

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 11 MESES EN EL C.S I-4
CATACAOS PIURA, ENERO - MARZO 2017**

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

AUTORES:

DELIA MARGOT ORTIZ DURAN

DEYSI SUSANA RAMIREZ SUAREZ

DORIS VIOLETA ZEGARRA ARISMENDIZ

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Foufouval".

Callao, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Mg. Noemí Zuta Arriola PRESIDENTA
- Dra. Ana Elvira López y Rojas SECRETARIA
- Dra. Agustina Pilar Moreno Obregón MIEMBRO

ASESORA: Mg. Rosario Miraval Contreras

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 166-2017

Fecha de Aprobación de tesis: 28 de Agosto del 2017

Resolución de Decanato N° 1952-2017-D/FCS de fecha 23 de Agosto del 2017, donde se designa jurado examinador de tesis para la obtención del título de segunda especialidad profesional.

DEDICATORIA

DELIA MARGOT ORTIZ DURAN

A mis padres Ronaldo y Emperatriz pilares fundamentales en mi vida,
A mis hermanos Ronald, Perla y Nicolás por ser mi motivación,
A mi amor Luis por su apoyo incondicional, cariño y comprensión,
A mi sobrino Leo Ronaldo mi pedacito de cielo, mi gran inspiración.

DEYSI SUSANA RAMIREZ SUAREZ

A mi mamá Mercedes por darme la vida y creer en mí,
A mi esposo Luis y
A mi hijo Jairo con mucho amor y cariño.

DORIS VIOLETA ZEGARRA ARISMENDIZ

A mi madre principal cimiento para mi vida profesional,
A mis hijas que son mi fuente de inspiración.

AGRADECIMIENTO

A Dios por su infinita bondad y amor por ser nuestra guía y fortaleza para concluir nuestro trabajo.

A nuestros padres porque creyeron en nosotros dándonos dignos ejemplos de superación e impulsarnos a cumplir nuestras meta.

A nuestras parejas por confiar en nosotros y de quienes hemos recibido su amor, cariño, apoyo y comprensión.

A nuestros hijos quienes nos despiertan el deseo de superación.

A nuestros maestros que confiaron en nosotros para cumplir nuestra meta.

A la vida por este nuevo triunfo en nuestra vida profesional.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.1 Identificación del problema	6
1.2 Formulación del problema	8
1.3 Objetivos de la Investigación	9
1.3.1 Objetivo General	9
1.3.2. Objetivos Específicos	9
1.4 Justificación	9
II. MARCO TEÓRICO	15
2.1 Antecedentes	15
2.2 Marco conceptual	18
2.3 Definición de términos	29
III: VARIABLES E HIPÓTESIS	30
3.1. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	30
Variable Dependiente	30
Variable Independiente	30
3.2 Operacionalización de las variables	31
3.3. HIPÓTESIS	32
3.3.1 Hipótesis general	32
3.3.2. Hipótesis específicas	32
IV. METODOLOGÍA	33
4.1. Tipo de investigación	33
4.2. Diseño de la investigación	33
4.3 Población muestral	33
4.4 Unidad de análisis	34
4.5 Técnicas de recolección de datos	34
4.6Técnicas de análisis de datos	36

V. RESULTADOS	37
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	42
VII. CONCLUSIONES	44
VIII. RECOMENDACIONES	45
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	50
ANEXO N°1: Matriz de consistência	51
ANEXO N°2: Consentimento informado	52
ANEXO N°3: Cuestionario	53

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA N° 5.1.	Distribución por sexo de los niños	37
TABLA N° 5.2.	Distribución por edades de los niños	38
TABLA N° 5.3	Conocimiento de las madres sobre alimentación Complementaria del lactante de 6 a 11 meses de edad.	39
TABLA N° 5.4	Conocimiento de las madres de niños de 6 a 8 meses según indicadores de las características de la alimentación complementaria	40
TABLA N° 5.5	Conocimiento de las madres de niños de 9 a 11 meses según indicadores de las características de la alimentación complementaria	41

RESUMEN

Objetivo: Determinar el conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 11 meses que acuden al C.S I-4. Catacaos

Metodología: Es cualitativo, descriptivo, corte transversal. La población, constituida por 100 madres de niños de seis a 11 meses la muestra 80 madres de niños/niñas.

Resultados: El mayor porcentaje correspondió al sexo femenino con 56.3% y el masculino con 43.7%.El grupo de edad predominante fue de 9 a 11 meses con 52.5%. Los conocimientos maternos en alimentación complementaria, se encuentran que el 66,3% de madres tienen alto conocimiento; el 31,2%, regular y el 2,5% por ciento bajo.

Conclusiones: El conocimiento alto de las madres de los niños de 9 a 11 meses, según los indicadores de las características de la alimentación complementaria, corresponde a la Frecuencia en el consumo de alimentos, con 11.1%, el Inicio de la alimentación complementaria 11.8%. Se Resalta las características más importantes de la población en estudio tenía entre 21 a 30 años, en mayor porcentaje (71.25%, sumados ambos rangos de edades). El mayor porcentaje es de la Costa, con 81.25%.El nivel de instrucción, secundaria y primaria (40% y 31.25%, respectivamente). La ocupación, el 48.75% trabaja en forma dependiente, pero el 27.5% no trabaja fuera del hogar.

Palabras claves: conocimiento, alimentación complementaria

ABSTRACT

Objective: To determine the mothers' knowledge about complementary feeding in children aged 6 to 11 months attending C.S I-4. Catacaos

Methodology: It is qualitative, descriptive, cross-sectional. The population, made up of 100 mothers of children aged six to 11 months, shows 80 mothers of children.

Results: The highest percentage corresponded to the female sex with 56.3% and the male with 43.7%. The predominant age group was 9 to 11 months with 52.5%. The maternal knowledge in complementary feeding, it is found that 66.3% of mothers have high knowledge; 31.2%, regular and 2.5% lower.

Conclusions: The high knowledge of the mothers of children from 9 to 11 months, according to the indicators of the characteristics of complementary feeding, corresponds to the Frequency in food consumption, with 11.1%, Start of complementary feeding 11.8% . The most important characteristics of the study population were between 21 and 30 years old, in a higher percentage (71.25%, adding both age ranges). The highest percentage is from the Coast, with 81.25%. The level of education, secondary and primary (40% and 31.25%, respectively). Occupation, 48.75% work in a dependent manner, but 27.5% do not work outside the home.

