	18	65	82	79	100
Medidas de higiene	4	5	31	39	44	56	79	100

FUENTE: Instrumento aplicado en el Centro de Salud La Libertad-Huancayo.

TABLA 22: TABLA DE CONTINGENCIA DE LOS NIVELES DE CONOCIMIENTO Y EL ESTADO NUTRICIONAL

	Talla/Edad		Total
	Talla baja	Normal	
Niveles de conocimiento			
Bajo	10	4	14
Medio	3	40	43
Alto	0	22	22
Total	13	66	79

FUENTE: Elaboración propia.

Asimismo, se utilizó la prueba Chi cuadrada de independencia. La tabla 23 muestra el valor de la Chi cuadrada calculada es $X^2_c=37,918$ y el p-valor (0,000) es menor al nivel de significación ($\alpha=0,050$), por lo que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1) para un 95% de nivel de confianza.

TABLA 24: TABLA DE CONTINGENCIA DE LOS NIVELES DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

	N observado	N esperada	Residuo
Bajo	14	26,3	-12,3
Medio	43	26,3	16,7
Alto	22	26,3	-4,3
Total	79		

FUENTE: Elaboración propia.

Y finalmente para la prueba de la hipótesis específica alcanzo un nivel de significancia $\alpha=0,05$, lo que se asevera que las frecuencias de los niveles de conocimientos sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad difieren significativas y como existe mayor frecuencia en el nivel Medio, entonces se afirma la validez de la hipótesis específica 1: El nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 12 meses es medio.

TABLA 25. PRUEBA DE LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1

Estadísticos de prueba	
	Niveles de conocimiento
Chi-cuadrado	17,038 ^a
gl	2
Sig. asintótica	0,000

FUENTE: Elaboración propia

Conclusión estadística: Con un nivel de significación $\alpha=0,05$ se asevera que las frecuencias de los niveles de conocimientos sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 12 meses difieren significativas y como existe mayor frecuencia en el nivel Medio, entonces se afirma la validez de la hipótesis específica 1: El nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 12 meses es medio.

Entonces concluimos que si existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses.
