

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



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU RELACIÓN CON
EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 2 AÑOS EN LA
ESTRATEGIA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL
CENTRO DE SALUD SANTA ANA – HUANCVELICA 2018”**

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

**GOLDA VIOLETA GUERRA POMA
ERIKA DARINKA RIVEROS CONTRERAS**

**Callao, 2018
PERÚ**



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

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

ACTA N° 169-2018

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 14:00 horas del domingo 25 de noviembre del año dos mil dieciocho, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud, se reúne el Jurado Evaluador del XLVI Ciclo Taller de Tesis para la obtención de Título de Segunda Especialidad Profesional; conformado por los siguientes docentes:

Dra. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO

Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN

Lic. JOSÉ LUIS YUPANQUI PÉREZ

PRESIDENTA

SECRETARIA

VOCAL

Con la finalidad de evaluar la sustentación de la Tesis, titulada "NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 2 AÑOS EN LA ESTRATEGIA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD SANTA ANA-HUANCAVELICA 2018", presentado por: Don(ña) GUERRA POMA GOLDA VIOLETA Y RIVEROS CONTRERAS ERIKA DARINKA.

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 BUENO, y calificación cuantitativa BUENO (15) de la Tesis para optar el **Título de Segunda Especialidad Profesional en CRECIMIENTO, DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACIÓN 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 14:30 horas del mismo día.

Callao, 25 de noviembre de 2018

Dra. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO
Presidenta de Jurado Evaluador

Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN
Secretario de Jurado Evaluador

Lic. JOSÉ LUIS YUPANQUI PÉREZ
Vocal de Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A Dios por habernos dado sabiduría, paciencia, por fortalecer nuestro corazón e iluminar nuestra mente.

A mi esposo, nuestros hijos y familiares por habernos apoyado durante todo el periodo de la especialidad y así poder culminarlo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por concederme serenidad y fortaleza todo momento.

A mis amados padres, esposo e hijos, quiénes siempre me han brindado apoyo y motivación en mi formación académica.

A mis estimados docentes, por impartirme sus grandes conocimientos,

Finalmente, un profundo agradecimiento a la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

ÍNDICE

RESUMEN	04
ABSTRACT	05
INTRODUCCIÓN	06
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	08
1.1 Descripción de la realidad problemática	09
1.2 Formulación del Problema	16
1.2.1 Problema General	16
1.2.2 Sub Problemas	16
1.3 Objetivos de la investigación	16
1.3.1 Objetivo General	16
1.3.2 Objetivos Específicos	16
1.4 Limitantes de la investigación	17
1.4.1 Limitante teórica	17
1.4.2 Limitante temporal	17
1.4.3 Limitante espacial	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1 Antecedentes de Estudio	18
2.1.1 Antecedentes Internacionales	18
2.1.2 Antecedentes Nacionales	20
2.2 Marco	23
2.2.1 Teórico	23
2.2.2 Conceptual	25
A. Alimentación Complementaria	25
A.1 Definición	25
A.2 Importancia	25
A.3 Factores que Influyen en el inicio de la Alimentación Complementaria	28

A.4 Características de la Alimentación	
Complementaria	30
A.5 La adecuada higiene en la preparación de alimentos	34
A.6 El entorno del niño durante la alimentación	35
A.7 Combinación de alimentos	37
B. Estado Nutricional del niño menor de un año	40
B.1 Requerimientos Nutricionales del Lactante	40
B.2 Valoración del estado nutricional del niño	45
B.2.1 Evaluación Antropométrica	46
B.2.2 Puntos de corte de normalidad	48
B.2.3 Alteración nutricional del niño	51
a) Desnutrición Infantil	51
b) Obesidad Infantil	51
C. El Rol de la Enfermera en control de crecimiento y desarrollo del Niño	53
C.1 Consejería de Enfermería en el control de crecimiento y Desarrollo del niño	54
2.3 Determinación de términos básicos	55
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	57
3.1 Hipótesis	57
3.1.1 Hipótesis General	57
3.1.2 Hipótesis Específicos	57
3.2 Definición conceptual de las variables	58
3.3 Operacionalización de Variables	59
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	62
4.1 Tipo y diseño de la de Investigación	62
4.1.1 Tipo de la Investigación	62
4.1.2 Diseño de la Investigación	62
4.2 Población y muestra	63

4.2.1	Población	63
4.2.2	Muestra	63
4.2.3	Criterios de Inclusión	65
4.2.4	Criterios de Exclusión	65
4.3	Técnicas e Instrumentos para recolección de la Información	66
4.3.1	Técnicas	66
4.3.2	Instrumento	66
4.4	Análisis y procesamiento de datos	67
CAPÍTULO V:		
5.1	Resultados Descriptivos	70
5.2	Resultados Inferenciales	76
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS		78
6.1	Contrastación de la hipótesis general	78
6.2	Contrastación de los resultados con estudios similares	80
6.3	Responsabilidad ética	85
CONCLUSIONES		86
RECOMENDACIONES		87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		88
ANEXOS		92
Anexo 1: Instrumentos validados		
Anexo 2: Consentimiento informado		
Anexo 3: Medición de la variable nivel de conocimiento escala de Stanones		
Anexo 4: libro de códigos		

RESUMEN

El Objetivo: Fue Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años. **Metodología:** tipo de investigación aplicada descriptivo; enfoque cuantitativo, diseño descriptivo correlacional, no experimental de corte transversal. Muestra: Conformada por 123 madres de familia, de niños menores de 2 años asistentes consultorio de CRED. Técnica: fue la encuesta y/o la observación los instrumentos el cuestionario para medir el nivel de conocimiento, y la tarjeta de control del MINSA para hallar el estado nutricional. **Resultados:** Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia del 5% ($\alpha=0,05$) se aseveró que: El nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria tuvieron relación de manera significativa con el estado nutricional. **Conclusión:** El nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria es bajo con un 51.22% y el estado nutricional de los niños menores de 2 años es Desnutrición con un 69.11%.Luego de realizar el contraste de hipótesis se llegó a la conclusión que existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del menor de 2 años que asisten a los consultorios de CRED del Centro de Salud Santa Ana - Huancavelica 2018

Palabras clave: Alimentación complementaria, conocimiento, madres y estado nutricional.

ABSTRACT

The Objective: Was to determine the relationship between the level of knowledge of mothers about complementary feeding and the nutritional status of the child under 2 years of age. Methodology: type descriptive applied research; quantitative approach, correlational descriptive design, non-experimental cross-sectional. Sample: Conformed by 123 mothers of family, of children under 2 years attending the CRED office. Technique: it was the survey and / or the observation of the instruments, the questionnaire to measure the level of knowledge, and the MINSA control card to find the nutritional status. Results: We worked with a confidence level of 95% and a level of significance of 5% ($\alpha = 0.05$) it was stated that: The level of knowledge of mothers about complementary feeding had a significant relationship with nutritional status. Conclusion: The level of knowledge of the mother about complementary feeding is low with 51.22% and the nutritional status of children under 2 years is Malnutrition with 69.11%. After carrying out the hypothesis test, it was concluded that there is direct and significant relationship between mothers' level of knowledge about complementary feeding and the nutritional status of children under 2 years of age who attend the CRED offices of the Santa Ana Health Center - Huancavelica 2018

Key words: Complementary feeding, knowledge, mothers and nutritional status.

INTRODUCCIÓN

El rango de edad óptimo para iniciar alimentación complementaria está Habitualmente entre los 6 y 24 meses de edad, si bien la lactancia materna puede continuar hasta después de los dos años. El niño debe de recibir los nutrientes adecuados tanto en calidad y cantidad para asegurar bienestar y salud del niño.

La alimentación complementaria es administrar al niño alimentos a partir de los seis meses para cubrir sus necesidades nutricionales y poder desarrollarse saludablemente; por ello que el inicio de esta etapa es sumamente importante, es un factor que lo protegerá de diferentes enfermedades de índole gastrointestinal, nutricional u otras complicaciones que podrían ocasionar riesgos a futuro que luego se van a reflejar en tasas altas de morbilidad infantil. De este modo que las madres durante la alimentación complementaria emplean sus conocimientos para alimentar a sus niños, la mayoría influenciadas por diversos factores sociales y/o culturales y que tienen consecuencia en las prácticas alimenticias. Es por ello que el estado nutricional de los niños puede estar influenciado de manera decisiva por los conocimientos que tienen las madres a la hora de alimentarlos ya que son ellas las que van a dar inicio y seleccionar los alimentos que deberá consumir el niño como cantidades y frecuencia.

El presente trabajo de investigación titulado nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años en la estrategia de crecimiento y desarrollo del centro de salud Santa Ana - Huancavelica 2018 tuvo por finalidad determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y así mismo ver la relación que existe con el estado nutricional del menor de 2 años, de esta manera implementar estrategias a fin de que las madres puedan entender mejor sobre que es una alimentación complementaria por lo tanto lograr un mejor estado nutricional de sus niños.

El presente trabajo de investigación consta de siete apartados; **I:** planteamiento del problema, que incluye la determinación del problema, formulación del problema, objetivos y justificación, **II:** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **III:** considera las variables e hipótesis, así como la Operacionalización de variables, **IV:** metodología; **V:** cronograma, **VI:** presupuesto y el **VII:** referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

1.1 Descripción de la Realidad Problemática:

Según la OMS la alimentación complementaria constituye el segundo paso más importante en la nutrición del niño después de la lactancia materna exclusiva. Cuando la lactancia materna no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales de las niñas y niños, es necesario añadir otros alimentos a la dieta del niño, es decir, brindarle una alimentación complementaria, adecuada desde el punto de vista nutricional con todos los nutrientes que el niño necesita para desarrollarse adecuadamente; este periodo de inclusión de alimentos diferentes de la leche materna va de los seis a los 24 meses de edad, intervalo en el que la niña y el niño es muy vulnerable ya que está expuesto a diferentes enfermedades. Por tal razón, la importancia que adquieren los alimentos como tal, la consistencia y el proceso de introducción en la alimentación, es una característica definitiva en el análisis del estado nutricional de las niñas y niños (1).

El estado nutricional es el resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En este sentido, los esquemas o patrones de alimentación influyen en la nutrición de las niñas y niños y a su vez, condicionan su potencial de desarrollo y crecimiento. La práctica de la lactancia materna provee los nutrientes adecuados y sirve de inmunización para un gran número de enfermedades comunes en la infancia. El inicio temprano de la alimentación complementaria, limita lo valioso de la lactancia materna, más aún cuando se hace sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, pues se pone a las niñas y niños en contacto con sustancias contaminadas en el ambiente. Los malos hábitos de lactancia y alimentación complementaria están relacionados con los riesgos de enfermedad y muerte, así como con el grado de

desnutrición. Asimismo, la alimentación inadecuada y la prevalencia e incidencia de enfermedades infecciosas son determinantes en el crecimiento de las niñas y niños. Por ello, la desnutrición infantil es una de las variables más sensibles de las condiciones de vida (2).

Los efectos de un mal estado nutricional en los primeros años se prolongan a lo largo de la vida, ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas como el sobrepeso, la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras y está asociado a menores logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez, tal como vemos en un estudio en el 2007 donde se estimó una pérdida media del 22% en los ingresos anuales durante la etapa adulta. A nivel mundial, casi uno de cada cuatro niños menores de 5 años (165 millones, o el 26% en 2011) sufre desnutrición crónica, la tercera parte de las muertes de niños menores de 5 años son atribuibles a desnutrición. La desnutrición pone a los niños en una situación de riesgo de muerte y de enfermedad grave debido a infecciones comunes en la infancia como neumonía, diarrea, paludismo y sarampión. Los niños con desnutrición aguda grave tienen nueve veces más probabilidades de morir que los niños que están nutridos de manera adecuada. Asimismo, la desnutrición crónica, o baja estatura para la edad, se asocia con un anormal desarrollo del cerebro, lo que es probable que tenga consecuencias negativas en la vida de un niño a largo plazo. Estudios recientes de Brasil, Guatemala, India, Filipinas y Sudáfrica confirmaron la asociación entre desnutrición crónica y un menor rendimiento y asistencia a la escuela. Los estudios también concluyeron que la desnutrición vaticinaba un fracaso escolar (3).

Asimismo, el estado nutricional está asociado a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, ya que un inadecuado estado nutricional incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad en la temprana infancia tal como nos indican las cifras de UNICEF, en su reporte último (4).

A Nivel de América Latina en general ha habido una tendencia en la reducción en la desnutrición crónica desde los años 80. Bolivia, Perú, Colombia, Ecuador y Guatemala, han reducido la desnutrición, pero después esta tendencia ha sufrido un estancamiento en algunos de ellos. Países como El Salvador y Nicaragua han logrado disminuir la prevalencia de baja talla aún más en algunas regiones pobres, demostrando que es posible lograrlo en el resto de los países de la región (5).

Es muy importante resaltar la anemia infantil principalmente en el niño menor de 2 años ya que gran parte de sus causas parten de una inadecuada alimentación complementaria. En los países de América Latina y El Caribe alcanza prevalencias cercanas al 80% en los 2 primeros años de vida. Las consecuencias de la deficiencia de hierro se manifiestan a lo largo de la vida (6).

En el Perú, la reducción de la pobreza y la desnutrición, específicamente la desnutrición crónica, son metas de política social para las cuales se vienen implementando políticas específicas de carácter multisectorial. La Encuesta 2017 brinda información sobre el estado nutricional de los menores de cinco años de edad a través de tres indicadores nutricionales de uso internacional: la desnutrición crónica, la desnutrición aguda y la desnutrición global, calculados a partir de la información del peso, talla, edad y sexo de las niñas y niños menores de cinco años de edad. Uso del patrón de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud. En el presente informe, al igual que desde la ENDES 2007, la clasificación del estado nutricional se ha realizado tomando como base el Patrón de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS) difundido internacionalmente el año 2006. Este patrón de referencia fue elaborado sobre la base de niñas y niños que estuvieron en un entorno óptimo para el crecimiento: prácticas de alimentación recomendadas para lactantes, niñas y niños pequeños,

A nivel nacional en el año 2017, la desnutrición crónica afectó al 12,9% de niñas y niños menores de cinco años de edad, disminuyó 5,2 puntos porcentuales respecto al año 2012 (18,1%). Desnutrición crónica según ámbito geográfico y característica seleccionada Según área de residencia, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (25,3%), es decir, 17,1 puntos porcentuales más que en los residentes en el área urbana (8,2%). Por región natural, el mayor porcentaje de desnutrición crónica fue en las niñas y niños de la Sierra (21,3%), seguido de la Selva (18,0%); mientras, que en Lima Metropolitana el porcentaje fue menor (5,1%). Por sexo, la desnutrición crónica presentó una diferencia de 1,7 puntos porcentuales (13,7% en niños y 12,0% en niñas). Según intervalo de nacimiento en meses, la desnutrición crónica se presentó en mayor proporción en niñas y niños cuyo intervalo de nacimiento fue menor a 24 meses, siguen los intervalos de 24 a 47 meses (20,2% y 18,3%, respectivamente). Aquellos con intervalo de 48 y más meses y los nacimientos primogénitos, presentaron menores porcentajes (11,8% y 9,6%, respectivamente). Las niñas y niños ubicados en el quintil inferior fueron afectados en mayor proporción con desnutrición crónica (28,8%), comparados con los que pertenecen al quintil superior y cuarto quintil (5,0% y 4,3%, respectivamente).

El programa articulado nutricional mostro los resultados de la desnutrición crónica según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar primer semestre 2018, una tendencia hacia la disminución del nivel de la desnutrición crónica en el país, pasando de 13,1% en el año 2013 a 8,7% en el primer semestre 2018, cuando se utiliza el Patrón Internacional de Referencia recomendado por National Center for Health Statistics (NCHS). Con el Patrón de Referencia de Crecimiento Internacional Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS), varió de 17,5% a 12,2%, en el mismo periodo.