Key words: knowledge, complementary feeding

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Determinación del problema:

Cuando la lactancia natural ya no basta para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, es preciso añadir otros alimentos a su dieta. La alimentación complementaria cubre el periodo que va de los 6 a los 11 meses de edad, intervalo en el que el niño es muy vulnerable de adquirir enfermedades y su sistema inmunitario necesita refuerzos. Es entonces cuando muchos lactantes empiezan a sufrir de malnutrición y a engrosar la elevada cifra de menores de cinco años mal nutridos que hay en el mundo¹.

Las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria están muy difundidas, a nivel mundial, se ha estimado que solamente el 34.8% de lactantes reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida; la mayoría recibe algún otro tipo de alimento o líquido en los primeros meses. Los alimentos complementarios frecuentemente son introducidos demasiado temprano o demasiado tarde y son, en general, nutricionalmente inadecuados e inseguros².

Según la Organización de la Alimentación y la Agricultura (FAO)³, en el 2015 América Latina ha dado un enorme paso hacia la erradicación del hambre al reducir tanto su porcentaje como número total de personas subalimentadas a menos de la mitad, en América del Sur se logró reducir la subalimentación en más del 75%, la prevalencia en América Central disminuyó en un 38,2%. aun así, a pesar de las mejoras globales, seis países continúan superando el 20% de población desnutrida: Guatemala con un 48% lidera la lista, seguida por Ecuador (29%), Nicaragua (28%), Bolivia (27%), Honduras (23%) y El Salvador (21%), por otro lado el objetivo de reducción del hambre se cumplió en Argentina, Brasil, Chile, Guyana, Nicaragua, Perú, Venezuela, Uruguay, Bolivia, Panamá y Surinam.

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴, demuestran que entre 3 y 5 millones de niños menores de 5 años mueren por año en el mundo por causas asociadas a la desnutrición. La desnutrición infantil, más allá de ser una condición patológica, corresponde a un problema de Salud Pública y es la principal causa de muertes de lactantes y niños pequeños³

Alrededor de 178 millones de niños tienen una estatura baja para la edad según los patrones de crecimiento infantil y el retraso del crecimiento es un indicador básico de la malnutrición crónica. Cuando el crecimiento se ralentiza, el desarrollo cerebral se rezaga, por lo que los niños con retraso del crecimiento tienen más probabilidades de presentar problemas de aprendizaje las mayores tasas de retraso del crecimiento infantil se dan en África y Asia. La malnutrición ha sido la causa, directa o indirectamente, del 60% de los 10,9 millones de defunciones registradas cada año entre los niños menores de cinco años⁵

Según el informe de los Objetivos del Desarrollo del Milenio 2015, en la actualidad, la tasa mundial de mortalidad de niños menores de 5 años ha disminuido en más de la mitad, reduciéndose de 90 a 43 muertes por cada 1000 niños nacidos vivos entre 1990 y 2015, a pesar del crecimiento de la población en las regiones en desarrollo, la cantidad de muertes de niños menores de 5 años se ha reducido de 12,7 millones en 1990 a casi 6 millones en 2015 a nivel mundial⁶

La organización Panamericana de la Salud (OPS)⁷, define a la alimentación complementaria como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna, por otro lado la organización Mundial de la Salud (OMS)⁸, manifiesta que, la transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para

muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. En el Perú, el crecimiento económico en los últimos años viene reflejándose en una reducción sostenida de la pobreza. Según el Ministerio de Salud (MINSa), indicó que este mal sigue disminuyendo con el paso de los años. El primer semestre del 2014 indica que el índice de desnutrición crónica infantil ya está en 14.1%, según cifras de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), los cuales son resultados preliminares y positivos, el cual es el resultado de un trabajo multisectorial en diferentes sectores, entre ellos los ministerios de Salud (MINSa), de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), así como de Vivienda, Construcción y Saneamiento (MVCS) (9). A nivel departamental según el ENDES 2014, los departamentos con mayores índices de desnutrición crónica en niños menores de 5 años son: Huancavelica (36,0%), Cajamarca (32,2%), Amazonas (30,8%) Apurímac (27,3%), Ucayali (26,1), Huánuco (24,8%), y mientras en Lima se registra un (4,6%). dando como conclusión que la zona rural con (61,7%) presenta grandes problemas a nivel nutricional de los niños mientras que la zona y urbana (48,6 %)⁹.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es el conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria en niños de 6 meses a 11 meses que acuden al C.S I 4 Catacaos, Enero a Marzo 2017?

Problemas específicos

¿Cuál es el conocimiento de las madres de niños de 6 a 8 meses según dimensiones características de la alimentación complementaria?

¿Cuál es el conocimiento de las madres de niños de 9 a 11 meses según dimensiones características de la alimentación complementaria?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General:

Determinar el conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 11 meses que acuden al C.S I-4. Catacaos.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar el conocimiento de las madres de niños de 6 a 8 meses según indicadores de las características de la alimentación complementaria.
- Identificar el conocimiento de las madres de niños de 9 a 11 meses según indicadores de las características de la alimentación complementaria.

1.4. Justificación del problema

Este trabajo de investigación se justifica por la preocupante tasa de mortalidad infantil siendo una de las causas la desnutrición crónica y la incidencia de anemia en niños menores de 2 años.

A partir de los seis meses de edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios alrededor de los seis meses o si son administrados de forma inadecuada, el crecimiento del niño puede verse afectado. La

desnutrición infantil es el resultado del consumo insuficiente de alimentos balanceados que contengan los micronutrientes necesarios

La desnutrición crónica durante los dos primeros años de vida causa un daño irreparable al impedir el crecimiento físico, y si existe un rápido aumento de peso subsiguiente entre los tres y cinco años, aumenta el riesgo de enfermedades crónicas en el futuro. La ceguera (vitamina A), el deterioro neurológico, la reducción de la función inmune (deficiencia de hierro), el retraso del crecimiento y la susceptibilidad a la infección (deficiencia de zinc)¹⁰. En 2008, la revista especializada en medicina y salud The Lancet publicó un informe denominado "The Lancet: la serie sobre desnutrición materno infantil". En este trabajo, que resume décadas de estudio sobre la desnutrición infantil crónica, se afirma que esta afecta a las futuras generaciones, pues el estado de nutrición de una madre puede afectar la salud de sus futuros nietos. Afecciones tales como el Retardo en el Crecimiento Intrauterino - RCIU, el retardo del crecimiento.

Existen estudios de investigación contundentes que indican que los niños pequeños que están desnutridos y aumentan de peso rápidamente en la niñez (por ejemplo, sometiéndose a los programas de suplementación alimentaria preescolar o escolar), corren más riesgo de contraer enfermedades crónicas en la edad adulta¹¹.

En nuestro País a pesar de haberse implementado una serie de programas para combatirlo, siendo el problema más acentuado en las poblaciones de las regiones con mayor índice de pobreza. La tasa de desnutrición crónica infantil (DCI) en el promedio nacional, también se ha reducido de 31% en el año 2000 a 18.1% en el año 2012, según resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES, sin embargo aún mantiene valores altos en zonas rurales y de mayor pobreza¹².

El Gobierno del Perú ha declarado la lucha contra la DCI como una prioridad nacional y ha fijado la meta de reducirla a 10% al año 2016. Para lograrlo, se necesita unificar esfuerzos desde los diferentes sectores y niveles de gobierno, así como la participación de todos los actores sociales. Con este objetivo, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social ha hecho estimaciones por cada región¹³ de la meta. En el periodo 2007 - 2012 Piura viene experimentando una disminución sostenida de su DCI en 8 puntos porcentuales. Según estimaciones del MIDIS, Piura debería alcanzar la meta regional de reducción de la DCI a 14% al año 2016.

Piura, si bien es cierto en el año 2015 ha tenido una significativa disminución de anemia del 43.9% al 35.9%, continuamos con una alta tasa de Anemia. (ENDES 2015) Referente a la Desnutrición Crónica Infantil se tiene que en el año 2014 presentábamos una tasa en el año de 23.7% en el año 2015 bajamos al 20.3%. (ENDES 2015). La primera infancia ha ido ganando cada vez mayor presencia en las políticas públicas a lo largo de los últimos veinte años, coincidiendo con la adopción y entrada en vigor de la Convención Internacional de los Derechos del Niño. Además, la Constitución Política del Perú y el Código de los Niños y Adolescentes (Ley 27337) reconocen el interés superior del niño y el respeto a sus derechos, y establecen un marco legal que da sustento a las diversas normas e intervenciones públicas por la primera infancia, así como a una creciente inversión en torno a ella. Por lo tanto, teniendo como marco general la Acción Integral por la Primera Infancia, se debe dar la prioridad necesaria al grave problema de la desnutrición infantil crónica. Este problema radica a la falta de conocimientos e información por parte de las madres para poder brindar una alimentación adecuada a los lactantes. Es un tema de interés porque se podrá aportar a la profesión de enfermería, Los profesionales del área de la salud deben estar capacitados para brindar información eficaz sobre la alimentación, y sus servicios deben extenderse a la

comunidad. Por lo expuestos podemos evidenciar que existen algunos estudios relacionados al tema, cuyos resultados permitieron tener una visión más amplia para valorar lo imprescindible que es la alimentación complementaria en el desarrollo del niño, por lo cual se considera importante realizar el presente estudio a fin de que permita formular estrategias orientadas a promover en las madres la adopción de una cultura preventiva e incrementar los conocimientos y prácticas sobre la alimentación complementaria a fin de contribuir en la calidad de vida del niño disminuyendo el riesgo a enfermedades carenciales. En este marco de referencia, las investigaciones respecto de los determinantes del estado nutricional infantil se tornan relevantes, toda vez que constituyen una herramienta necesaria para la formulación de programas de asistencia nutricional, mecanismos imprescindibles en el objetivo de reducir la desnutrición y anemia en el país. De esta manera, el presente estudio busca precisar los principales determinantes de la desnutrición infantil y, sobre la base de los resultados obtenidos, pretende establecer las pautas para mejorar la estrategia del gasto social de forma que sea eficiente, equitativo y efectivo en la reducción de los niveles de desnutrición de la población vulnerable.

En el marco de la implementación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, se ha previsto que el Ejecutivo aplicará medidas drásticas para enfrentar la desnutrición crónica en los niños, remarcando que una agenda social que no enfatice sus acciones a favor de la niñez y adolescencia es incompleta, orientada a que las generaciones futuras encuentren las herramientas suficientes para forjar sus propias destrezas y capacidades (Presidencia del Consejo de Ministros, 2014). Otro compromiso del Poder Ejecutivo, de cara al 2021 es lograr eliminar totalmente la pobreza extrema, por ello es necesario invertir en la niñez y adolescencia para romper de manera sostenible el ciclo de pobreza y violencia, haciendo más factible los esfuerzos hacia el desarrollo humano (Presidencia del Consejo de Ministros, 2014).

Aspecto social

El conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria en niños de 6 meses a 11 meses, influye en la utilización de los servicios y en el grado de calidad de la atención de enfermería, conformidad con los tratamientos y consejos médicos y ambos aspectos influyen directamente sobre los resultados terapéuticos y el estado de salud⁵.

La calidad de la alimentación complementaria es un tema poco estudiado en la localidad de Piura, ni los encargados de la gestión, ni los mismos profesionales de salud, le han puesto mucho interés a este tema; sin embargo la competencia y las exigencias de las madres sobre este tipo de alimentación son cada vez más altos, hacen indispensables reorientar los esfuerzos para conocer el nivel que poseen las madres de la calidad de la información que brindan las instituciones de salud encargadas de brindar información de la alimentación a las madres, teniendo en cuenta que la localidad de Piura es rico en diversidad de alimentos, más visitado a nivel nacional, en donde la demanda de atención está basado principalmente por la ofrecida en el ministerio de salud.

Aspecto teórico Práctico

Las madres no siempre son conocidas por los profesionales de los hospitales. En general las madres han evolucionado en sus preferencias, expectativas y demandas. Sin embargo, no siempre los centros y equipos de salud conocen y reaccionan frente a estas demandas, descuidando brindar la información oportuna y seria.

Aspecto legal

El protagonismo de las madres en la atención de salud y el deseo de participar más activamente es cada vez mayor.

La oportunidad de atención es un compromiso de todo profesional, considerado como un indicador que brindan las entidades de servicios de salud. De ahí que es importante que el profesional como parte del equipo de salud despliega todas las funciones para lo cual fue capacitado demostrando competencia en las relaciones interpersonales y entorno, la cual debe ser oportuna, continua, dinámica y libre de riesgo; contribuyendo de esta manera a mejorar el conocimiento que brinda a la usuaria del servicio de maternidad.