En el área rural, el nivel de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años de edad continúa descendiendo según ambos Patrones Internacionales de Referencia. Entre los años 2013 y el primer semestre 2018, se reduce en 6,2 puntos porcentuales con el patrón de referencia NCHS, de 25,3% a 19,1%; y con el patrón OMS se reduce en 6,7 puntos porcentuales; de 32,3% a 25,6%.

Desnutrición crónica en el área urbana En el área urbana, el nivel de desnutrición crónica fue 5,0% en el primer semestre 2018 con el patrón de referencia NCHS. Teniendo como referencia el patrón OMS, la desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años de edad se estimó en 7,3%.

ANEMIA La anemia por déficit de hierro, es estimada a partir del nivel de hemoglobina en la sangre. Es una carencia que a nivel nacional afecta a cuatro de cada diez niñas y niños menores de tres años de edad (46,6%), es mayor en el área rural (51,9%) que en el área urbana (44,7%), en el primer semestre 2018.

En el último informe de ENDES2017 Anemia en niñas y niños de 6 a 59 meses de edad En el año 1996 el porcentaje de niñas y niños de 6 a 59 meses de edad con anemia fue 56,8% disminuyendo a través de los años, alcanzando 30,7% en el año 2011, este porcentaje aumentó 4,9 puntos porcentuales en el año 2014 (35,6%). En el año 2017, entre las niñas y niños menores de cinco años de edad el 34,1% sufrió de anemia. En el área rural este porcentaje fue mayor en comparación con el área urbana (43,0% y 30,7%, respectivamente (7)).

La anemia afectó en mayor grado a las niñas y niños menores de 18 meses de edad (59,2% en los de 6 a 8 meses de edad, 59,9% de 9 a 11 y 56,6% de 12 a 17 meses de edad), en tanto que, en los infantes de 18 a 23 meses de edad fue 41,4%. En los grupos de mayor edad, los

porcentajes fueron menores (30,4% entre 24 y 35 meses de edad, 24,7% de 36 a 47 meses de edad y 19,1% de 48 a 59 meses de edad).

En niños principalmente que se encuentran en el periodo de inicio de alimentación complementaria donde la ingesta de alimentos ricos en hierro son la parte fundamental ya que el niño se encuentra en una etapa de crecimiento acelerado y están más propensos a padecer de anemia y consigo una serie de consecuencias ligadas al aspecto cognitivo, de crecimiento y desarrollo. En relación a la frecuencia de comidas y consistencia de estas se encontró que el 88,1 % de niñas y niños de seis a nueve meses de edad recibieron algún alimento sólido o semisólido, destacando los alimentos hechos de grano, trigo o cereal (68,1 %), seguido de los hechos a base de carne/aves/pescado/huevo (65,4%), de tubérculos/raíces (64,7%) frutas/vegetales ricos en vitamina A (60,3%), alimentos hechos con aceite/grasas/mantequilla (54,3 %), y de otras frutas y vegetales (52,8%) (9).

A Nivel Local: En la Región Huancavelica siendo considerada de extrema pobreza se pudo observar que la anemia afectó y aumento en mayor grado a las niñas y niños menores de 18 meses de edad (59,2% en los de 6 a 8 meses de edad, 59,9% de 9 a 11 y 56,6% de 12 a 17 meses de edad), en tanto que, en los infantes de 18 a 23 meses de edad fue 41,4%. En los grupos de mayor edad, los porcentajes fueron menores (30,4% entre 24 y 35 meses de edad, 24,7% de 36 a 47 meses de edad y 19,1% de 48 a 59 meses de edad). Hay madres que tienen costumbres que muchas veces no son adecuadas en la nutrición del niño en la mayoría de los casos las madres prefieren los caldos y sopitas como inicio de una alimentación complementaria que muchas veces perjudican su salud del niño menor de dos años, asimismo no tienen conocimientos e información clara acerca de una alimentación complementaria adecuada para un buen crecimiento y desarrollo(10).

De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2015, Huancavelica es la región del país con el mayor índice de desnutrición crónica entre los niños menores de cinco años. En esta región, uno de cada tres niños de esta edad, el 34 por ciento tiene desnutrición crónica. Y cuatro de cada diez niños de esta edad, el 42,5 por ciento, tiene anemia. Entre los niños menores de tres años la situación es más grave: la anemia afecta a más de la mitad de ellos, el 53,4 por ciento.

Esto significa que en la región Huancavelica, según el Infobarómetro de la Primera Infancia, hay más de 28 mil (28 142) niños menores de cinco años con anemia y más de 22 mil (22 520) que sufren desnutrición crónica. Estos graves problemas afectan seriamente el buen desarrollo de estos niños.

Aunque en el año 2015 la desnutrición crónica infantil en la región Huancavelica disminuyó por encima de la reducción a nivel nacional –en esta región bajó 1 punto porcentual, mientras a nivel nacional descendió solamente 0,2 puntos- en esta región la desnutrición infantil sigue siendo la mayor del país y considerablemente más alta al promedio nacional.

Mientras en la región Huancavelica la desnutrición crónica infantil llega a 34 por ciento, el promedio nacional es, según la ENDES 2015, es 14,4 por ciento. De acuerdo a la ENDES para el primer semestre de 2016, la desnutrición infantil a nivel nacional ha bajado a 13,5 por ciento. Estos resultados preliminares de la ENDES para la primera mitad de este año no dan datos a nivel regional.

Los datos provinciales para el primer trimestre del año 2016 sobre anemia y desnutrición infantil corresponden al Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN), del Ministerio de Salud. A diferencia de la ENDES, que mide anemia y desnutrición entre toda la población infantil, el SIEN registra solamente los casos de anemia y desnutrición entre los niños evaluados en los centros de salud. Esto da una idea del nivel de estos dos problemas en cada provincia, pero no una medición exacta.

De acuerdo al SIEN 2016, en tres de las siete provincias de la región Huancavelica, más de la mitad de los niños menores de tres años están afectados por la anemia: en Acobamba el 61 por ciento de los niños de esta edad tiene anemia, en Angaraes el 59,5 por ciento y en Huancavelica el 58,4 por ciento.

En el caso de los niños menores de cinco años, en dos de las siete provincias de esta región más del 50 por ciento sufren de anemia: Acobamba (58,3 %) y Angaraes (51,8 %)

La proporción de Desnutrición Crónica en nuestro país mostró una tendencia a decrecer en el tiempo, disminuyendo del 2009 al 2017 un total de 7,8 puntos porcentuales según el patrón de crecimiento de OMS 2006, 0,6% en el último año según el Informe Gerencial Anual SIEN 2016. Son 15 las Direcciones Regionales de Salud las que presentan proporciones de Desnutrición Crónica calificadas por la Organización Mundial de la Salud como de proporción moderada, siendo Huancavelica la única que presenta una proporción grave al superar el 30% de niños desnutridos crónicos (10).

En el centro de salud Santa Ana en la estrategia de crecimiento y desarrollo, se ha podido observar el aumento de niños menores de 2 años con anemia y desnutrición de cada 10 niños tamizados por Hemoglobina, 4 sufren de anemia y 3 desnutrición, motivo por el cual el poder investigar mediante nuestro presente trabajo las causas y por lo tanto que estrategias tomar para poder mejorar estos resultados, teniendo en cuenta la importancia de la lactancia materna y la alimentación complementaria que son la base fundamental en la vida futura de nuestros niños.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1 Problema General:

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad del Centro de Salud Santa Ana – Huancavelica 2018?

1.2.2 Sub problemas:

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria del niño menor de 2 años de edad?
- ¿Cuál es el estado nutricional de los niños menores de 2 años en el C.S. Santa Ana - Huancavelica?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General:

Determinar el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y la relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años que asisten a los consultorios de CRED del Centro de Salud Santa Ana - Huancavelica 2018.

1.3.2 Objetivos Específicos:

- Evaluar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en las madres de niños menores de 2 años que asisten a los consultorios de CRED del Centro de Salud Santa Ana – Huancavelica.
- Evaluar el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad que asisten a los consultorios de CRED del Centro de Salud Santa Ana – Huancavelica.

1.4 Limitantes de la Investigación:

1.4.4 Limitante teórica

Para el siguiente trabajo de Investigación se revisó las diferentes bibliografías e investigaciones relacionadas con alimentación complementaria y el estado nutricional en los niños menores de 2 años, existe escasos antecedentes sobre el tema.

1.4.5 Limitante temporal

El trabajo de investigación realizado es transversal, se recogió la información de cada una de las madres durante los meses de agosto, setiembre del presente año en el centro de Salud todos los días de 8:00am a 19: p.m.

1.4.6 Limitante espacial

El trabajo de investigación se desarrolló en la región Huancavelica provincia y distrito de Huancavelica en el Centro de Salud Santa Ana en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo lo cual se tuvo que seleccionar y pedir su previo consentimiento de cada una de las 123 madres con niños mayores de 6 meses y menores de 24 meses con previa verificación del peso y talla de sus niños, para así poder aplicar nuestra entrevista – encuesta.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes del Estudio:

2.3.1 Antecedentes Internacional

JÁCOME VIERA, Ximena Alexandra, En su trabajo “Relación entre las prácticas de alimentación complementaria y el estado nutricional de niñas y niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al centro de salud N°10 Rumiñahui de la ciudad de Quito; 2013”. Estudio observacional analítico de tipo transversal en el que participaron 204 niños y niñas de 6 a 24 meses. Podemos concluir que las prácticas de alimentación complementaria (hábitos alimentarios e ingesta calórica) tiene una influencia en el estado nutricional de una manera positiva cuando se cumplen las recomendaciones sobre la alimentación del infante (porciones, cantidad, frecuencia, calorías), y de una manera negativa cuando no se aplica, pero, su efecto se observa de manera conjunta, es decir, que una conducta individual no puede determinar la existencia o no de algún tipo de malnutrición. (12).

ESCOBAR ÁLVAREZ, María Belén, 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 del IESS de Latacunga en el periodo Junio-septiembre del 2013”. Estudio de tipo cuali-cuantitativo- observacional, analítico y transversal. El universo y muestra fueron 196 madres, niños y niñas que acudieron a Consulta externa de Pediatría del Hospital del IESS de Latacunga en el periodo Junio- septiembre

del 2013. Podemos concluir que hay 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, así como niños con sobrepeso evidenciados en niños y niñas de madres con nivel de conocimientos medio y bajo. Las prácticas poco favorables se evidencian en todos los estados nutricionales” (13).

GARCÍA DE LEÓN, Cecilia; En su estudio “Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la comunidad el tablón del municipio de Sololá-Guatemala. 2013”. El estudio fue de tipo descriptivo, desarrollado mediante la aplicación de 3 boletas a 45 madres de niños menores de un año que ya habían iniciado la alimentación complementaria. Se pudo concluir que el 100% de las madres le brinda ablactancia materna a su hijo desde el nacimiento hasta el día del estudio. El 64% indicó que antes de iniciar la alimentación complementaria le había brindado atoles y agüitas de hierbas. El 38% inició la alimentación complementaria a los 6 meses y el 40% después de los 6 meses. La alimentación de la población en general está basada en el consumo de cereales, seguidos de: Frijol, hierbas y una bebida a base de harina de maíz y harina de soya (14).

FARFAN PONCE, Raíza Lissette; En su estudio.” Prácticas de destete y ablactación que tiene las madres del Centro de Salud Primero de Mayo de la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí y su relación con el estado nutricional del infante; Manabí - Ecuador. 2012”. Estudio descriptivo-longitudinal, con la

observación directa, cuyo universo fue conformado por madres lactantes en el periodo de la investigación de 42 madres y 42 lactantes. Podemos concluir que las madres no realizan actividades económicas productivas, las madres tienen muy poco conocimiento sobre la lactancia. A pesar de que respondieron que se debe de destetar a los niños paulatinamente, pero en la práctica no lo hicieron, de igual forma procedieron con la edad de destete. En la ablactación no poseen un buen conocimiento pues tanto con: la edad, el alimento y el tipo de preparación están errados, las prácticas observadas son brusca, mayoritariamente después del primer año de edad con buenas razones para hacerlo. Los procedimientos para realizarlos fueron diversas e incluyen: dejarle llorar, hacer dar asco, ponerse sábila, ají, mentol o limón en el pezón para que el niño rechace el pecho. La ablactación la iniciaron en diversos periodos de edad, solo el 50% lo hicieron en las edades adecuadas, pero con alimentos equivocados y no recomendados con preparaciones poco recomendadas. En términos generales encontramos el 43% de desnutrición global, y 2% de desnutrición aguda, con un porcentaje más acentuado en las niñas que niños, además las niñas inician su descenso de talla desde el primer al quinto mes de vida y los varones desde el octavo mes. Podemos concluir que hay una relación directamente positiva entre las prácticas de destete y ablactación con la desnutrición y por lo que se comprueba la hipótesis planteada” (15).

2.3.2 Antecedentes Nacionales

CASTRO SULLCA. Karen Vanessa. En su estudio “Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años.

Programa CRED de un C. S SJ.M – Lima.2015”. Estudio de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 madres. Podemos concluir 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. El nivel de conocimientos que poseen las madres sobre alimentación complementaria en su mayoría es bajo. El estado nutricional de la mayoría de los niños menores de 2 años de edad se encuentra entre desnutrición y sobrepeso, seguido de un significativo grupo de niños con estado nutricional normal (16).

LEÓN BANEGAS, Ruth Karina. En su estudio “Conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud La Revolución, Juliaca - 2015”, Estudio no experimental de corte transversal de tipo correlacional, se realizó un muestreo no probabilístico estratificado, determinándose una muestra de 63 madres de niños de 6 a 24 meses. Se determinó que 63 madres que representan el 100%, donde 18 madres que representa el 28.6% presentan un conocimiento bajo, seguido por 34 madres que representa el 54% que presentan un conocimiento medio y por último 11 madres que representa el 17.5% que presentan un conocimiento alto, llegando a la conclusión que existe relación entre conocimientos y prácticas con una correlación. Que, a mayor conocimiento, existirá una mejor práctica (17).

TERRONES BARDALES, María Isabel En su estudio “Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses centro de salud Micaela Bastidas; Lima – Perú. 2013”. Metodología que se usa es enfoque cuantitativo, diseño descriptivo y de corte transversal, muestra probabilística de 100 madres, bajo ciertos criterios. Encontrándose que el 52.2% de las madres presentan un nivel de conocimiento medio, 14,1% un nivel alto y 33,8% un nivel de conocimiento bajo sobre alimentación complementaria. Podemos concluir que el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria en niños de 6-12 meses es mayoritariamente de nivel medio a bajo, así como en sus dimensiones. El mayor número de madres son adultas jóvenes, convivientes, con trabajo independiente, e ingresos de sueldo básico (18).

SUÁREZ CASTILLO, Yul Shárol y YARROW GALEAS, Katia Socorro. En el estudio que realizó "El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que tienen las madres se relaciona indirectamente con la presencia de anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años de edad; Huancavelica – Perú. 2013". Se aplicó el diseño no experimental transeccional o transversal correlacional. Los resultados establecen que los niños sufren de anemia ferropénica moderada en un 68,89%, y en un nivel leve, 31,11%, y sus madres tienen un nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria en un 37,78%; y un G nivel de conocimiento bajo, en un 13,33%. Podemos concluir que la relación entre el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que tienen las madre y el nivel de anemia ferropénica de sus niño (as) de 6 meses a 2 años que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal no es significativa, ya que realizada la prueba Spearman Brown entre

las dos variables involucradas en la investigación ésta resultó que se aproxima más al 0 con un valor de 0.092, existiendo evidencia de una correlación muy baja o inexistente, y se evidencia que los niños (as) con anemia ferropénica moderada cuentan con madres de nivel de conocimiento medio en un 37.78%, alto 17.78% y bajo 13.37%(19).