El Marco Legal de la presente investigación se presenta a continuación:

- Constitución Política del Perú.
- Ley General de Salud N° 26842.
- Ley N° 27604 que modifica los artículos N° 3 y N° 39 de la Ley N° 26842.
- Decreto Legislativo N° 559 Ley del Trabajo Médico.
- D.S. N° 024-2001-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley del Trabajo Médico.
- D.S. N° 016-2002-SA que reglamenta la Ley N° 27604
- R.M. N° 769-2004-MINSA. Categorías de establecimientos del Sector Salud.
- R.M. N° 751-2004-MINSA Sistema de Referencia y Contra referencia de los-Establecimientos del Ministerio de Salud.
- R.M. N° 776-2004-MINSA. Norma técnica de la Historia Clínica de los establecimientos de salud del sector Público y Privado.
- R.M. N° 768-2004-MINSA. Procedimientos para la elaboración de Planes de Contingencia para Emergencias y Desastres.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:

2.1.1 Antecedentes Internacionales

ESCOBAR, en el trabajo de investigación cuyo, Título: "Relación de los conocimientos actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas que acuden a consulta externa de pediatría en el Hospital de IESS de Latacunga- Ecuador en el periodo Junio- Setiembre del 2013. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños y niñas de 1 a 2 años. El enfoque de la investigación fue de tipo cualitativo-observacional analítico y transversal. Los principales resultados se obtuvo una asociación entre el nivel de prácticas de las madres con el nivel de conocimientos que poseen sobre este tema, sin ser este el único determinante, ya que las creencias ancestrales y culturales que existen al respecto juegan un papel importante. La repercusión en el estado nutricional es evidente, siendo el estado nutricional normal y de desnutrición evidenciados en niños y niñas de madres con nivel de conocimientos medio y bajo; y niños con sobrepeso en madres con conocimiento alto. Las prácticas poco favorables se evidencian en todos los estados nutricionales¹⁵

2.1.2 Antecedentes Nacionales

PISCOCHE, en el trabajo de investigación titulado "Conocimiento de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, Lima 2011" El presente estudio tiene como objetivo determinar los conocimientos de los padres

de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores .El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 padres, obtenida por muestreo no probabilístico. El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue el cuestionario y como técnica la entrevista tipo encuesta.

Los resultados mostraron que la mayoría de los padres tienen conocimientos generales sobre alimentación complementaria siendo estos 20(66,7%), sin embargo en cuanto a las características un porcentaje significativo de padres desconocen sobre la cantidad y frecuencia de alimentos que se debe brindar al niño según su edad; por tanto se debe hacer énfasis en la educación sobre las características para garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo¹⁶

TERRONES, en el trabajo de investigación cuyo, Título:” Nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Micaela Bastidas”, Lima- Febrero 2013.

Objetivo: determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses centro de salud Micaela Bastidas. Metodología: enfoque cuantitativo, diseño descriptivo y de corte trasversal, muestra probabilística de 100 madres, bajo ciertos criterios. Se usó un cuestionario de 20 preguntas con respuestas tricotómicas previa validez y confiabilidad; se tuvo en cuenta los principios de ética para investigaciones en salud. Resultados: 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.

Conclusiones: 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 básico¹⁷

OROZCO. En el presente trabajo de investigación titulado “Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Materno Infantil Villa María del Triunfo. Lima 2015” el estudio tuvo como Objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que acuden al Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2015. El Diseño de estudio fue descriptivo - transversal correlacionar. Se trabajó con una muestra de 94 madres con niños de 6 a 12 meses que se obtuvo del universo constituido por 180 madres con niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo. Para la recolección de datos se aplicó dos instrumentos un cuestionario sobre conocimiento materno y las tablas de valoración nutricional antropométrica, los datos fueron procesados y analizados en el programa SPSS versión 21. Los Resultados fueron que el 55,3% de madres tuvieron un nivel medio de conocimientos sobre alimentación complementaria, por otro lado el 60,6 % de niños presentaron un estado nutricional normal o eutrófico. La Conclusión de la investigación fue que existe relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que acuden al Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo. Con una significancia $p < 0,01$, aplicando chi – cuadrado¹⁸.

2.1.3 Antecedentes Locales

CACHAY. Con el trabajo de investigación. Título: “Nivel de conocimiento y practica sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED del establecimiento de salud I 3 La Arena- Piura Enero 2015. Cuyo objetivofue determinar el nivel de conocimiento y practica de las madres sobre alimentación complementaria. Método de tipo cualitativo, de diseño descriptivo de corte transversal; Conclusiones: El 63.5% (54) de madres encuestadas tienen un nivel de conocimiento medio y el 70.6%(60) tienen practicas inadecuadas sobre alimentación complementaria¹⁹.

2.2.- MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. BASES TEÓRICAS

Una de las teorías de enfermería que se encuentra relacionada al tema es la de Nola Pender, llamada “Modelo de Promoción de la Salud.

La Promoción de la salud Consiste en empoderar a las personas de su cuidado y ejercer un mayor control sobre la misma. Es un proceso social y político que fortalece habilidades y conocimientos de las personas en el cuidado de su salud, dirigida a cambiar y actuar sobre los determinantes de la salud²⁰.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. “Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería;

según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud.

La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud²¹.

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

1. Las características y experiencias individuales.
2. La Consideramos que el modelo de promoción de salud de Nola es una meta teoría, ya que para la realización de este modelo ella se inspiró en la Teoría de acción razonada de Martin Fishbein y la Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura.

El Conocimiento

El conocimiento suele entenderse como hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.

Salazar Bondy lo define como: El acto y contenido. Dice que el conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho u objeto; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no

físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer, al producto de la operación mental de conocer, este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como: conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico.¹⁶

Mario Bunge: El conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados e inexactos, en base a ello se tipifica al conocimiento en: conocimiento científico y conocimiento vulgar. El primero lo identifica como un contenido racional, analítico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia, y al conocimiento vulgar como un conocimiento vago, inexacto limitado a la observación. Para que el ser humano ponga en práctica los conocimientos sea científico o vulgar es necesario hacer uso los sentidos; la experiencia presenta una serie de problemas propios sobre su naturaleza. Sin embargo no cabe duda de su experiencia en la adquisición de conocimientos. Cuando Mario Bunge nos habla del conocimiento científico, nos dice que una de sus características tiene la facultad de ser verificable en la experiencia y que solo ella puede decirnos si una hipótesis relativa a cierto grupo de hechos materiales es adecuada o no. Agrega a la experiencia que le ha enseñado a la humanidad el conocimiento de un hecho convencional, que busca la comprensión el control de los hechos a compartirse con la experiencia¹⁷

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los tiempos de la vida u establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir, las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad. Es la transición que se produce de una dieta basada en la leche materna (o algún sustituto de la misma) hacia la incorporación total del niño a la mesa familiar. Es recomendable que el proceso no se inicie

antes del 6to mes de vida, y el mismo se extiende aproximadamente hasta el final del primer año. La alimentación complementaria comprende todos aquellos alimentos distintos a la leche o fórmula que integran la dieta del niño desde los cuatro o seis meses de vida, tales como cereales, frutas, verduras, carnes, etc²². La leche o fórmula debe seguir suministrándose en cantidades no inferiores a medio litro diario para asegurar una ingesta adecuada de calcio (500 mg. por día) que permita la correcta mineralización del esqueleto²³. La alimentación complementaria no debe contener gluten hasta que el lactante haya cumplido por lo menos seis meses. Entre cada alimento nuevo que se incluye, debe pasar un intervalo de tiempo aproximado de una semana, para así poder valorar la tolerancia del niño frente al mismo. Debe ofrecerse agua entre las comidas y después de las mismas, sobre todo si hay fiebre o en días calurosos. No es aconsejable añadir sal a las comidas durante el primer año de vida. No se debe introducir ningún alimento sin el consejo de su consejero¹².

REQUISITOS DE UNA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Los lactantes son particularmente vulnerables durante el periodo de transición en el que comienza la *alimentación complementaria*. Por lo tanto, para asegurarse de que se satisfacen sus necesidades nutricionales, los alimentos complementarios tienen que cumplir los requisitos siguientes:

Oportuno, es decir, se deben introducir cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural exclusiva y frecuente.

Adecuado, es decir, deben proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento.

Inocuo, es decir, se deben preparar y almacenar de forma higiénica y hay que darlos con las manos limpias, utilizando utensilios limpios, y no biberones y tetinas.

Darse de forma adecuada, es decir, se deben dar atendiendo a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las comidas y el método de alimentación (alentar activamente al niño a que, incluso cuando está enfermo, consuma alimentos suficientes utilizando los dedos, una cuchara o alimentándose por sí mismo) deben ser adecuados para su edad.

La Suplementación de Micronutrientes

Los requerimientos nutricionales de cada individuo dependen en gran parte de sus características genéticas y metabólicas particulares. Sin embargo en forma general se puede considerar que los niños requieren los nutrientes necesarios para alcanzar un crecimiento satisfactorio, evitar estados de deficiencia y tener reservas adecuadas para situaciones de estrés. Una nutrición adecuada permite al niño alcanzar su potencial de desarrollo físico y mental.

Aunque se han determinado las recomendaciones diarias de un gran número de nutrientes, solamente una dieta variada puede proveer los nutrientes esenciales durante un periodo prolongado de tiempo. La excepción a esta regla es la leche materna para los niños de 0 a 6 meses ya que por sí sola provee todo lo necesario. La alimentación durante este periodo de edad no será tratada con detenimiento en este capítulo ya que será motivo de otra lección. Algunos alimentos deben incluirse diariamente en la dieta. Otros que pueden almacenarse en el cuerpo pueden ser ingeridos en forma intermitente

Requerimientos Nutricionales

Es la cantidad de energía y nutrientes biodisponibles en los alimentos que un individuo saludable debe comer para cubrir todas sus necesidades fisiológicas. Al decir biodisponible se entiende que los nutrientes son digeridos, absorbidos y utilizados por el organismo. Los requerimientos nutricionales son valores fisiológicos individuales. Recomendaciones nutricionales son las cantidades de energía y nutrientes que deben contener

los alimentos para cubrir los requerimientos de casi todos los individuos saludables de una población. Se basan en los requerimientos, corregidos por biodisponibilidad, a lo que se añade una cantidad para compensar la variabilidad individual y un margen de seguridad²⁶.

El organismo infantil necesita, para funcionar correctamente, cinco

NUTRIENTES ESENCIALES:

PROTEINAS

Son sustancias indispensables para la formación y el desarrollo del organismo, así como para la regeneración de los tejidos. Se encuentran en los alimentos de origen animal (carne, pescado, huevos, leche y sus derivados), y en los de origen vegetal (guisantes, judías, lentejas, etc.). Deben suponer, aproximadamente, un 12 por ciento del consumo energético diario del niño.

HIDRATOS DE CARBONO

Constituyen la principal fuente de energía del organismo. Se dividen en simples y complejos: los primeros actúan de forma inmediata, reponiendo rápidamente la carga energética (azúcar, miel, leche y fruta); los segundos proporcionan energía a más largo plazo (cereales, patatas, legumbres, castañas, etc.). Su aporte debe ser muy importante, un 60 por ciento (10 por ciento, simples y 50 por ciento, complejos) de la necesidad energética diaria.

VITAMINAS

Sirven para regular y coordinar la actividad de todas las células. La vitamina A es necesaria para la visión, la piel, el crecimiento y la circulación. La vitamina C ayuda a potenciar las defensas del organismo, y las del grupo B son muy valiosas para el sistema nervioso. Las vitaminas se hallan presentes en casi todos los grupos de alimentos: el pescado, la carne y los

huevos son ricos en vitaminas del grupo B, D, K y PP; la leche y sus derivados y los vegetales, en vitaminas A y B2; los cereales y los frutos secos contienen vitaminas del grupo B1 y PP; y las frutas y las verduras presentan vitaminas A y C.

SALES MINERALES

Son elementos fundamentales para el organismo por múltiples funciones: el calcio (lácteos, verduras y legumbres), el fósforo (lácteos, pescados y frutos secos) y el flúor (pescado) sirven para la construcción de los huesos y los dientes; el hierro (carne, huevos, legumbres y verduras) forma los glóbulos rojos de la sangre; el sodio y el potasio (carnes, cereales, verduras y frutas) son beneficiosos para el sistema nervioso, el corazón y los músculos.

GRASAS

Son los nutrientes energéticos por excelencia. Participan en la formación del sistema nervioso y de las membranas celulares del cerebro y, además, son indispensables para que el organismo pueda absorber algunas vitaminas (A, D, E y K). Se dividen en dos grupos: grasas saturadas (de origen animal), que se encuentran en la mantequilla, la nata, la carne roja, el queso y el embutido; y grasas no saturadas (de origen vegetal), presentes en el aceite de oliva, algunas carnes blancas y ciertos pescados.

Deben representar alrededor del 25-30 por ciento del consumo energético diario (20 por ciento, grasas no saturadas y 10 por ciento, saturadas).

La **alimentación del lactante** pasa por tres periodos: **período de lactancia exclusiva** que abarca desde el nacimiento hasta los 4-6 primeros meses de vida siendo el único alimento la leche materna o la fórmula de inicio, **el período de transición o de alimentación complementaria** que comprende desde los 4-6 meses hasta los 12 meses en el que se introducen

paulatinamente diversos alimentos, y por último, **el período de adulto modificado**, cuando el niño adopta una alimentación progresivamente muy parecida a la de los adultos.

CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN EN EL LACTANTE DE 06 A 11 MESES.

1- CANTIDAD

A los 6 meses se empezará con dos comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a tres comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 y 11 meses, además de las tres comidas principales deberán recibir una entre comida adicional y su leche materna.