2.2 Marco

2.2.1 Teórico

Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender

La presente investigación fue respaldada por el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender (1996) El Modelo de Promoción de la Salud, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables. Las investigaciones realizadas a partir de este modelo, predominan en Brasil, Estados Unidos de América y México. Los grupos de personas en las que más se hacen, son adolescentes y adultos, las temáticas más mencionadas son: actividad física, estilos de vida saludable, enfermedades crónicas y obesidad.

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno

cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr, la promoción de la salud como un modelo estratégico que involucra a las personas, familias y comunidades en un proceso orientado al fortalecimiento de las condicionantes de la salud y mejoramiento de la calidad de vida. Además, considera a la promoción de la salud como un proceso que proporciona a la población los medios de ejercer un mayor control sobre su propia salud y de mejorarla. Y que, para poder alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, una persona o grupo debe ser capaz de identificar, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades. El Modelo de Promoción de la Salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud.

Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Heather.

El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta). Es decir, en el caso de

las madres de familia su conducta alimentaria este guiado por las costumbres aprendidas de generaciones anteriores en las cuales la introducción de la alimentación complementaria es antes de los seis meses de edad, de forma inadecuada consistencia, frecuencia, cantidad etc., de las cuales dependerá la alimentación complementaria que brindan a sus niños menores

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.

Es un compromiso para un plan de acción constituye un precedente para el resultado final deseado .es decir la conducta promotora de la salud en este compromiso puede influir además la demanda preferencia contrapuestas e inmediatas (20).

2.2.2 Conceptual

A.- Alimentación Complementaria:

A.1.- Definición:

El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente. Es aquella que complementa a la lactancia materna a partir desde los 6 meses, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros 2 primeros años de vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño

a partir de los seis meses de edad. Se entiende por alimentación complementaria como la oferta de alimentos o líquidos a los lactantes para complementar la leche materna. La edad a la que se inicia esta alimentación es una etapa especialmente sensible en el desarrollo del lactante ya que, como señala la guía para la alimentación del lactante y niño pequeño de la OMS/UNICEF , los primeros 2 o 3 años de la vida son los más cruciales para un desarrollo físico y mental normales, y los problemas derivados de una nutrición inadecuada en esta etapa de la vida afectan no solo al desarrollo físico, sino también al sistema inmunitario y al desarrollo intelectual y emocional (1).

A.2.- Importancia:

La nutrición durante la infancia es uno de los pilares más importantes para la salud y calidad de vida de la población. Siguiendo estos lineamientos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de alimentos complementarios (1).

El carácter de complementario de los alimentos, los hace necesarios para que desde los seis meses de vida y junto a la lactancia materna, mejoren el aporte energético, proteico, cantidad, calidad y biodisponibilidad de nutrientes esenciales para el crecimiento. Por otra parte, las madres, los padres y otros dispensadores de atención necesitan tener acceso a información objetiva, coherente y completa acerca de las prácticas apropiadas de alimentación.

En particular, deben estar informados acerca del periodo recomendado de lactancia natural exclusiva y continua; el momento de introducción de los alimentos complementarios; que tipos de alimentos tienen que utilizar, en qué cantidad y con qué frecuencia y como darlos de forma inocua. Sabemos que la leche materna es el mejor alimento para los bebés y les proporciona todos los nutrientes que necesitan durante los primeros 6 meses ya que contiene sustancias inmunes y bioactivas que confieren al lactante protección frente a infecciones bacterianas, víricas y ayudan a la adaptación y la maduración intestinal del lactante, sin embargo cabe resaltar la transición de la leche materna a la inclusión de alimentos diferentes a una edad adecuada ya que es muy importante saber las implicancias de adelantar o atrasar el inicio de la alimentación complementaria tal y como lo dice una revisión de la Academia Española de Pediatría que señala que hay una ausencia de beneficio, para la mayoría de los lactantes amamantados cuando introducimos otros alimentos en la dieta antes de los 6 meses y el aumento de riesgo de infecciones gastrointestinales.

De acuerdo con datos del Comité de Nutrición de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la nutrición adecuada en el primer año de vida y durante la primera infancia es fundamental para que el niño desarrolle plenamente su potencial humano. Los especialistas sugieren proveer alimentos complementarios, además de la lactancia después de los seis meses de edad, para mantener así un crecimiento saludable (21).

A los seis meses de edad, él bebe ya ha adquirido un buen desarrollo de su aparato digestivo, su función renal y el suficiente desarrollo neuro-madurativo para la incorporación de nuevos alimentos. A partir de esa edad es importante continuar la alimentación con papillas, preparadas hígado, purés a base de hortalizas (zanahoria, zapallo y papa), puré de frutas (manzana, banana y pera) y lácteos (postres a base de almidón de maíz) a los que es importante sumar el agregado de carnes para optimizar el aporte de hierro y de aceite para incrementar el aporte energético.

A.3.- Factores Que Influyen En El Inicio De La Alimentación Complementaria:

El inicio de los alimentos sólidos implica un periodo de transición entre la alimentación líquida (leche materna) y la alimentación característica del resto de la vida (principalmente sólida).

Resulta un proceso complejo y gradual, que, entre otras cosas, requiere de un tiempo prudente para que los sistemas neuromuscular, renal, digestivo e inmunológico del niño adquieran la madurez necesaria.

Las últimas recomendaciones de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Espghan) (2008), la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Naspghan) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) señalan que los lactantes estarían aptos para recibir alimentos diferentes a la leche entre las 16 y 27 semanas de vida. No obstante, se enfatiza en la importancia de la

lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de edad.

De manera particular, hay que tener en cuenta la maduración física y de los diferentes sistemas para considerar si el bebé está en capacidad de iniciar con alimentos distintos a la leche. Para ello se deben tener en cuenta los siguientes aspectos (22):

- **Maduración digestiva:** La función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente).

- **Maduración renal:** A los 6 meses la filtración glomerular del 60-80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitadas entre los 6 y los 12 meses.

- **Desarrollo psicomotor:** Hacia los 5 meses el bebé empieza a llevarse objetos a la boca; a los 6 meses el lactante inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los 8 meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más espesos; hacia los 10 meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos.

➤ **Maduración inmune:** La introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de gran influencia sobre el patrón de inmuno-respuesta, y los factores específicos tolero génicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas. Asimismo, otro factor que pudiese influir en el inicio de la alimentación complementaria es la cultura en la cual nazca el niño.

A.4.- Características de la Alimentación Complementaria

➤ **Inicio de la Alimentación Complementaria.** -El periodo comprendido entre los 6 y 9 meses es el periodo más crítico de la alimentación complementaria por el cambio de sabores, consistencias y texturas nuevas que debe experimentar el niño. El éxito de este periodo es determinante para el éxito de las etapas posteriores. Si no se maneja adecuadamente se convierte en el principal desencadenante de la desnutrición crónica, como lo muestran las estadísticas del Perú y de otros países subdesarrollados. Este hecho es principalmente importante cuando la lactancia materna se suspende antes de los 6 meses. Para que la alimentación complementaria resulte exitosa debe cumplir con cuatro requisitos sumamente importantes: frecuencia, consistencia, cantidad y contenido nutricional.

➤ **Frecuencia.** -Como la capacidad del estómago en esta etapa es limitada, el niño no puede tener el mismo

número de comidas que el adulto, El numero apropiado de comidas que se ofrecen a la niña o niño durante el día, depende de la densidad energética de los alimentos que se usen locamente y de las cantidades consumidas en cada comida.

La frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 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 si a la niña o niño se le suspende la lactancia materna, requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

Por lo cual es necesario fraccionarlas durante el día con la siguiente guía (22):

- **De 6 a 9 meses:** Leche materna más 2-3 comidas al día; 2 comidas principales.
 - **De 9 a 12 meses:** Leche materna más 3-4 comidas al día; tres comidas principales y 1 refrigerio, que puede darse en la media mañana o en la tarde.
 - **De 12 a 24 meses:** Leche materna más 4-5 comidas al día; tres comidas principales y dos refrigerios, 1 refrigerio entre cada comida principal.
- **Consistencia.** -La consistencia de los alimentos o preparaciones debe incrementarse gradualmente en la medida que el niño va aprendiendo a comer. Entre los 6 y 9 meses la consistencia de los alimentos debe ser semisólidos en forma de mazamorras y purés espesos.

Luego a partir de esta edad se empieza con los alimentos sólidos- blandos y finalmente a sólidos. El alimento nuevo debe ser introducido uno a la vez, teniendo el cuidado de observar reacciones alérgicas.

➤ **Cantidad.** -La cantidad de alimentos se refiere al volumen de los alimentos en cada comida. El inicio de cada alimento nuevo debe hacerse en pequeñas cantidades y aumentar progresivamente a medida que aumenta la capacidad gástrica del niño. Por ello es muy importante que la madre o quien cuide al niño este atenta a las señales de satisfacción del niño.

Nunca se debe forzar al niño a comer más de lo que quiere o lo que su capacidad gástrica lo permita. En niños(as) amamantados de países en vías desarrollo, las necesidades energéticas a cubrir con la alimentación complementaria se estiman en 200, 300 y 550 kcal/día entre las edades de 6 y 8, de 9 y 11 y de 12 y 23 meses, respectivamente. Por otro lado, tenemos que la capacidad gástrica de la niña o niño guarda relación con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida.

Alrededor del sexto mes de edad la niña o niño expresa su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia delante. Contrariamente, cuando ya se encuentra satisfecho, demuestra su desinterés por el alimento echándose hacia atrás y volteando la cabeza hacia un lado. La niña o niño participa así activamente de la alimentación y no ingiere indiscriminadamente los alimentos que se le introducen en la boca. Los lactantes aumentan gradualmente su aceptación a los alimentos nuevos

mediante un incremento lento de la cantidad que aceptan. Lo lactantes amamantados parecen aceptar mayores cantidades que los lactantes que toman formulas. A partir de los 6 meses de edad se empezara con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentara a 1/2 taza (100 g o 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementara a 3/4 de taza (150 g o 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, más una entre comida adicional; y finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200 g o 7 a 10 cucharadas aproximadamente), tres veces al día, más dos entre comidas adicionales. Desde los 6 meses de edad, la niña o niño debe tener su propio recipiente (plato o taza) y cucharita, para que la madre o la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta y conscientemente aumente la cantidad, de acuerdo con la edad y sus sensaciones de hambre y saciedad. A medida que mejora la aceptabilidad y la niña o niño recibe mayor cantidad de alimentos se puede aumentar su variedad. La incorporación de un nuevo alimento debe ser en volúmenes pequeños para prevenir posibles intolerancias y/o alergias.

➤ **Contenido nutricional.** -Cada nutriente que el niño necesita tiene una función específica que cumplir dentro del organismo. Para asegurar que el niño consuma todos los nutrientes necesarios, es importante que las comidas incluyan alimentos variados.

Desde el periodo de los 6 a 9 meses pueden introducirse cereales, menestras, carnes, hígado, queso, verduras, grasas y tubérculos.

Las carnes tienen un valor especial por la cantidad y calidad de proteínas que contienen y por el hierro que posee, nutrientes que son esenciales para el crecimiento físico y para el desarrollo y formación del cerebro. Si bien el hierro es pobremente absorbido, es fuente importante de proteína, calcio y vitamina A, nutrientes igualmente necesarios para el crecimiento, sin embargo, el inicio de consumo del huevo debe ser a partir del año, pues tienen a generar reacciones alérgicas en algunos niños. Estos alimentos deben ser consumidos diariamente y no pueden ser reemplazados por otros de origen vegetal porque la proteína y el hierro que contienen son de menor calidad. Otro de los nutrientes esenciales es el yodo, indispensable para el desarrollo mental. Como los alimentos naturales tienen muy poco yodo, es necesario que los alimentos del niño sean preparados con sal adecuadamente yodada y sin abusar de su uso en la preparación de las comidas, resaltando que el inicio en el consumo de sal en niños de 6 a 9 meses debe ser pobre pues el niño aun no desarrollo al cien por ciento su mecanismo renal.

A.5.- La adecuada higiene en la preparación de alimentos

Una adecuada higiene implica una serie de acciones preventivas que la madre o el cuidador del niño debe tener en cuenta al momento de la preparación de alimentos y a la hora de brindárselos, estas recomendaciones son las siguientes (22):

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

A.6.- El entorno del niño durante la alimentación (23)

El entorno del niño es un aspecto primordial en la alimentación del niño ya que pueden afectar su disposición para comer. Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no solo de que alimentos se le ofrece al niño en sus comidas (que dar de comer), sino también es importante la manera de cómo, cuándo, dónde y quien da de comer a un niño.

La interrelación entre el niño(a) y la madre o cuidadora durante la alimentación puede ser crítica e influenciar sobre el consumo de nutrientes. Se describe los siguientes estilos:

- Un “estilo controlador”, donde la madre o cuidadora decide cuando y como come el niño puede llegar a que los niños no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño en riesgo de sobrepeso.

- Un estilo “dejar hacer” o “liberal”, donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco animo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños menores de un año, salvo que el niño este enfermo o que no coma. Este estilo es frecuente en nuestra población.
- Un estilo “interactivo” incluye comportamientos que permiten una óptima interrelación madre o cuidadora-niño. Se aplican los principios de cuidado psicosocial:
- Hablar con los niños durante las comidas reconociendo que los momentos de comer son espacios de aprendizaje y amor.
- Alimentarlos despacio y con paciencia y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos.
- Dar de comer directamente a los niños pequeños y ayudar físicamente a los niños mayores cuando se alimentan solos, estando atentos y respondiendo sus señales de apetito y saciedad.
- Cuando los niños no quieren comer, experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer.

- Se debe dedicar un tiempo para la alimentación del niño de acuerdo a horarios establecidos.
- El mejor lugar para la alimentación es en la mesa del comedor ya que otros lugares pueden distraer al niño o no generar en el la disposición a comer.
- El niño debe encontrarse sentado en la silla o en la rodilla de la madre según sea conveniente, la madre debe estar a la altura del niño para ayudarlo a alimentarse.
- Minimizar las distracciones durante la comida.

A.7.- Combinación de Alimentos:

Cuando hablamos de combinación de alimentos tenemos a los alimentos principales como: cereales, leguminosas (menestras), alimentos de origen animal, tubérculos, verduras, lácteos, (derivados) y frutas, que van a ser mezcladas teniendo en cuenta la disponibilidad en la zona de residencia y su inocuidad. Debido al crecimiento desarrollo rápido durante los primeros 2 años de vida, las necesidades de nutrientes por unidad de peso de los niños(as) son muy altas. La leche materna puede contribuir sustancialmente al consumo de nutrientes entre 6 y 24 meses, sobre todo en proteínas y vitaminas. Sin embargo, su aporte es relativamente bajo en algunos minerales como el hierro y el zinc aun teniendo en cuenta su biodisponibilidad. A partir de los seis meses de edad las necesidades de hierro, así como del zinc y calcio deben ser cubiertas con la alimentación complementaria, porque a los 6 meses de edad se produce un balance negativo especialmente del hierro. Dada las pequeñas cantidades de alimentos que los niños (as) consumen a esta edad, la

densidad de estos nutrientes en las preparaciones tiene que ser altas. Los alimentos de origen vegetal, por si solos no satisfacen las necesidades de estos y otros nutrientes, por lo que se recomienda incluir carnes, aves, pescado, vísceras, sangrecita y huevo en la alimentación complementaria lo más pronto posible, de esta manera asegurar el aporte del hierro, zinc, calcio y vitamina A.

- Es imprescindible incorporar en la alimentación de la niña o niño productos que tengan alta biodisponibilidad de hierro; su deficiencia conlleva a la anemia y afecta el comportamiento del niño, así como en su proceso de aprendizaje. Los alimentos fuentes de este mineral son las carnes, vísceras y sangrecita.
- El zinc es importante para el crecimiento y desarrollo normal, favorece la cicatrización de heridas y aumenta la inmunidad natural contra infecciones. Las mejores fuentes del zinc, por su contenido y alta biodisponibilidad, son las carnes, hígado, huevos y mariscos.
 - Es necesario asegurar el aporte de la vitamina A en la alimentación del niño(a), porque además de participar en su crecimiento y desarrollo, mantiene la integridad de las células epiteliales de la mucosa de la boca, de los ojos, y del aparato digestivo y respiratorio; los que tienen deficiencia están en mayor riesgo de tener infecciones, especialmente episodios de diarrea y sarampión más frecuentes y severos, así como, anemia por deficiencia de hierro y retardo del crecimiento. Los alimentos de origen animal fuentes de vitamina A son el hígado y carnes.

- El calcio es un mineral, que participa en la construcción de los huesos, así como para la salud dental, para un adecuado aporte de calcio es necesario incluir leche y/o productos lácteos en la comida de la niña o niño a partir del año de edad, además de continuar con la leche materna.
- El huevo y el pescado son muy buenos alimentos para la niña o niño y no deben ser restringidos, salvo temporalmente en el caso de una fuerte historia familiar de alergia.
- El consumo diario de alimentos que contengan vitamina C favorece el mantenimiento de los huesos y cartílagos, así como refuerza las defensas orgánicas, sobre todo de las vías respiratorias altas. Por ello se recomienda el consumo de frutas como la naranja, aguaje, Camú Camú, maracuyá, papaya y las verduras, como el tomate que tienen alto contenido de vitamina C, cuya ingesta después de las comidas, favorece la absorción de hierro proveniente de los vegetales y legumbres. Existe una asociación directa entre el contenido de vitamina C en la dieta y el porcentaje de absorción del hierro de cereales, hortalizas y leguminosas.
- Se debe enriquecer una de las comidas principales de la niña o niño con una cucharadita de grasa (aceite, mantequilla, margarina). Las grasas provenientes de la alimentación infantil deben proporcionar entre el 30% y 40% de la energía total, aportando ácidos grasos esenciales en niveles similares a los que se encuentran en la leche materna; por lo tanto, incrementan la densidad energética de las comidas y

mantienen la viscosidad de las comidas independientemente de su temperatura. Una ingesta muy baja de grasa ocasiona una inadecuada ingesta de ácidos grasos y baja densidad energética que puede traducirse en un adelgazamiento infantil y una ingesta excesiva puede incrementar la obesidad infantil y enfermedades cardiovasculares en el futuro.

B) Estado Nutricional del niño menor de 2 años:

B.1.- Requerimientos nutricionales del lactante (22)

La principal razón por la que el niño debe consumir alimentos diferentes a la leche es de tipo nutricional. Las necesidades de energía, proteína, vitaminas y minerales se incrementan a partir del sexto mes de vida, y, por esto los alimentos seleccionados deben ser ricos en: calorías, proteínas, hierro, zinc, calcio, vitaminas A-C-D, entre otros. Los alimentos seleccionados “complementaran” al alimento básico que continúa siendo la leche (al menos hasta el primer año de vida) y ayudaran con la cobertura de los requerimientos de los nutrientes. Se debe utilizar alimentos con un valor nutricional adecuado, de fácil digestión, poco voluminosos, frescos o higiénicamente elaborados.

La elección de los alimentos depende en parte de los factores geográficos, hábitos culturales, disponibilidad, costumbres familiares y nivel socio económico, entre otros.

- **Necesidades energéticas**

La ingesta o aporte calórico aconsejable, debe cubrir los requerimientos mínimos para mantenimiento, actividad física y crecimiento. Las necesidades energéticas pueden

variar con otros factores como la dieta, el clima o la presencia de patología.

Los requerimientos energéticos en el recién nacido son de dos a tres veces superiores a los del adulto, si se expresan por superficie corporal. La cantidad de energía que se requiere para el crecimiento durante el primer año de vida es muy grande, tanto que, aunque los preescolares y escolares son mucho más activos que los lactantes, sus necesidades energéticas son muchos menores en relación al peso.

Las necesidades para mantenimiento incluyen el gasto por el metabolismo basal, las pérdidas por excretas y la energía necesaria para la acción dinámico-específica de los alimentos.

Son constantes durante el primer año de vida: 70 kcal/kg de peso corporal. Las necesidades para crecimiento son inversamente proporcionales a la edad del niño, variando con la velocidad de crecimiento y con el tipo de tejido preferentemente sintetizado, que es distinto dependiendo de la edad. Los requerimientos para actividad física aumentan con la edad desde 9 kcal/kg en los primeros meses de vida hasta 23 kcal/kg al final del primer año.

- **Necesidades de Vitaminas**

La leche materna es deficitaria en vitamina D y vitamina K en los primeros días. Los suplementos vitamínicos son innecesarios a partir del año de edad, porque una alimentación

Variada cubre todos los requerimientos. Se tiene a las vitaminas liposolubles (A, D, E, K) y las hidrosolubles como

la tiamina, riboflavina, niacina, folato, biotina, colina y B6 y B12.

- **Necesidades de Proteínas**

Las proteínas son componentes esenciales del organismo, su contenido en la masa corporal aumenta del 11 % en el recién nacido hasta un 15% al año de edad. Las proteínas son polímeros de aminoácidos de alto peso molecular que cumplen una función estructural y forman parte de unidades bioquímicas especiales como enzimas, hormonas y anticuerpos.

Los aminoácidos son utilizados para sintetizar las proteínas corporales. La síntesis de cada una de estas proteínas se realiza a partir de la ingesta adecuada de aminoácidos esenciales y no esenciales.

Algunos aminoácidos son considerados como esenciales en la primera infancia, porque las necesidades en esta etapa son mayores que la capacidad de síntesis, debido a la ausencia o bajo rendimiento de las enzimas que intervienen en su interconversión. Esto es lo que ocurre con la histidina hasta los seis meses y con la cistina en el recién nacido, sobre todo en el pretermo, dado su papel precursor de la taurina, que juega un papel fundamental en el desarrollo cerebral. Los requerimientos de proteínas en el primer año de vida son: 0-6 meses (2.2 g/kg/día) y desde los 7-12 meses (1.6 g/kg/día).

- **Necesidades de Grasas**

Las grasas son sustancias orgánicas de bajo peso molecular que se caracterizan por ser solubles en disolventes orgánicos e insolubles en agua. Los lípidos de

la dieta son fundamentales para un adecuado crecimiento y sobre todo desarrollo cerebral; están constituidos en su mayor parte por triglicéridos, ésteres de colesterol y fosfolípidos, los cuales contienen ácidos grasos.

Los lípidos como los fosfolípidos y glucolípidos forman parte de la estructura de la membrana celular de la mielina y de los órganos intracelulares, así como de importantes sistemas enzimáticos. El colesterol forma parte de la membrana celular, siendo además precursor de hormonas gonadales y adrenales y de ácidos biliares. Aportan ácidos grasos esenciales: ácido linoleico y ácido-araquidónico. Favorece la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E, K).

Tipos de alimentos:

- **Cereales:** Se introducirán alrededor de los 6 meses y nunca antes de los cuatro. A menudo es el primer elemento distinto de la leche que se introduce en la dieta de los lactantes. Los cereales contribuyen al aporte energético, y por tanto, existe riesgo de sobrealimentación, si se abusa de su consumo. Se ofrecen en forma de papillas y debe utilizarse la leche habitual y añadir el cereal necesario.
- **Frutas:** Se pueden empezar a ofrecer al lactante a partir del 6º mes como zumo de frutas, y más adelante en forma de papilla, nunca sustituyendo a una toma de leche. Las frutas más recomendadas son plátano, papaya, manzana, pera y se debe evitar las más alergénicas como fresa, frambuesa, kiwi, naranja y melocotón. Se suele introducir las tras la aceptación de los cereales, aunque la fruta puede ser el primer alimento complementario. No

existe razón científica alguna, y puede ser perjudicial, el ofrecer zumos de fruta antes de los 4 meses.

- **Verduras y Hortalizas:** Se van introduciendo a partir del 6º mes en forma de puré. Al principio: papas, camotes, zapallo, etc. y más tarde las demás verduras. Se deben evitar inicialmente aquellas que tienen alto contenido en nitratos (betarraga, acelga, nabos,) y también las flatulentas o muy aromáticas (col, coliflor, nabo, espárragos).
- **Carnes:** Se empieza principalmente con vísceras como hígado, sangrecita o pollo, a partir del 6º mes, ya que la consistencia es más suave y rica en hierro y proteínas. Posteriormente de acuerdo a la edad se incluirán carnes de res, cordero, etc.
- **Pescados:** Comenzar pasado el 9º mes con pescados blancos: merluza, lenguado. Tienen gran capacidad de producir intolerancias alérgicas. En niños con antecedentes familiares, esperar su introducción hasta pasado el año de edad y/o probar tolerancia brindando al niño en mínimas cantidades observando cuidadosamente las reacciones que pueda presentar; si no hubiere reacción alguna se recomienda incluir pescado en la alimentación del niño ya que es fuente importante de ácidos grasos y hierro fundamentales en el desarrollo cerebral.
- **Huevos:** Al 9º mes se puede introducir la yema cocida, y el huevo entero hacia el 12º mes. Se recomiendan 2-3 huevos por semana. La yema es buena fuente de grasas esenciales, vitaminas liposolubles y hierro. La clara contiene proteínas de alto valor biológico, entre ellas la ovoalbúmina, de alta capacidad alérgica por ello no es recomendable brindarle al niño la clara de huevo antes de cumplir el año de edad.

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

B.2. Valoración del Estado nutricional del niño

No todos los niños se alimentan en forma normal o adecuada. En aquellos casos en que se sospecha o se diagnostica un estado nutricional inadecuado es necesario tomar una historia dietética detallada.

El mejor método es el registro de la ingesta de alimentos durante un periodo de 3 a 5 días, para compensar las variaciones diarias en la dieta y disminuir la subjetividad en el recordatorio de un solo día. La técnica consiste en hacer un listado completo de las preparaciones o platos y las cantidades ingeridas (generalmente utilizando medidas caseras) durante el periodo evaluado. Mediante tablas apropiadas, estos datos se transforman en peso neto (peso de la parte comestible) de cada tipo de alimento. Con una tabla de composición de alimentos se calcula la ingesta de energía, proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales. Dividiendo entre el número de días observado se tiene un promedio diario. Se requiere entrenamiento y experiencia para realizar un análisis de la ingesta dietaría por lo que es recomendable contar con el apoyo de un profesional nutricionista.

Una proporción importante de nuestra población presenta dificultades en el acceso a los alimentos,

fundamentalmente por consideraciones económicas. Aún en sectores más afluentes pueden presentarse casos de ingesta dietaria inapropiada. Algunos niños pueden ser sometidos a dietas vegetarianas estrictas por razones culturales o religiosas y esto puede llevar al consumo insuficiente de proteínas, vitamina B₁₂, hierro o piridoxina. Algunos adolescentes pueden someterse a dietas "para adelgazar" sin un planeamiento adecuado o más frecuentemente, saltarse comidas con el fin de bajar de peso. Los deportistas pueden no consumir una cantidad adecuada de calorías. Otros niños y adolescentes pueden ser afectados por desórdenes como la anorexia nervosa o bulimia. En todos estos casos un aspecto fundamental de la evaluación clínica es la historia nutricional.

B.2.1 Evaluación Antropométrica (24)

La evaluación antropométrica del estado nutricional puede realizarse en forma transversal (en un momento determinado) o longitudinal (a lo largo del tiempo). Su determinación es relativamente sencilla, de bajo costo y muy útil. Las medidas antropométricas más usadas en la evaluación del estado nutricional son el peso, la talla, el perímetro braquial y los pliegues cutáneos. Estas mediciones se relacionan con la edad o entre ellos, estableciendo los llamados **índices**. Los índices más utilizados son el peso para la edad (P/E), la talla para la edad (T/E) y el peso para la talla (P/T).

- **ÍNDICES:**

a) PESO PARA EDAD: Es un índice usado comúnmente en el control del crecimiento de los niños, en las historias clínicas y carnets de crecimiento.

Sus principales ventajas son:

- Es fácil de obtener con poco margen de error.
- Si se tiene un número adecuado de controles, es sensible para detectar cambios en el seguimiento longitudinal de un niño
- Es el índice más conocido por los trabajadores de salud.

Sin embargo, también tiene desventajas importantes:

- En niños mayores de un año puede sobre estimar la desnutrición
- No permite diferenciar adelgazamiento (desnutrición aguda) de retardo del crecimiento (desnutrición crónica). Un niño de la misma edad y peso puede estar adelgazado, tener un peso adecuado para su talla o incluso ser obeso, dependiendo de la talla.

b) TALLA PARA LA EDAD:

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

Las ventajas de este índice son:

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

Las principales desventajas son las siguientes:

- Requiere conocer con exactitud la edad
- La talla es más difícil de medir que el peso y tiene un mayor margen de error

- No permite medir el grado de adelgazamiento o desnutrición aguda.

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

Las principales ventajas son las siguientes:

- No se requiere conocer la edad del niño
- Determina bien al niño adelgazado agudamente de aquel que tiene desnutrición crónica.

Algunas desventajas son las siguientes:

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

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

B.2 .2.- Puntos de Corte de Normalidad:

Durante el proceso de evaluación del estado nutricional es necesario determinar si un niño es normal o si presenta alguna alteración (desnutrición o sobre peso), estableciendo un punto de corte o nivel de diagnóstico. Se conoce como indicador a la relación entre el índice y su respectivo punto de corte. Hablar de puntos de corte

implica adoptar un patrón de referencia para cada índice. Actualmente se acepta el uso de patrones internacionales debido a que las diferencias raciales y étnicas tienen una mínima influencia en el potencial de crecimiento, en comparación con la influencia de los factores socioeconómicos.

Los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS proporcionan ahora información sobre el crecimiento idóneo de los niños: demuestran, por vez primera, que los niños nacidos en regiones diferentes del mundo a los que se ofrecen unas condiciones de vida óptimas cuentan con el potencial de crecer y desarrollarse hasta estaturas y pesos para la edad similares.

Los patrones de crecimiento infantil de la OMS (24) son un instrumento que se utilizara extensamente en salud pública y medicina, así como por organizaciones gubernamentales y sanitarias para la vigilancia del bienestar de los niños y para detectar a niños o poblaciones que no crecen adecuadamente con insuficiencia ponderal o sobrepeso— y a los que puede ser preciso aplicar medidas específicas de atención médica o de salud pública. El crecimiento normal es una expresión fundamental de la buena salud y una medida de los esfuerzos realizados para reducir la mortalidad y morbilidad en la niñez.

Los nuevos gráficos constituyen, por consiguiente, un instrumento sencillo para evaluar la eficacia de estos esfuerzos. Se utilizarán en consultas de médicos, dispensarios y otros centros de salud de todo el mundo, así como por centros de investigación, organizaciones de defensa de la salud del niño y ministerios de salud.