2- FRECUENCIA

A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas (1/4 taza) de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará de 3 a 5 cucharadas (1/2 taza) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará de 5 a 7 cucharadas (3/4 taza) tres veces al día, más una entre comida adicional; y finalmente; entre los 12 y 24 meses de 7 a 10 cucharadas (1 taza), tres veces al día, más dos comidas adicionales.

3- CONSISTENCIA Y TEXTURA

Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, gaseosas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio las preparaciones espesas como purés y mazamorras, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción

para satisfacer las nutricionales del niño. Las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas (menestras), alimentos de origen animal como tubérculos, verduras, lácteos (derivados) y frutas.

A los seis meses, se iniciara con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamoras o purés; entre los 7 y 8 meses se tendrá hacia los alimentos triturados bajo las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirá los alimentos picados; y finalmente; entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar⁹

PRIORIZACIÓN DE ALIMENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE ANEMIA

Se debe promover el consumo diario de alimentos de origen animal ricos en hierro como hígado, bazo, corazón, carnes rojas, pescado, cuy u otras vísceras de color rojo. Hígado de pollo, sangrecita, riñón, pescado, bazo, hígado de res y carne¹⁰

FISIOLOGÍA DEL NIÑO MAYOR DE 6 MESES

Alrededor de los 6 meses, la leche materna puede no cubrir las necesidades de energía y de algunos nutrientes en su totalidad para la mayoría de los lactantes, quienes, por otra parte, han alcanzado a esta edad un grado de maduración suficiente y están preparados para la introducción de otros alimentos:

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

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

- **Desarrollo psicomotor:** 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 inmunorespuesta, y los factores específicos tolerogénicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas.

RIESGOS DE UNA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA INADECUADA

❖ ANTES DE LOS 6 MESES

La alimentación complementaria o la introducción de otros alimentos diferentes a la leche materna antes de los 6 meses es innecesaria y podría representar grandes riesgos para el estado nutricional y la salud del lactante (OMS.1998), como:

- ✓ Disminución de la ingestión de leche materna y desplazamiento de la alimentación al pecho por alimentos menos nutritivos que aún no requiere el lactante, lo cual puede ocasionar desnutrición
- ✓ Disminución de producción de leche materna en la madre.²¹
- ✓ Deficiente digestión y absorción de nutrientes y diarrea. - "Alimentación forzada" debido a que el lactante, por su inmadurez neuromuscular, es incapaz de demostrar saciedad, llevando a la obesidad.
- ✓ Sobrealimentación. - Alergias alimentarias y diabetes mellitus insulina - dependiente (Tipo 1) en lactantes susceptibles.
- ✓ Inmadurez neuromuscular: conllevando a problemas de deglución, aspiración con tos y ahogamiento.
- ✓ Deshidratación.
- ✓ Mayor riesgo de caries dental.
- ✓ A largo plazo hábitos alimentarios indeseables, contaminación de los alimentos complementarios, que aumenta el riesgo de diarrea y otras enfermedades infecciosas.

❖ **DESPUES DE LOS 6 MESES**

Riesgos de un inicio tardío de la alimentación complementario (Después de los 6 meses):

- ✓ Si la alimentación complementaria empieza después de los 6 meses de edad, el niño no recibirá suficiente nutrientes y alimentos de acuerdo a su requerimiento, el cual puede ser más difícil el periodo de adaptación a nuevas consistencias, texturas y sabores de los alimentos.
- ✓ Insuficiente energía para apoyar a un óptimo crecimiento y desarrollo
- ✓ Dificultad para la aceptación de otros alimentos
- ✓ Aumenta el riesgo de malnutrición
- ✓ Aumenta la deficiencia de micronutrientes, principalmente el hierro.

2.3.- DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Conocimiento.-** El conocimiento suele entenderse como hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad
- **Alimentación complementaria.-** Aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los tiempos de la vida u establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir, las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad

III. VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

3.1.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE: Conocimientos de las madres

El conocimiento suele entenderse como hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.

3.1.2.- VARIABLE DEPENDIENTE: Alimentación complementaria en niños de 6 a 11 meses.

Alimentos que se brindan al niño entre los 6 a 11 meses, además de la lactancia

.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.2.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	Valor
Conocimientos de las madres	El conocimiento suele entenderse como hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.	Nivel de conocimiento	Evaluación del nivel de conocimiento con un cuestionario	Alto Medio Bajo
Alimentación Complementaria en niños de 6 a 11 meses.	Alimentos que se brindan al niño entre los 6 a 11 meses, además de la lactancia	Inicio de la alimentación complementaria.	Edad del niño De 6 meses a 8 meses. -De 9 a 11 meses.	Alto Medio Bajo
		Consistencia de los alimentos	Alimentos espesos, aplastados, Tipo puré. Alimentos picados	Alto Medio Bajo
		Frecuencia en el consumo de alimentos	6 meses: 2 comidas al día y lactancia materna frecuente. 7 y 8 meses: Tres comidas diarias y lactancia materna frecuente. 9 y 11 meses: Tres comidas principales una entre comida adicional y leche materna.	Alto Medio Bajo
		Cantidad de alimentos que debe consumir	6 meses: 2 a 3 cucharadas (1/4 taza) 7 y 8 meses: 3 a 5 cucharadas (1/2) 9 y 11 meses: 5 a 7 cucharadas (3/4 taza) tres veces al día, más dos comidas adicionales.	Alto Medio Bajo

3.3.- HIPOTESIS GENERAL Y ESPECÍFICAS

3.3.1 HIPOTESIS GENERAL

El conocimiento de las madres sobre alimentación Complementaria en niños de 6 a 11 meses que acuden al C.S I-4 Catacaos, es Bajo.

3.3.2 HIPOTESIS ESPECÍFICAS

H1 El conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria de niños de 6 a 8 meses es bajo.

H2 El conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria de niños de 9 a 11 meses, es bajo.

IV.- METODOLOGÍA

4.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de enfoque cuantitativo según la naturaleza del problema y los objetivos planteados; de nivel descriptivo porque se va a describir el conocimiento de las madres de niños de 6 a 11 meses sobre alimentación complementaria, de corte transversal, ya que nos permitió estudiar la variable en un momento dado.

4.2.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio fue un diseño no experimental de corte transversal, cuyo esquema es:



DONDE:

m =Muestra.