Los patrones de crecimiento infantil de la OMS son superiores a los patrones de referencia que se manejan actualmente. Permiten comparar parámetros del crecimiento importantes, como el peso y la talla/estatura de los lactantes y niños, con un valor de referencia óptimo. Hay gráficos para varones y para mujeres y también gráficos para lactantes (hasta un año de edad) y para niños de hasta cinco años. Estos parámetros son importantes indicadores de salud y ayudan a determinar el estado de salud de un niño o una población de niños y si su crecimiento es adecuado. Por ejemplo, los niños con estatura para la edad son baja (situados por debajo de la línea roja en el gráfico de talla/estatura) o cuyo peso para la estatura es demasiado bajo (por debajo de la línea roja) pueden tener problemas de salud; cuanto más alejados de las líneas rojas se encuentren, mayores serán las posibilidades de que tengan problemas de salud. En la práctica clínica, estos parámetros ayudan a diagnosticar enfermedades tempranamente y a vigilar la evolución durante el tratamiento. Es importante el hecho de que existen ahora, por vez primera, gráficos normalizados del índice de masa corporal (IMC) para niños de hasta cinco años, lo que resulta particularmente útil para la vigilancia de la creciente epidemia de obesidad infantil. Además, los nuevos patrones de crecimiento infantil incluyen Ventanas de logro que describen el intervalo y plazos de seis hitos clave del desarrollo motor de los niños, como sentarse, ponerse en pie y andar. Los patrones de crecimiento infantil quedan reflejados en más de 30 gráficos. La mayoría de los médicos, proveedores de atención de salud y progenitores solo utilizarán de forma habitual unos pocos gráficos (por

ejemplo, los correspondientes a estatura/talla, peso e IMC), pero determinados investigadores y profesionales que se ocupan de la salud a nivel de poblaciones utilizaran un mayor número de gráficos para fines de medición y evaluación.

B.2.3.- Alteración Nutricional en el niño

a) Desnutrición infantil:

Ha sido catalogada por UNICEF; 2006 (25). como una emergencia silenciosa: genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona, y que no se detectan de inmediato. La primera señal es el bajo peso, seguido por la baja altura; sin embargo, ellas son solo las manifestaciones más superficiales del problema. Según UNICEF, hasta el 50% de la mortalidad infantil se origina, directa o indirectamente, por un pobre estado nutricional.

La etapa más vulnerable del desarrollo humano va desde la gestación hasta los tres años.

En este periodo se forma el cerebro y otros órganos vitales como el corazón, el hígado y el páncreas. Por esta razón, un individuo malnutrido durante esa etapa de su vida es más vulnerable a los efectos negativos de dicha condición. Hay que considerar, además, que, dado el rápido crecimiento de los niños en sus primeros años, los requerimientos nutricionales son más altos y específicos, y que la alimentación depende enteramente de terceros (padres o cuidadores), quienes pueden no tener los recursos y/o los conocimientos suficientes para llevar a cabo esta tarea de forma adecuada.

Una mala nutrición en edad temprana tiene efectos negativos en el estado de salud del niño, en su habilidad para aprender, para comunicarse, para desarrollar el pensamiento analítico, la socialización y la habilidad de adaptarse a nuevos ambientes (Gajate e Inurritegui, 2002).

Como explican Sagan y Dryuyan (1994), el cuerpo humano le da prioridad a la sobrevivencia frente al crecimiento y desarrollo, destinándole más recursos energéticos a la primera cuando las sustancias alimenticias que recibe no son suficientes.

Además, el sistema inmunológico se ve debilitado por una mala nutrición; por ello, un niño desnutrido tiene menos resistencia a enfermedades comunes, aumentando su probabilidad de morir por causas como la diarrea o las respiratorias.

b) Obesidad Infantil:

En menores de 2 años principalmente, un aspecto importante es la relación la alimentación complementaria y sobrepeso en la infancia y subsecuente obesidad en el adulto. Es cierto que no se han realizado estudios prospectivos a largo plazo, sin embargo, estudios retrospectivos y prospectivos a corto plazo, tienden a sostener la hipótesis de que es conocida tanto la desnutrición como la sobrealimentación en la infancia pueden conducir a una obesidad tardía. En la obesidad existe un mayor riesgo de enfermedad cardiaca e hipocolesterolemia, por lo cual, es lógico considerarla como una consecuencia negativa de una alimentación temprana inadecuada.

Desde un punto de vista social, las consecuencias de la desnutrición son graves. El daño que se genera en el desarrollo cognitivo de los individuos afecta el desempeño escolar, en un primer momento y, más adelante, la capacidad productiva laboral. Peor aún, una niña malnutrida tiene mayor probabilidad de procrear, cuando sea adulta, a un niño desnutrido, perpetuando los daños de generación en generación.

C. Rol de la enfermera en control de crecimiento y desarrollo del niño (24)

El desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad.

El crecimiento se expresa en el incremento del peso y la talla, y el desarrollo es definido como cambios en las estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y de comportamiento, que comienza desde la vida intrauterina, y que envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, comportamental, cognitiva, social y afectiva del niño.

Recientes investigaciones demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. En ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben en esos años formativos la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas. Por lo tanto, brindar al niño oportunidades para

que tenga un crecimiento y desarrollo adecuado es una de las prioridades de la familia, los gobiernos, organizaciones, y comunidad en general.

En este marco del crecimiento y desarrollo del niño ligado al tema de nutrición propiamente dicha el personal de enfermería es quien cumple la labor trascendental de realizar la evaluación al niño, así como en la detección de casos de desnutrición. Asimismo, la enfermera es quien brinda la consejería nutricional a los padres en el inicio de la alimentación complementaria, es así como el rol que cumple la enfermera tiene suma importancia en la nutrición del niño como en su estado nutricional y las capacidades que el niño pueda lograr en el futuro.

C.1.-Consejería de Enfermería en el control de crecimiento y desarrollo del niño

La consejería es un proceso educativo comunicacional que se desarrollara de manera participativa entre el prestador de salud y los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño con el objetivo de ayudarlos a identificar los factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño, analizar los problemas encontrados en la evaluación e identificar acciones y prácticas que permitan mantener el crecimiento y desarrollo adecuado de la niña y el niño de acuerdo a su realidad, fortaleciendo las practicas adecuadas y corrigiendo las de riesgo, se focaliza en el mejoramiento de las prácticas de cuidado de la niña y el niño, así como en el uso de los recursos disponibles en la familia y permite establecer un acuerdo negociado sobre las prácticas y acciones identificadas, registrándolos en la historia clínica. El objetivo de la consejería nutricional es asegurar un

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

La consejería nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo y en procesos de enfermedad, ya que durante la consejería nutricional es importante promover prácticas adecuadas de alimentación y calidad de la dieta (alimentos de origen animal, alimentos fuentes de hierro)

Ambiente de tranquilidad y afecto, se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si este se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes), además la consejería puede reforzarse con actividades grupales como las sesiones educativas y demostrativas.

2.3 Definición de términos básicos:

2.3.1 Conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria: Es toda la información o idea que refiere la madre acerca de lo que conoce y entiende sobre alimentación complementaria como definición, características, tiempo de inicio y medidas de higiene, dichos conocimientos serán medidos en conocimiento alto, medio y bajo.

2.3.2 Estado nutricional del niño menor de 2 años: Es el resultado

que se obtiene de evaluar al niño de 6 a 24 meses haciendo uso de los indicadores antropométricos y es medido en normal, desnutrición y obesidad.

CAPITULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

Ha. Existe relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 02 años de edad del Centro de Salud Santa Ana - 2018.

Ho. No existe relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de niño menor de 2 años de edad del Centro de Salud Santa Ana - 2018.

3.1.2 Hipótesis Específica.

- El conocimiento de las madres sobre alimentación, es bajo.
- EL estado nutricional de niño menor de 2 años de edad, es de riesgo.

3.2 Definición conceptual de las variables

3.2.1 variable 1

Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria: Es la facultad consciente de comprensión, entendimiento, que es propio del pensamiento, percepción, inteligencia y razón, acerca del suministro de sustancia alimenticias que proporciona al ser humano de nutrientes

(proteínas, grasas, Carbohidratos, minerales) necesarios para la subsistencia del niño o niña menor de 1 año.

3.2.2 Variable 2

Estado Nutricional Del Niño Menor De 2 Años:

Es el estado nutricional que presenta el niño desde os 6 meses hasta los 23 meses, 29 días de vida. Es el estado de salud obtenido de la utilización de nutrientes que va desde la normalidad o desequilibrio por defecto o exceso.

Se clasifica en desnutrición crónica, aguda o global.

3.3. - Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA
Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria	Es la facultad consciente de comprensión, entendimiento, que es propio del pensamiento, percepción, inteligencia y razón, acerca del suministro de sustancia alimenticias que proporciona al ser humano nutrientes (proteínas, grasas, Carbohidratos, minerales) necesarios para la subsistencia del niño o niña menor de 1 año.	Es toda aquella información que poseen las madres sobre aquellos alimentos que nutran y favorezcan el crecimiento al niño preescolar, de modo que se evidencie en él un desarrollo físico y mental adecuado, por lo cual esta variable será medida en alto, medio y bajo a través de una encuesta.	Alimentación complementaria	Definición conceptual de alimentación complementaria	<p>1.¿Qué es la alimentación complementaria?</p> <p>2.¿Qué alimentos se deben dar al niño al inicio de la alimentación complementaria aparte de la leche materna?</p>	<p>NIVEL ALTO</p> <p>NIVEL MEDIO</p> <p>NIVEL BAJO</p>
			Características de la alimentación complementaria	<ul style="list-style-type: none"> -Consistencia de los alimentos. -Frecuencia de los alimentos. -Cantidad de los alimentos. -Tipos de alimentos. - Combinación de alimentos. -Alimentos no recomendados. 	<p>3.-¿Qué consistencia deben tener los alimentos que se le brinda al niño de 6 meses de edad?</p> <p>4.¿Cuántas veces al día se debe alimentar al niño de 6 meses?</p> <p>5.¿Qué cantidad debe comer el niño de 6 meses cada vez que lo alimenta?</p> <p>6.¿Qué consistencia deben tener los alimentos que se le brinda al niño de 1 año de edad?</p> <p>7.¿Cuántas veces al día se debe alimentar al niño de 1 año?</p> <p>8.¿Qué cantidad debe comer el niño de 1 año cada vez que lo alimenta?</p> <p>9.¿Cuál es la mejor combinación de alimentos para el niño de 18 meses?</p> <p>10.¿Qué combinación es la más adecuada para el almuerzo del niño de 6 meses?</p> <p>12.¿A qué edad el niño debe comer todos los alimentos de la olla familiar?</p> <p>13.¿Cuál de los siguientes alimentos no debe comer el niño antes de cumplir el 1er año?</p> <p>14.¿Qué es la sopa?</p> <p>15.Los alimentos que dan más fuerza y energía al niño son:</p> <p>16.Los alimentos que ayudan a crecer más al niño son:</p>	

					<p>17.-¿Cuál de los siguientes alimentos nutren más al niño?</p> <p>18.Los alimentos ricos en hierro son:</p> <p>19. ¿Con qué bebida debe acompañar un plato de lentejitas para que el niño de 1 año y medio aproveche al máximo los nutrientes?</p>	
			Factor es que influy en en la alimen tación compl ement aria.	-Entorno del niño	<p>21. ¿Cómo debe ser la manera en que la madre debe dar de comer al niño?</p> <p>22. ¿Cuál debe ser el entorno del niño a la hora de come</p>	
				-Edad de inicio de la alimentación complementaria	<p>¿A qué edad debe recibir alimentos por primera vez su niño?</p> <p>20.El inicio de una alimentación complementaria después de los 6 meses puede ocasionar:</p>	
			Beneficios de la alimentación complementaria	Beneficios para el crecimiento del niño Beneficios para el desarrollo del niño	<p>24. La alimentación complementaria es beneficiosa para el niño porque:</p> <p>25.Los beneficios de una buena alimentación complementaria del niño menor de 2 años se evidencian por:</p>	

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Estado nutricional del niño menor de 2 años.	Es el estado nutricional que presenta el niño desde los 6 meses hasta los 23 meses, 29 días de vida. Es el estado de salud obtenido de la utilización de nutrientes que va desde la normalidad o desequilibrio por defecto o exceso. Se clasifica en desnutrición crónica, aguda o global.	PESO / EDAD	Es el resultado que se obtiene de evaluar al niño de 6 a 24 meses haciendo uso de los indicadores antropométricos y es medido en normal, desnutrición y sobrepeso.	Desnutrido	Peso del niño o niña por debajo de los valores normales en relación a la edad.	Normal
		TALLA / EDAD		Normal	Peso del niño o niña dentro de los valores normales en relación a la edad.	
				Sobrepeso	Peso del niño o niña por encima de los valores normales en relación a la edad.	
				Talla baja severa	Talla del niño o niña extremadamente por debajo de los valores normales en relación a la edad.	-Obesidad
				Talla baja	Talla del niño o niña por debajo de los valores normales en relación a la edad.	
				Normal	Talla del niño o niña dentro de los valores normales en relación a la edad.	
				Talla alta	Talla del niño o niña por encima de los valores normales en relación a la edad.	-Desnutrición
				Desnutrido severo	Peso del niño o niña extremadamente por debajo de los valores normales en relación a la talla.	
				Desnutrido	Peso del niño o niña por debajo de los valores normales en relación a la talla.	
				Normal	Peso del niño o niña dentro de los valores normales en relación a la talla.	
		Sobrepeso		Peso del niño o niña por encima de los valores normales en relación a la talla.		
		Obesidad		Peso del niño o niña extremadamente por encima de los valores normales en relación a la talla.		

CAPITULO IV METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4.1. Tipo Y Diseño De La Investigación

4.1.1 Tipo de Investigación

El trabajo corresponde a la investigación aplicada descriptivo; así mismo fue de enfoque cuantitativo, porque permitirá examinar los datos de manera científica y son susceptibles de medición estadística. Según el tiempo de recogida de datos, fue prospectivo. Y según la forma de recolección de datos fue transversal.

4.1.2 Diseño de la Investigación

El diseño es el descriptivo de corte transversal correlacional, pues permite obtener información sobre el estado actual del fenómeno en interés y permitió relacionar a las variables de estudio.



Donde:

M = Muestra

O₁ = Nivel de conocimiento de las madres

O₂ = Estado nutricional del niño

R = Relación entre los datos obtenidos

4.2 Población y Muestra:

4.2.1 Población

La población estuvo conformada por un total de 180 madres que acuden mensualmente al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud Santa Ana en el mes de setiembre del 2018.

4.2.2 Muestra

Para hallar la muestra se usó la fórmula de la variable cuantitativa con una población que corresponde a 123 madres de niños de 6 a 23 meses y 29 días de edad que acuden al control de crecimiento y desarrollo del niño, ya que se desconoce las probabilidades de selección de cada elemento de la población y de tipo conveniencia o intencionalidad pues se consideró a las madres que acudieron al consultorio de crecimiento y desarrollo durante el tiempo que duro la recolección de datos.

Para determinar el tamaño de la muestra en la investigación se utilizó la siguiente formula: Donde se conoce la población (N) y no se conoce los valores de p y q, los cuales toman los valores de 0.5.

FORMULA

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

Dónde:

n = Tamaño de muestra

N =Tamaño de la población

Z = Nivel de confianza al 95% establecido por el investigador
= 1.96

p = Proporción de individuos de la población que tiene las características que se desean estudiar.

q = Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés.

e = Margen de error permisible establecido por el investigador = 5%

Datos previos:

N= 180

Z=relacionado al 95 % = 1.96

p= 0.50

q= 0.50

e= 5% = 0.05

Reemplazando en la fórmula:

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

Dónde:

n = muestra =?

N = población = 180

Z = nivel de aceptación 95% = 1,96

P = posibilidad de éxito 50% = 0,5
 Q = posibilidad de fracaso 50% = 0,5

$$n = \frac{(196)^2 \times 180 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times 69 + (196)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

n= 123

Para hallar la muestra de la población que corresponde a 123 madres de niños de 6 a 24 meses de edad que acude al control de crecimiento y desarrollo del niño, ya que se desconocía las probabilidades de selección de cada elemento de la población y de tipo conveniencia o intencionalidad pues se considerara a las madres que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo durante el tiempo que duro la recolección de datos en el C. S. Santa Ana – Huancavelica 2018.