O=Observación

X = Conocimiento

4.3.- POBLACIÓN MUESTREAL

4.3.1.-POBLACIÓN: Estuvo constituida por 100 madres de niños de seis a 11 meses que acuden al Centro de Salud de Catacaos de nivel I-4, que acuden a la atención de CRED en el consultorio

4.3.2.- MUESTRA: Se trabajó con 80 madres de niños/niñas de 6 meses a 11 meses de edad, que se atendieron en el Centro de Salud de Catacaos I4 ubicada en Piura, de Enero a Marzo 2017. Se ha utilizado el muestreo aleatorio simple.

Tamaño de la muestra: muestreo probabilístico (población finita)

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

n = tamaño de muestra

N = tamaño de población

Z = valor correspondiente a la distribución de Gauss 1.96 para $\alpha = 0.05$

P = si se desconoce opción desfavorable ($p=0.5$) que aumenta la muestra aplicar

q = probabilidad de fracaso $1-p$ (si $p=50\%$, $q=50\%$)

i = margen de error de 0.05 previsible

Para un nivel de confianza del 95% con población finita

4.3.3.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Madres: De niños de 6 a 11 meses de edad, que por lo menos hubieran tenido 4 atenciones en CRED, que aceptan participar en el estudio.

4.3.4.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Madres: Que por primera vez ingresan a CRED. Madres que no aceptaron participar en el estudio.

4.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis fue la madre con niño entre los 6 a 11 meses de edad.

4.5.- TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.5.1.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento el cuestionario (Anexo A), el mismo que consta de presentación, datos generales, instrucciones y datos específicos sobre el conocimiento, el cual no fue sometido a juicio de expertos, por ser el instrumento ya validado en el estudio: "Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6-11 meses centro de salud Micaela Bastidas Febrero 2013. Tesis".

Antes de la aplicación del cuestionario se obtuvo la aceptación a través del consentimiento informado es decir, se informó y se orientó a cada madre sobre el objetivo del estudio y los beneficios que se obtendrán, el tiempo de

duración y su importancia; para lo cual se realizó de manera personal, tomando un tiempo de 15 a 20 minutos de aplicación por cuestionario.

4.5.2.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario que incluye 20 preguntas relacionadas a la variable en estudio y con una escala de respuestas tricotómica tipo Lickert. Dicho instrumento consta de:

- Presentación
- Instrucciones
- Datos generales de la madre y del niño
- Preguntas y escala de respuestas

El cuestionario consta de dos partes:

a) Datos informativos: Constituido por 2 ítems referidos a la edad, grado de instrucción.

b) Nivel de conocimiento: Constituido por 20 ítems referidos a la edad de inicio, frecuencia, consistencia, cantidad, contenido, medidas de higiene de la alimentación complementaria.

Para la clasificación de cada ITEM se asignó valores numéricos de:

ITEMS: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,11,12,13,15,18,19,20

- Incorrecta = 0 puntos

- Correcta = 2 puntos

ITEMS: 10, 14, 16,17

- Incorrecta = 0 puntos

- Correcta = 2 puntos

Esta escala alcanza una puntuación máxima de 40 puntos y una mínima de 0 puntos. Estableciendo la siguiente escala de calificación:

Nivel de conocimiento	Puntaje
Alto	30– 40 puntos
Regular	15 a 29 puntos.
Bajo	0 a 14 puntos.

4.6.- Técnicas de análisis de datos

Para el plan de análisis estadísticos de datos se aplicó la estadística descriptiva teniendo como parámetros los siguientes valores estadísticos: promedio, media, moda y desviación estándar.

También se utilizó la estadística inferencial para lo cual se aplicó el software estadístico SPSS para el procesamiento de los datos.

Así también se utilizó para la constatación de hipótesis la prueba estadística Chi cuadrado.

V. RESULTADOS

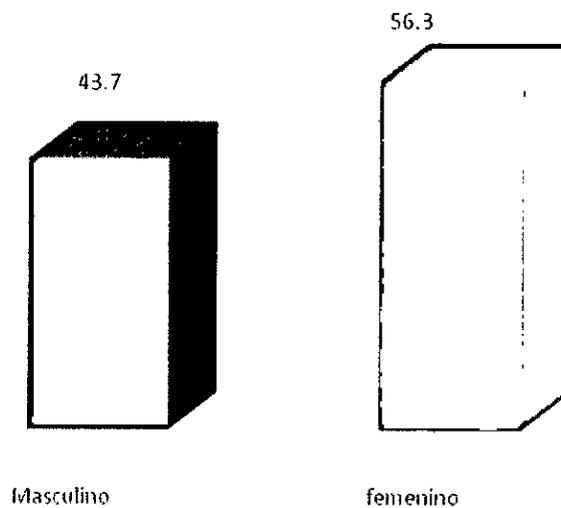
DATOS DE LOS NIÑOS

TABLA N° 5.1. Distribución por sexo de los niños

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	35	43.7
femenino	45	56.3
Total	80	100

Fuente: Instrumento aplicado a las madres

GRÁFICO N° 5.1. Distribución por sexo de los niños



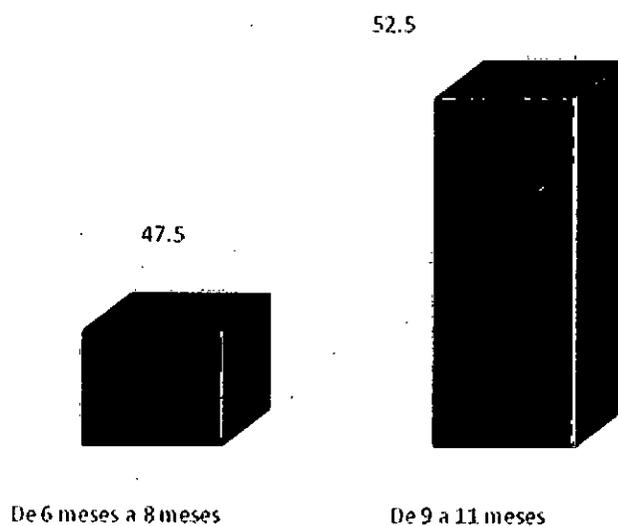
El mayor porcentaje de niños correspondió al sexo femenino con 56.3% y el masculino con 43.7%.

TABLA N° 5.2. Distribución por edades de los niños

Rango de edades	Frecuencia	Porcentaje
De 6 meses a 8 meses	38	47.5
De 9 a 11 meses	42	52.5
Total	80	100

Fuente: Instrumento aplicado a las madres

GRÁFICO N° 5.2. Distribución por edades de los niños



El mayor porcentaje de niños correspondió a la edad de 9 a 11 meses con 52.5%.