4.2.3 Criterios de Inclusión

Para la madre:

- Madres que aceptan participar en el estudio.

Para el niño:

- Niños de 6 a 23 meses 29 días.
- Niños nacidos a término.

4.2.4 Criterios de Exclusión

Para el niño:

- Niños menores de 6 meses y mayor de 24 meses de edad.
- Niños prematuros
- Niños con enfermedades congénitas.

4.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos:

4.3.1 Técnicas:

Para el desarrollo del presente trabajo se aplicó las siguientes técnicas:

Encuesta: para la recolección de la información de Conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria que será aplicado por una persona calificada.

Observación: para evaluar es estado nutricional del niño.

4.3.2 Instrumento:

- Para la variable 1 se utilizó el cuestionario la cual estuvo constituida por preguntas de tipo cerradas en su estructura; consto de una breve introducción, datos generales de la madre y del niño, datos específicos referidos al conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño consto de 25 preguntas.

El formulario fue sometido a validez de contenido mediante el Juicio de Expertos, conformado por ocho profesionales del campo de la salud, con experiencia en investigación, de los cuales fueron 5 enfermeras en el área

niño, 2 docentes del área de investigación y 1 nutricionista. Los resultados emitidos por los expertos fueron debidamente procesados en una Tabla de Concordancia con fines de determinar la validez donde $p < 0.05$ la concordancia fue significativa.

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó la fórmula de R20 Kuder Richard son.

El instrumento fue validado en la tesis Conocimientos sobre, Alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJ.M 2015 Karen Vanessa Castro Sullca.

- Para la variable 2 se utilizó la tarjeta de control CRED validado por la OMS.

4.4.- Análisis y procesamiento de datos

Para la recolección de datos, se realizó las coordinaciones previas con el médico jefe del Centro de Salud y la enfermera jefa del centro de salud mediante el documento por la Facultad De Ciencias De La Salud de la Universidad Nacional Del Callao, así mismo con las enfermeras encargadas de los consultorios de Crecimiento y Desarrollo del niño. De igual manera se recogió la información de las madres durante dos meses mediante el cuestionario y el carnet de atención integral del niño en el centro de Salud todos los días de los meses de agosto y setiembre. Luego de recolectar los datos, estos fueron procesados mediante el uso de Excel previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz. En cuanto a

los resultados fueron presentados en gráficos y tablas estadísticas para su mejor comprensión, análisis e interpretación respectiva acorde con los objetivos y con la base teórica.

Para realizar el análisis de la Variable Nivel de Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria, se aplicó la prueba de Stanones en tres categorías: Alto, medio y bajo. Asimismo, para establecer la relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad se utilizó la prueba de significancia estadística: Chi cuadrado (X^2).

El tratamiento estadístico de la información se realizó siguiendo el proceso siguiente:

Seriación: Se asignó un número de serie, correlativo a cada encuentro (cuestionario), lo que permitió tener un mejor tratamiento y control de los mismos.

Codificación: Se elaboró un libro de códigos, donde se asigna un Código a cada ítem de respuesta, con ello se logró un mayor control del trabajo de tabulación.

Tabulación: Mediante la aplicación de la técnica matemática de conteo, se realizó la tabulación extrayendo la información, ordenándola en cuadros simples y de doble entrada con indicadores de frecuencia y porcentaje.

Graficación: Una vez tabulada la encuesta, se procedió a graficar los resultados en gráficas de barra, y otros.

Todo lo que sirvió para llevar los resultados al análisis e interpretación de los mismos.

Una vez obtenidos los datos, se procedió a analizar cada uno de ellos, atendiendo a los objetivos y variables de investigación; de manera tal que podamos contrastar hipótesis con variables y objetivos, y así demostrar la validez o invalidez de estas. Al final se formularon las conclusiones y recomendaciones para mejorar la problemática investigada.

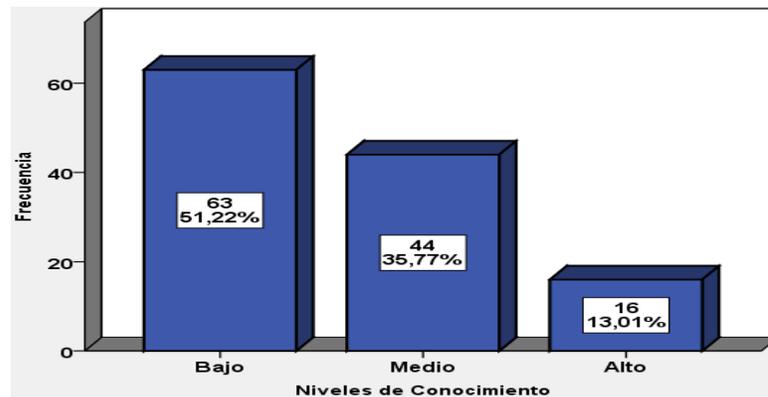
CAPITULO V

5.1 Resultados Descriptivos

A.- Datos Generales

De los resultados obtenidos en cuanto a **rango de edad** de las madres se tuvo que del 100% de madres encuestadas, el 49%, tienen entre 23 y 28 años, el 38% entre 29y 34 años,26% entre17 y 22por ultimo el 10%entre 35y42. Asimismo, en relación al **lugar de procedencia** sé tuvo que el 89.4 % de las madres son de la sierra, el 4% son de la costa y el 9% son de la selva. En relación al **grado de instrucción** de las madres encontramos que el 55% tienen secundaria, el 9.7% tienen primaria y el 34.9% tienen una educación superior; de igual manera en cuanto a la **ocupación** encontramos que el 60%de las madres se dedican a ser amas de casa, el 21.1%) son empleadas, el 17.8% trabaja de manera independiente. Finalmente, en cuanto al **estado civil** tenemos que el 57.7% de las madres son convivientes, el 18.7% son solteras y el 23.5 % son casadas.

GRÁFICO No 5.1
NIVELES DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ESTRATEGIA
CRECIMIENTO Y DESARROLLO CENTRO DE SALUD SANTA
ANA-HUANCAVELICA 2018



FUENTE: Instrumento aplicado a las madres que acuden al Centro de Salud Santa Ana Huancavelica-2018.

Se observa, en el gráfico N°01, que del 100% que la mayoría 51,22% de las madres tienen un nivel Bajo de conocimientos sobre alimentación complementaria, el 35,77% de las madres encuestadas tienen un nivel Medio de conocimientos y el 13,01% de las madres presentan un nivel Alto de conocimientos sobre alimentación complementaria.

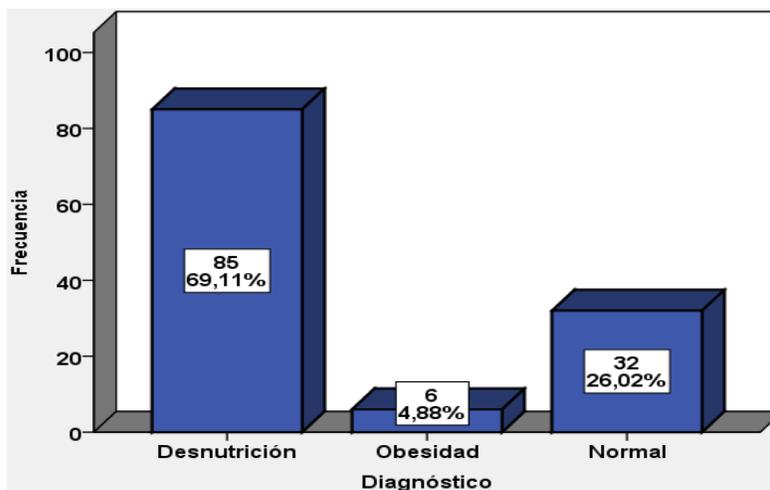
TABLA N°5.1
NIVELES DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SEGÚN SUS DIMENSIONES

		Dimensiones							
		Dimensión 1		Dimensión 2		Dimensión 3		Dimensión 4	
		Alimentación complementaria		Características de la alimentación		Factores que influyen en la alimentación		Beneficios de la alimentación	
		fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Niveles									
Bajo		79	64,23	67	54,48	40	32,52	74	60,16
Medio		0	0,00	48	39,02	5	4,07	0	0,00
Alto		44	35,77	8	6,50	78	63,41	49	39,84
Total		123	100,00	123	100,00	123	100,00	123	100,00

FUENTE: Instrumento aplicado a las madres de los niños menores de 2 años que acuden a Centro de Salud Santa Ana Huancavelica, 2018.

GRÁFICO N°5.2

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS



FUENTE: Instrumento aplicado a las madres que acuden al Centro de Salud Santa Ana Huancavelica-2018.

En el gráfico N°2, se observa que la mayoría 69,11% de los niños menores de 2 años que participan de la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud de Santa Ana, Huancavelica tienen Desnutrición, el 26,02% de los niños tienen un estado nutricional Normal y el 4,88% de los niños que participan en la investigación presentan Obesidad.

TABLA N^o5.2

RELACIÓN ENTRE NIVELES DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS

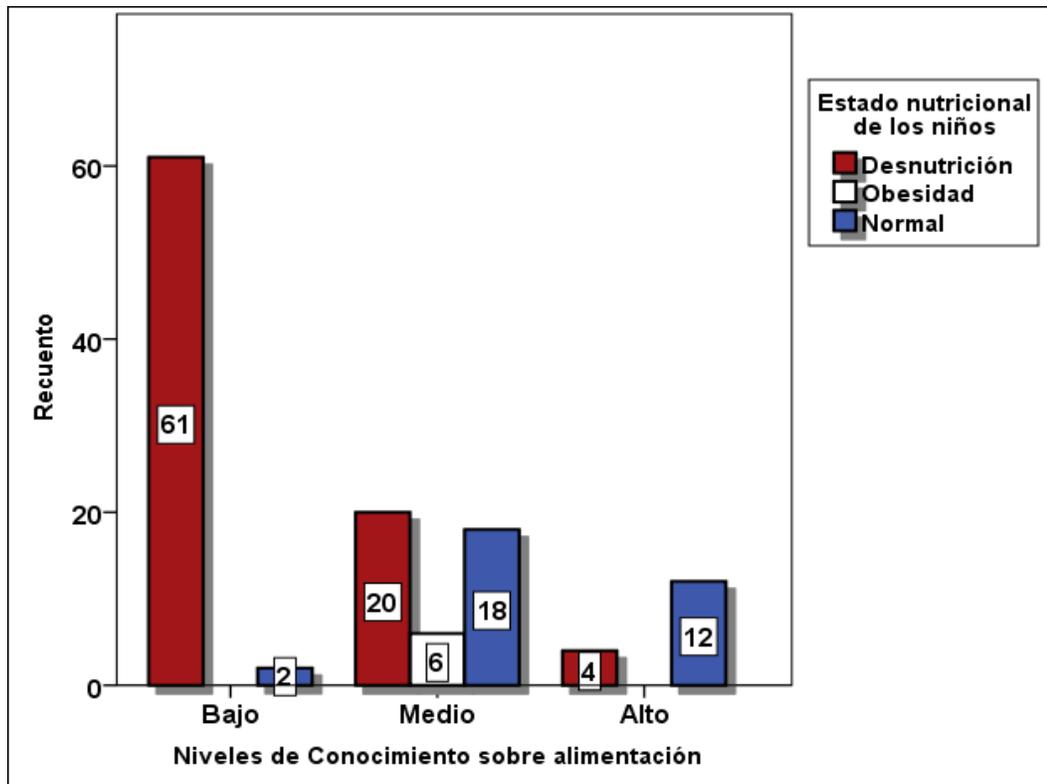
Niveles de conocimiento	Estado nutricional			Total
	Desnutrición	Obesidad	Normal	
Bajo	61	0	2	63
Medio	20	6	18	44
Alto	4	0	12	16
Total	85	6	32	123

FUENTE: Instrumento aplicado a las madres de los niños menores de 2 años que acuden a Centro de Salud Santa Ana Huancavelica, 2018

Se observa, en el gráfico 16, los niveles de Conocimiento de la madre sobre Alimentación complementaria y el Estado nutricional del niño menor de 2 años en la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica, donde se observa que la mayoría 49,59% de las madres participantes en la investigación presentan un nivel Bajo de conocimientos sobre alimentación complementaria y sus respectivos niños presentan Desnutrición, el 16,26% de las madres participantes tienen un nivel Medio de conocimientos sobre alimentación complementaria y sus niños presentan Desnutrición, el 14,63% de las madres participantes tienen un nivel Medio de conocimientos y sus correspondientes niños menores de 2 años tienen un estado nutricional Normal, el 9,76% de las madres tienen un nivel Alto de conocimientos sobre alimentación complementaria y sus niños menores de 2 años tienen un estado nutricional Normal, el 4,88% de las madres participantes tienen un nivel Medio de conocimientos y sus respectivos niños tienen Obesidad, el 3,25% de las madres participantes tienen un nivel Alto de conocimientos y sus correspondientes niños presentan Desnutrición y el 1,63% de las madres participantes en la investigación

GRÁFICO N°5.3

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS



FUENTE: Instrumento aplicado a las madres que acuden al Centro de Salud Santa Ana Huancavelica-2018.

5.2 Resultados Inferenciales

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Hipótesis general

Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad del Centro de Salud Santa Ana Huancavelica 2018.

Planteamiento de H_0 y H_1 :

H_0 : El nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria no tiene relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años del Centro de Salud Santa Ana Huancavelica 2018.

H_1 : El nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria tiene relación de manera significativa con el estado nutricional del niño menor de 2 años del Centro de Salud Santa Ana Huancavelica 2018.

Nivel de significancia

Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia o riesgo del 5% ($\alpha=0,05$)

Prueba estadística

Se utilizó la prueba no paramétrica Chi cuadrada de independencia debido a que las dos variables no cumplen con el requisito de normalidad y son del tipo cualitativo ordinal.

Regla de decisión

Se rechaza la hipótesis nula (H_0) si el p-valor es menor al nivel de significancia $\alpha= 0,05$. En la tabla N° 17 se observa que el valor de Chi cuadrado calculado es $X^2_c=56,985$ y el p-

valor=0,000de donde se concluye en aceptar la hipótesis alterna (H_1).

Valor de la prueba

TABLA N°2

Prueba de hipótesis general

	Valor	Gl	Significació n asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,985 ^a	4	0,000
Razón de verosimilitud	61,883	4	0,000
Asociación lineal por lineal	46,386	1	0,000
N° de casos válidos	123		

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01
(bilateral)

*FUENTE: Instrumento aplicado a las madres que acuden al
Centro de Salud Santa Ana Huancavelica-2018.*

Conclusión estadística:

Con un nivel de significación de $\alpha=0,05$ se aseveró que: El nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria tuvieron relación de manera significativa con el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad del Centro de Salud Santa Ana Huancavelica 2018. Al demostrarse la hipótesis alterna, se comprobó la validez de la hipótesis general de investigación: Que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad del Centro de Salud Santa Ana Huancavelica 2018.

CAPITULO VI

DISCUSION DE RESULTADOS

Hipótesis general

Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad del Centro de Salud Santa Ana Huancavelica 2018.

Planteamiento de H_0 y H_1 :

H_0 : El nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria no tiene relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad del Centro de Salud Santa Ana Huancavelica 2018.

H_1 : El nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria tuvo relación significativa con el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad del Centro de Salud Santa Ana Huancavelica 2018.

Nivel de significancia

Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia o riesgo del 5% ($\alpha=0,05$)

Prueba estadística

Se utilizó la prueba no paramétrica Chi cuadrada de independencia debido a que las dos variables no cumplen con el requisito de normalidad y son del tipo cualitativo ordinal.

Regla de decisión

Se rechaza la hipótesis nula (H_0) si el p-valor es menor al nivel de significancia $\alpha= 0,05$. En la tabla N° 2 se observa que el valor de Chi cuadrado calculado es $X^2_c=56,985$ y el p-

valor=0,000de donde se concluye en aceptar la hipótesis alterna (H_1).

TABLA N° 2

Ha. Existe relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 02 años de edad del Centro de Salud Santa Ana - 2018.

Ho. No existe relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de niño menor de 2 años de edad del Centro de Salud Santa Ana - 2018.

3.1.2 Hipótesis Específica.

- El conocimiento de las madres sobre alimentación, es bajo.

EL estado nutricional del niño menor de 2 años de edad, es de riesgoPrueba de hipótesis general.

	Valor	Gl	Significació n asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,985 ^a	4	0,000
Razón de verosimilitud	61,883	4	0,000
Asociación lineal por lineal	46,386	1	0,000
N de casos válidos	123		

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

FUENTE: Instrumento aplicado a las madres que acuden al Centro de Salud Santa Ana Huancavelica-2018.

Conclusión estadística

Con un nivel de significación de $\alpha=0,05$ se asevera que: El nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria tiene relación de manera significativa con el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad del Centro de Salud Santa Ana Huancavelica 2018. Al demostrarse la hipótesis alterna, se comprueba la validez de la hipótesis general de investigación: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad del Centro de Salud Santa Ana Huancavelica 2018.

6.2 Contratación de los resultados con estudios similares

Según los resultados obtenidos en nuestra investigación nos indica que la mayoría de nuestras madres 51,22% tienen un bajo nivel de conocimiento en cuanto a la alimentación complementaria lo cual indica que tenemos madres de la zona rural las que tienen dificultad en captar mejor sobre conocimientos de alimentación complementaria motivo por el cual no están dando una adecuada consistencia, frecuencia y cantidad a sus niños y esto hace que no cubra los requerimientos nutricionales necesarios por lo tanto el lactante podría presentar desnutrición en los meses futuros, esto concuerda con nuestra teórica Nola J. Pender y su modelos de promoción de la salud quien pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con

los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr . Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.

El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Es decir en el caso de las madres de familia su conducta alimentaria esta guiado por las costumbres aprendidas de generaciones anteriores de las cuales dependerá la alimentación complementaria que brindan a sus niños menores,

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.

Es un compromisos para un plan de acción constituye un precedente para el resultado final deseado .es decir la conducta promotora de la salud en este compromiso puede influir además las demanda preferencia contrapuestas e inmediatas, en un 35,77% tenemos madres encuestadas tienen un nivel Medio de conocimientos y el 13,01% de las madres presentan un nivel Alto las cuales este grupo de madres son de zona urbana y tienen mayor capacidad de captar y/o aprender sobre que es una

alimentación complementaria lo cual indica que estas madres están brindando una mejor alimentación balanceada en cuanto a cantidad, frecuencia y consistencia según la edad de su niño y por lo tanto su niño no corre el riesgo de enfermar o estar desnutrido.

Un resultado similar se encontró en el trabajo realizado por JÁCOME VIERA, Ximena Alexandra, titulado “Relación entre las prácticas de alimentación complementaria y el estado nutricional de niñas y niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al centro de salud N°10 Rumiñahui de la ciudad de Quito; 2013” (12) que concluye en que las prácticas de la madre sobre la alimentación complementaria influyen en el estado nutricional del menor.

Los resultados obtenidos en el trabajo sobre la variable conocimiento sobre Alimentación complementaria según dimensiones:

Acerca del conocimiento de la alimentación complementaria la mayoría 64,23% de las madres encuestadas tienen un nivel Bajo de conocimientos ya que la mayoría de las madres encuestadas responde que no saben con qué alimentos iniciar una adecuada alimentación complementaria la mayoría leche materna y el 35,77% de las madres encuestadas tienen un nivel Alto de conocimientos ella refiere que la alimentación complementaria es incluir otros alimentos aparte de la leche materna. En la dimensión 2: Características de la alimentación complementaria, la mayoría 54,48% de las madres tienen un nivel Bajo de conocimientos, la mayoría de las madres refieren que iniciaran la alimentación complementaria en base a caldos, sopas ,jugos y la consistencia debe de ser liquida con una frecuencia de una vez al día, esto influirá de forma negativa en el aporte de nutrientes necesarios para el adecuado crecimiento y desarrollo de nuestro lactantes ,

45.5% de las madres tienen conocimiento alto y medio lo que indica que si saben cómo iniciar la alimentación complementaria con una adecuada consistencia ,frecuencia y cantidad lo cual influirá de forma positiva para nuestro niños . En la dimensión 3: Factores que influyen en la alimentación complementaria, la mayoría 63,41% de las madres tienen un nivel Bajo de conocimientos lo que indica que la mayoría de las madres desconoce la edad exacta de inicio de alimentación complementaria, ya que refieren que inician antes de los 6 meses y otras después de los seis ,también refieren no hay integración familiar del niño con la familia debido a los factores socioeconómicos que presenta la familia ,el 32,52% de las madres tienen un nivel Medio de conocimientos y el 4,07% de las madres encuestadas tienen un nivel Alto de conocimientos, esto indica que las madres cumplen con la edad adecuada de inicio de la alimentación complementaria, que si hay una adecuada integración familiar con paciencia y dedicación hacia su niño. En la dimensión 4: Beneficios de la alimentación complementaria, 60,16% la mayoría de las madres tienen un nivel Bajo de conocimientos porque desconocen sobre los beneficios que brinda una adecuada alimentación complementaria por lo mismo no favorecerá en un adecuado desarrollo físico psicológico y disminuirá la probabilidad de enfermar y el 39,84% de las madres tienen un nivel Alto de conocimientos ya que ellas si conocen los beneficios de una adecuada alimentación complementaria tanto para un buen crecimiento y desarrollo. Estos resultados son similares a los que obtuvo TERRONES BARDALES, María Isabel En su estudio “Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses centro de salud Micaela Bastidas; Lima – Perú. 2013” en la que concluyo que el nivel de conocimiento de las

madres sobre alimentación complementaria en niños de 6-12 meses es mayoritariamente de nivel medio a bajo, así como en sus dimensiones. El mayor número de madres son adultas jóvenes, convivientes, con trabajo independiente, e ingresos de sueldo básico (18).

También se puede apreciar resultado similar al de la investigación en el estudio realizado LEÓN BANEGAS, Ruth Karina. En su estudio “Conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud La Revolución, Juliaca - 2015”, llegando a la conclusión que existe relación entre conocimientos y prácticas con una correlación. Que, a mayor conocimiento, existirá una mejor práctica (17).

También se obtuvieron resultados del estado nutricional de los niños menores de 2 años donde la mayoría 69,11% (85) de los niños menores de 2 años que participan de la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud de Santa Ana, Huancavelica tienen Desnutrición, el 26,02% (32) de los niños tienen un estado nutricional Normal y el 4,88% (6) de los niños que participan en la investigación presentan Obesidad, resultados similares es proporcionado por el SIEN 2017. La proporción de Desnutrición Crónica en nuestro país mostró una tendencia a decrecer en el tiempo, disminuyendo del 2009 al 2017 un total de 7,8 puntos porcentuales según el patrón de crecimiento de OMS 2006, 0,6% en el último año según el Informe Gerencial Anual SIEN 2016. Son 15 las Direcciones Regionales de Salud las que presentan proporciones de Desnutrición Crónica calificadas por la Organización Mundial de la Salud como de proporción moderada, siendo Huancavelica la única que presenta una proporción grave al superar el 30% de niños desnutridos crónicos.

6.3 Responsabilidad Ética

Los aspectos de responsabilidad ética las autoras de la investigación asumimos con respeto al principio de autonomía y consentimiento informado.

CONCLUSIONES

- a) Se halló que el mayor porcentaje de las madres poseen nivel bajo de conocimientos sobre alimentación complementaria con un 51.22%.
- b) El estado nutricional de la mayoría de los niños menores de 2 años de edad se encuentra en desnutrición con un 69,11%.
- c) Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad del Centro de Salud Santa Ana Huancavelica 2018.
- d) Mayoría de nuestras madres tienen un bajo nivel de conocimiento en cuanto a la alimentación complementaria lo cual indica que estas madres ya vienen con conocimientos previos ya establecidos de generación en generación donde muchas veces inician la alimentación complementara antes de los seis meses y de formas inadecuada en cuanto a consistencia, frecuencia, cantidad, etc. . y esto hace que no cubra los requerimientos nutricionales necesarios por lo tanto el lactante podría presentar desnutrición en los meses futuros, también tenemos madres encuestadas tienen un nivel Medio de conocimientos y madres de un nivel Alto las cuales este grupo de madres son de zona urbana y tienen mayor capacidad de captar y/o aprender sobre que es una alimentación complementaria lo cual indica que estas madres están brindando una mejor alimentación balanceada en cuanto a cantidad, frecuencia y consistencia según la edad de su niño y por lo tanto su niño no corre el riesgo de enfermar o estar desnutrido.

RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda al personal de enfermería de los establecimientos de salud, que realiza el control de crecimiento y desarrollo debe dar mayor énfasis en la consejería nutricional en alimentación complementaria, cuando esta se inicia a partir de los seis meses.
- b) Se recomienda realizar estudios cualitativos a los profesionales de la Salud para poder tener un mayor entendimiento acerca de las costumbres, creencias y prácticas de las madres en relación a los conocimientos que tienen sobre alimentación complementaria y la edad de inicio de la misma.
- c) Se recomienda realizar otros estudios cuantitativos a los profesionales de la Salud sobre los diversos factores que puedan influir de manera directa o indirecta en la alimentación complementaria.
- d) Realizar sesiones educativas y demostrativas en el establecimiento de salud con madres de niños menores de 2 años en la preparación de alimentos y así contribuir al desarrollo de hábitos alimenticios saludables en los niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto nacional de estadística e informática (2012) Encuesta Demográfica y de salud familiar ENDES. PERU
2. Instituto nacional de estadística e informática (2017) Encuesta Demográfica y de salud familiar ENDES. PERU
3. LANCET VOL 2007.
4. JOURNAL OF NUTRITION VOL140.N2 ,2010 PP3348-354
5. ALIEMENTACION Y NUTRICION DEL NIÑO PEQUEÑO: MEMORIA DE LA REUNION SUB REGIONAL DE LOS PAISES DE SUAMEMERCA 2-4 WASHINTON, OPS2009:P14
6. LOZOFF ET AL, ARCH PEDIA, ADOLESC MED 2006, 160:1108-1113.
7. Instituto nacional de estadística e informática (2017) Encuesta Demográfica y de salud familiar ENDES. PERU 223
8. Instituto nacional de estadística e informática (2018) Encuesta Demográfica y de salud familiar ENDE primer semestre. Lima Perú 241
9. Instituto Nacional de estadística e Informática. Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú. Lima:1998-201.pp 334-336.
- 10.- Ministerio de salud (2017) Resolución Ministerial N° 249 - 2017/MINSA. Lima, Perú: El Ministerio 610

- 11.-** Instituto nacional de estadística e informática (2016) Encuesta Demográfica y de salud familiar ENDES. PERU 452
- 12.-** JACOME VIERA, X.A. (2013) *Relación entre las prácticas de alimentación complementaria y el estado nutricional de niñas y niños de 6 a 24 meses que asisten al centro de salud n° 10 de Rumiñahui: QUITO [s.n]*
- 13.-**ESCOBAR ALVAREZ, M.B. (2013) *Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas que acuden a consulta externa de pediatría en el Hospital del IESS de Latacunga: Latacunga – Ecuador [s.n.]*
- 14.-**GARCÍA DE LEÓN, C. (2012) *Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la comunidad el tablón del municipio de Sololá: Sololá-Guatemala [s.n.]*
- 15.-**FARFAN PONCE, R.L. (2012) *Prácticas de destete y ablactación que tiene las madres del Centro de Salud Primero de Mayo de la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí y su relación con el estado nutricional del infante: Manabí- Ecuador [s.n.]*
- 16.-**CASTRO SULLCA. K. V. (2016) *Conocimiento 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: Lima.

[s.n.]

17.-LEÓN BANEGAS, R.K. (2016) Conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud La Revolución: Juliaca [s.n.]

18.-TERRONES BARDALES, M.I. (2013) Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses centro de salud Micaela bastidas: Lima [s.n.]

19.-UNICEF Who/UNICEF/ONU. (2001) Iron deficiency anemia assessment, prevention, and control. Geneva. World Health Organization.

<http://www.who.int/chilgrowht/software/en/>. consulta de octubre 2007.

20.-El Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) (2017), del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Instituto Nacional de Salud.

<https://boletin.ins.gob.pe/ano24n3-4/>

21.-Suárez Castillo, Y. S. y Yarrow Galeas, K. S. (2013). En el estudio que realizaron “El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que tienen las madres se relaciona indirectamente con la presencia de anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años de edad”; Huancavelica – Perú {s. n.}

- 22.-**Nola J. Pender S. (2007). *Modelo de Promoción de la Salud*. En Maerriner TA, RayleAlligood M. editores. Modelos y teorías de enfermería, 6° ed. España: Elsevier-Mosby;
aristizabalh.patricia@gmail.com
- 23.-**Sociedad Argentina de Pediatría (2017). En Su Estudio “*Deficiencia de hierro y anemia ferropénica. Guía para su prevención, diagnóstico y tratamiento.*”
- 24.-**Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Espghan) (2008), *la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Naspghan) y la Academia Americana de Pediatría (AAP)*
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf>
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_lactante.pdf
- 25.-**Bueno Lozano O, Lázaro Almarza A. (2001). *Lactancia Materna*. En: *Nutrición en la Infancia y Adolescencia*, 2ª ed. Madrid: Ergon.
- 26.-**MINSA NORMA TECNICA DE SALUD N°137 MINSA /2017/DGIESP
<http://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/dais/ppan/normast/CRED.pdf>
- 27.-**Organización Mundial de la Salud / Medición del efecto nutricional de programas de suplementación alimentaria a grupos vulnerables. Ginebra, 1980.

ANEXOS

ANEXO 01

ENTREVISTA-ENCUESTA DIRIGIDA A LA MADRE DEL NIÑO

I.-Introducción

Sra. Buenos días, somos estudiantes de la Especialidad de Crecimiento, Desarrollo del Niño y Estimulación de la Primera Infancia de la Universidad Nacional del Callao, la siguiente encuesta, lo realizamos a fin de obtener información relacionado a los conocimientos y prácticas sobre la alimentación complementaria del niño menor de 2 años en madres. Por lo que se le solicita su participación a través de sus respuestas en forma veraz y severa; expresándole que la información es de carácter confidencial solo para uso del estudio agradezco anticipadamente su colaboración.

Instrucciones:

Lea detenidamente cada pregunta y marque con una X (aspa), la respuesta según crea conveniente.

CUESTIONARIO N°: _____

ENCUESTADOR: _____

II. Datos generales

a) De la madre:

1. Edad de la madre -----
2. Lugar de procedencia: Costa () Sierra () Selva ()
3. Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()
4. Ocupación: Empleada () Ama de casa () Independiente ()
5. Estado civil: Soltera () Casada () Conviviente ()

b) Datos relacionados con el niño:

1. Fecha de nacimiento: _____
2. Sexo: M () F ()
3. Peso _____
4. Talla: _____
5. Diagnóstico del estado nutricional (carnets): _____

INSTRUCCIONES:

A continuación, lea cuidadosamente cada pregunta y luego marque con una ASPA (X), la respuesta que usted crea la más adecuada.

III. Datos Específicos

1. **¿Qué es la alimentación complementaria?**
 - a) Es darle al niño solamente leche materna.
 - b) Es incluir otros alimentos aparte de la leche materna
 - c) Es darle solamente alimentos sólidos.
 - d) Es darle leche en polvo.
 - e) No sabe
2. **¿Qué alimentos se deben dar al niño al inicio de la alimentación complementaria aparte de la leche materna?**
 - a) sopas y mates
 - b) purés y mazamorras
 - c) sopas y jugos
 - d) comida de la olla familiar y dulces.
 - e) No sabe
3. **¿Qué consistencia deben tener los alimentos que se le brinda al niño de 6 meses de edad?**
 - a) aplastados
 - b) licuados
 - c) líquidos
 - d) en trozos
 - e) No sabe
4. **¿Cuántas veces al día se debe alimentar al niño de 6 meses?**
 - a) 2 veces
 - b) 3 veces
 - c) 4 veces
 - d) 5 veces
 - e) No sabe
5. **¿Qué cantidad debe comer el niño de 6 meses cada vez que lo alimenta?**
 - a) 3 a 4 cucharas b) 1 a 2 cucharas
 - c) 5 a 8 cucharas
 - d) 10 a 12 cucharas
 - e) No sabe
6. **¿Qué consistencia deben tener los alimentos que se le brinda al niño de 1 año de edad?**
 - a) aplastados
 - b) licuados
 - c) líquida
 - d) en trozos
 - e) No sabe
7. **¿Cuántas veces al día se debe alimentar al niño de 1 año?**
 - a) 2 veces
 - b) 3 veces
 - c) 4 veces
 - d) 5 veces

- e) No sabe
- 8. ¿Qué cantidad debe comer el niño de 1 año cada vez que lo alimenta?**
- a) 2 tazas.
b) 1/2taza
c) 3/4 de taza
d) 1 taza
e) No sabe
- 9. ¿Cuál es la mejor combinación de alimentos para el niño de 18 meses?**
- a) Mazamorras, sopas y leche materna
b) Leche, mazamorras y sopa de res.
c) Comida de la olla familiar y leche materna
d) Alimentos aplastados, purés y sopa de pollo.
e) Otros:
- 10. ¿Qué combinación es la más adecuada para el almuerzo del niño de 6 meses?**
- a) Puré + hígado + fruta o jugo de fruta
b) Arroz + hígado + mate de hierba
c) Puré de papa +sopa+ jugo de fruta
d) Caldo de hueso de res + arroz +jugo de frutas
e) Otros:
- 11. ¿A qué edad se debe empezar la alimentación complementaria en el niño?**
- a) 4 meses
b) 5 meses
c) 6 meses
d) 7 meses
e) No sabe
- 12. ¿A qué edad el niño debe comer todos los alimentos de la olla familiar?**
- a) Menos de seis meses
b) Seis meses
c) Al año
d) 9 meses
e) A los 2 años
- 13. ¿Cuál de los siguientes alimentos no debe comer el niño antes de cumplir el 1er año?**
- | | |
|--------------------|--------------------|
| a) carne de pollo | f) naranjas |
| b) clara del huevo | g) chocolates |
| c) dulces | h) leche evaporada |
| d) arroz | i) yema de huevo |
| e) pescado | j) mandarinas |
- 14. ¿Qué es la sopa?**
- a) Un alimento muy rico en vitaminas.

- b) Muy importante en la alimentación del niño.
 c) Innecesaria, no alimenta y solo llena al niño.
 d) Necesario para que el niño crezca fuerte y sano.
- 15. Los alimentos que dan más fuerza y energía al niño son:**
- a) Camotes f) lechugas
 b) Pescado g) fideos
 c) papas h) pollo
 d) arroz i) yucas
 e) vainitas j) tomates
- 16. Los alimentos que ayudan a crecer más al niño son:**
- a) Pollo f) apio
 b) Pescado g) lentejas
 c) Arroz h) camotes
 d) Carne de res i) hígado
 e) zanahorias j) papas
- 17. ¿Cuál de los siguientes alimentos nutren más al niño?**
- a) Sopa y jugo de frutas
 b) Segundo y leche
 c) Puré y sopa
 d) Sopa y jugo de frutas.
 e) No sabe
- 18. Los alimentos ricos en hierro son:**
- a) Caldo de hueso de res f) hígado
 b) Sangrecita g) carnes
 c) Lentejas h) fideos
 d) Beterragas i) ollucos
 e) Frejoles. J) arroz
- 19. ¿Con qué bebida debe acompañar un plato de lentejitas para que el niño de 1 año y medio aproveche al máximo los nutrientes?**
- a) Gaseosas y mates.
 b) Limonada y cítricos (limón y naranja).
 c) Te y café
 d) Café y frugos.
 e) Otros:
- 20. El inicio de una alimentación complementaria después de los 6 meses puede ocasionar:**
- a) Mayor crecimiento en el niño y desnutrición.
 b) Aumentar el riesgo de desnutrición y deficiencia de hierro.
 c) Problemas en el habla y para caminar.
 d) Solo riesgo de desnutrición.
 e) No sabe
- 21. ¿Cómo debe ser la manera en que la madre debe dar de comer al niño?**
- a) Integrándolo a la familia con paciencia y mucha dedicación

- b) Integrándolo a la familia, pero gritándole cuando es necesario.
 - c) Sin integrarlo a la familia porque aún es muy pequeño.
 - d) Con paciencia, pero sin integrarlo a la familia.
 - e) No sabe
- 22. ¿Cuál debe ser el entorno del niño a la hora de comer?**
- a) En la cocina con muchos colores y juguetes,
 - b) En la cama con juguetes y televisión prendida.
 - c) En el comedor junto con la familia.
 - d) En el comedor con los juegos y televisor prendido.
 - e) No sabe
- 23. ¿Cuáles son las medidas de higiene más importantes que debemos de usar para que el niño no se enferme?**
- a) Higiene de utensilios e higiene del niño.
 - b) Higiene de los alimentos y utensilios
 - c) Higiene del niño solamente.
 - d) Solamente higiene de alimentos.
 - e) No sabe
- 24. La alimentación complementaria es beneficiosa para el niño porque:**
- a) Favorece el desarrollo físico, pero no aporta vitaminas ni minerales.
 - b) Solamente lo ayuda a crecer, a ser más sociable y desarrollar físicamente.
 - c) Brinda vitaminas y minerales, pero no disminuye la probabilidad de contraer enfermedades.
 - d) Favorece el desarrollo físico, psicológico y disminuye la probabilidad de contraer enfermedades.
 - e) No sabe.
- 25. Los beneficios de una buena alimentación complementaria del niño menor de 2 años se evidencian por:**
- a) Mayor crecimiento y desarrollo
 - b) Solo mayor desarrollo.
 - c) Talla baja para la edad.
 - d) Solo mayor crecimiento.
 - e) No sabe.

Gracias por su gentil colaboración.

ANEXO 02

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

Consentimiento Informado

Dirigido a:

.....

Mediante la presente, se le solicita su autorización para participar de estudios enmarcados en el Proyecto de investigación **“NIVEL DECONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU RELACION CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS EN LA ESTRATEGIA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD SANTA ANA - HUANCAVELICA 2018.”**, presentado Lic. Golda Violeta Guerra Poma y Lic. Erika Darinka Riveros Contreras de la **Universidad Nacional Del Callao, Facultad de Ciencias de la Salud**. Dicha investigación tiene como objetivo principal Determinar el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años que asisten a los consultorios de CRED. En función de lo anterior es pertinente su participación en el estudio, por lo que, mediante la presente, se le solicita su consentimiento informado. Al colaborar usted con esta investigación, deberá brindar la información necesaria a las preguntas que se le realizará mediante una encuesta entrevista dicha actividad durará aproximadamente 15 minutos y será realizada en los consultorios de crecimiento y desarrollo del centro de salud Santa Ana, durante la jornada laboral.

Los alcances y resultados esperados de esta investigación son para mejorar los conocimientos de la madre en alimentación complementaria. Además, su participación en este estudio no implica ningún riesgo de daño físico ni psicológico para usted, y se tomarán todas las medidas que sean necesarias para garantizar la **salud e integridad física y psíquica** de quienes participen del estudio.

Todos los datos que se recojan, serán estrictamente **anónimos y de carácter privados**. Además, los datos entregados serán absolutamente **confidenciales** y sólo se usarán para los fines científicos de la investigación. El responsable de esto, en calidad de **custodio de los datos**, serán el Investigadores Responsables del proyecto. Por otra parte, la participación en este estudio **no involucra pago o beneficio económico** alguno. Si presenta dudas sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento de la ejecución del mismo. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto represente perjuicio. Es importante que usted considere que su participación en este estudio es **completamente libre y voluntaria**, y que tiene derecho a negarse a participar o a suspender y dejar inconclusa su participación cuando así lo desee, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Desde ya le agradecemos su participación.

.....
LIC. GOLDA V. GUERRA POMA

.....
LIC. ERIKA D. RIVEROS CONTRERAS

Fecha_____

Yo_____,

DNI_____, en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en la investigación **“NIVEL DECONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU RELACION CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS EN LA ESTRATEGIA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD SANTA ANA - HUANCAVELICA 2018”**, conducida Lic. Golda Violeta Guerra Poma y Lic. Erika Darinka Riveros Contreras de la **Universidad Nacional Del Callao, Facultad De Ciencias de la Salud**.

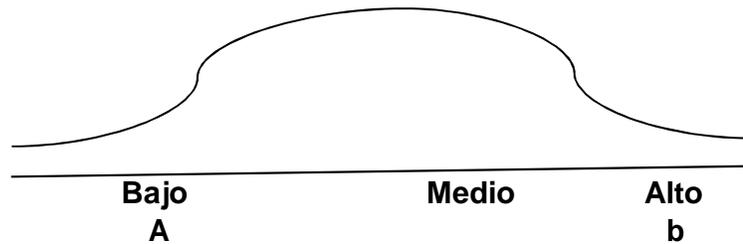
He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar.

Nombre y firma del participante

ANEXO 03

MEDICIÓN DE LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO ESCALA DE STANONES



Según la fórmula de
Stanones

$$a = X - 0,75(DS)$$

$$b = X + 0,75(DS)$$

Desviación Estándar

$$DS = \sqrt{\sum (X - \bar{X})^2 / n}$$

Realizando cálculos:

Desviación Estándar: 8.6

M

$$a = 28 - 0,75 (8.6)$$

$$a = 21.55 = 22$$

$$b = 28 + 0,75 (8.6)$$

$$b = 34.45 = 35$$

Dividiendo por categorías tenemos:

- ❖ **Conocimiento alto:** >35puntos
- ❖ **Conocimiento medio:** 22-35puntos
- ❖ **Conocimiento bajo:** <22punto

ANEXO 04

LIBRO DE CODIGOS

1. Datos Generales:

➤ De la madre

EDAD (1)	LUGAR DE PROCEDENCIA (2)	GRADO DE INSTRUCCIÓN (3)	OCUPACION (4)	ESTADO CIVIL (5)
12-16 (1)	Costa (1)	Primaria (1)	Empleada (1)	Soltera (1)
17-21(2)	Sierra (2)	Secundaria (2)	Ama de casa (2)	Casada (2)
22-25(3)	Selva (3)	Superior (3)	Independiente (3)	Viuda (3)
26-30(4)			Professional (4)	Conviviente (4)
>30 (5)				

➤ Del niño

EDAD (1)	SEXO (2)	ESTADO NUTRICIONAL (3)
6-11 Meses (1)	Masculino (1)	Normal (1)
12-17 Meses (2)	Femenino(2)	Desnutrición crónica (2)
18-24 Meses (3)		Desnutrición global(3)
		Desnutrición aguda(4)
		Obesidad(5)

2. Ítems:

ANEXO 05

PRUEBA DE

Nº ITEM	PUNTUACION
1	B = 3 P
2	B = 2 p
3	A = 2 p
4	A = 1 p
5	A = 1 p
6	D = 2 p
7	D = 1 p
8	D = 1 p
9	C = 1 p
10	A = 1 p
11	C = 3 p
12	C = 2 p
13	<p>Correctas: C</p> <p>F } E 3-5 = 1 punto } <3 = 0 puntos J } G</p> <p>Siempre que solo marque las respuestas correctas, tolerancia máxima de 1 error.</p>
14	D = 2 puntos
15	<p>Correctas: A</p> <p>G } C 4-5 = 2 punto } D 3 = 1 puntos I } <3 = 0 puntos</p> <p>Siempre que solo marque las respuestas correctas, tolerancia máxima de 1 error.</p>
	Correctas: A

16	<p>B 4-5 = 2puntos D 3 = 1puntos G <3 = 0puntos I</p> <p>Siempre que solo marque las respuestas correctas, tolerancia máxima de 1 error.</p>
17	B = 1 punto
18	<p>Correctas: B } C 4-5 = 3puntos } E 3 = 1puntos } F <3 = 0puntos } G</p> <p>Siempre que solo marque las respuestas correctas, tolerancia máxima 0 errores.</p>
19	B = 2 p
20	B = 1 p
21	A = 2 p
22	C = 2 p
23	B = 1 p
24	D = 2 p
25	A = 2 p

TABLA N° 4
Prueba de hipótesis general

	Valor	gl	Significació n asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,985 ^a	4	0,000
Razón de verosimilitud	61,883	4	0,000
Asociación lineal por lineal	46,386	1	0,000
N de casos válidos	123		

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

FUENTE: Instrumento aplicado a las madres que acuden al Centro de Salud Santa Ana Huancavelica-2018.

ANEXO 06
TABLA N°2

Niveles de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria en los niños menores de 2 años-Centro de Salud Santa Ana Huancavelica 2018

Niveles	fi	%
Bajo	63	51,22
Medio	44	35,77
Alto	16	13,01
Total	123	100,00

TABLA N°3

Estado nutricional de los niños menores de 2 años que acuden al Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica 2018

Estado nutricional	fi	%
Desnutrición	85	69,11
Obesidad	6	4,88
Normal	32	26,02
Total	123	100,00

TABLA N°4

Niveles de conocimiento de la madre sobre Alimentación complementaria y Estado nutricional del niño menor de 2 años- Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica 2018 según Sexo

Niveles de conocimiento	Estado nutricional			Total
	Desnutrición	Obesidad	Normal	
Bajo	61	0	2	63
Medio	20	6	18	44
Alto	4	0	12	16
Total	85	6	32	123

TABLA N° 5

Edad de las madres de los niños menores de 2 años que acuden al Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica 2018

Edad	fi	%
De 17 a 22 años	26	21,14
De 23 a 28 años	49	39,84
De 29 a 34 años	38	30,89
De 35 a 42 años	10	8,13
Total	123	100,00

TABLA N°6

Procedencia de las madres de los niños menores de 2 años que acuden al Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica 2018

Procedencia	fi	%
Costa	4	3,25
Sierra	110	89,43
Selva	9	7,32
Total	123	100,00

TABLA N°7

Grado de instrucción de las madres de los niños menores de 2 años que acuden al Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica 2018

Grado de instrucción	fi	%
Primaria	12	9,76
Secundaria	68	55,28
Superior	43	34,96
Total	123	100,00

TABLA N°8

Ocupación de las madres de los niños menores de 2 años que Acuden al Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica 2018

Ocupación	fi	%
Empleada	26	21,14
Ama de casa	75	60,97
Independiente	22	17,89
Total	123	100,00

TABLA N°9

Estado civil de las madres de los niños menores de 2 años que acuden al Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica 2018

Estado civil	fi	%
Soltera	23	18,70
Casada	29	23,58
Conviviente	71	57,72
Total	123	100,00

TABLA N°15

*Sexo de los niños menores de 2 años que acuden al Centro de
Salud Santa Ana de Huancavelica 2018*

Sexo	fi	%
Masculino	67	54,47
Femenino	56	45,53
Total	123	100,00