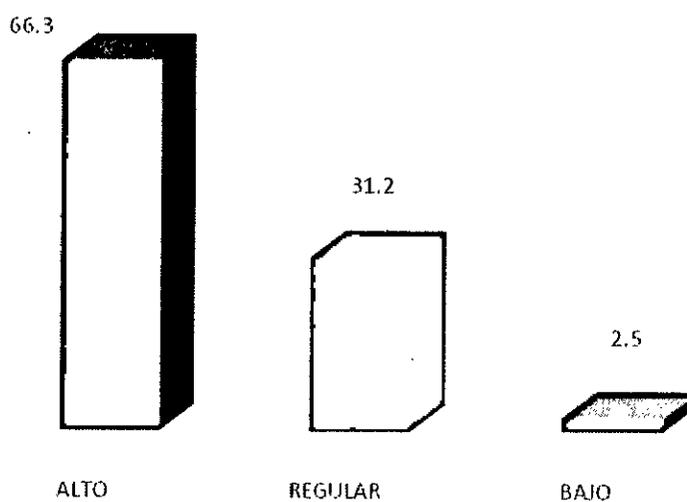
DATOS GENERALES

TABLA N° 5.3
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA DEL LACTANTE DE 6 A 11 MESES DE EDAD.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	N°	Porcentaje
ALTO	53	66.3
REGULAR	25	31.2
BAJO	2	2.5
TOTAL	80	100

Fuente: Instrumento aplicado a las madres

GRÁFICO N° 5.3. CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL LACTANTE DE 6 A 11 MESES
DE EDAD.



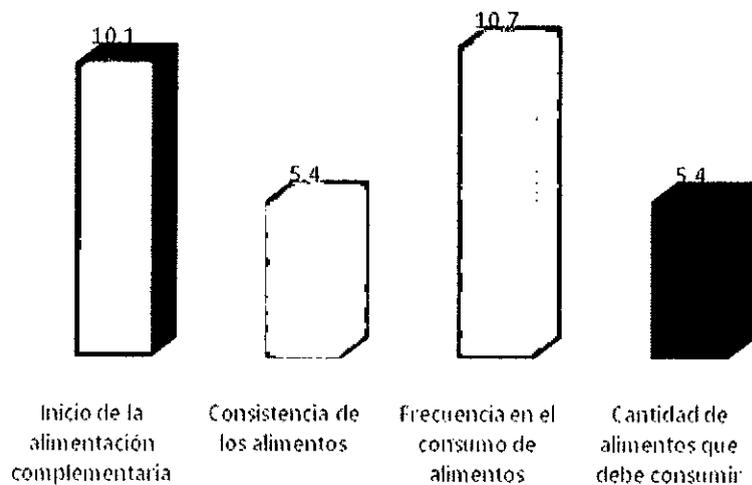
La tabla 5.1, sobre el conocimientos materno en alimentación complementaria, se encuentra que el 66,3 por ciento de madres presentan un nivel alto de conocimiento; el 31,2 por ciento un nivel regular y el 2,5% por ciento un nivel bajo.

TABLA N° 5.4
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 8 MESES SEGÚN
INDICADORES DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA

Dimensiones	Nivel de conocimientos		
	Alto	Regular	Bajo
Inicio de la alimentación complementaria	10.1	5.3	0
Consistencia de los alimentos	5.4	2.4	0
Frecuencia en el consumo de alimentos	10.7	5.9	0
Cantidad de alimentos que debe consumir	5.4	1.2	0
Total	31.6	14.8	0

Fuente: Instrumento aplicado a las madres

GRÁFICO N° 5.4
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 8 MESES SEGÚN
INDICADORES DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA



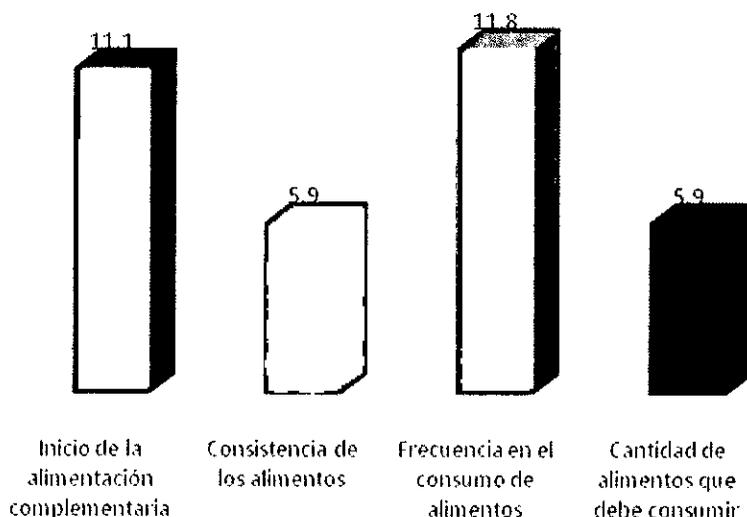
Las madres de los niños de 6 a 8 meses, según los indicadores de las características de la alimentación complementaria, en el gráfico N° 4 se visualizan los resultados solamente del nivel alto de conocimientos y corresponde a la Frecuencia en el consumo de alimentos, con 10.7%, a continuación el Inicio de la alimentación complementaria, con 10.1%.

TABLA N° 5.5
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 9 A 11 MESES SEGÚN
INDICADORES DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA

Dimensiones	Nivel de conocimientos		
	Alto	Regular	Bajo
Inicio de la alimentación complementaria	11.1	5.9	2.5
Consistencia de los alimentos	5.9	2.6	0
Frecuencia en el consumo de alimentos	11.8	6.6	0
Cantidad de alimentos que debe consumir	5.9	1.3	0
Total	34.7	16.4	2.5

Fuente: Instrumento aplicado a las madres

GRÁFICO N° 5.5
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 9 A 11 MESES SEGÚN
INDICADORES DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA



Las madres de los niños de 9 a 11 meses, según los indicadores de las características de la alimentación complementaria, en el gráfico N° 5 se visualizan los resultados solamente del nivel alto de conocimientos y corresponde a la Frecuencia en el consumo de alimentos, con 11.1%, a continuación el Inicio de la alimentación complementaria, con 11.8%.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Una apropiada alimentación durante los primeros años de vida es esencial para asegurar el crecimiento y desarrollo del niño y mantener la salud durante la etapa adulta. A partir de los 6 meses de vida se debe iniciar con la alimentación complementaria (AC), donde se introduce alimentos diferentes a la leche materna de manera paulatina y gradual.

La Alimentación Complementaria tiene como objetivo integrar las necesidades nutricionales del niño, beneficiar la interrelación madre-hijo, ayudar a la evolución del lactante de una dieta líquida a la del consumo familiar y favorecer el establecimiento de hábitos saludables de alimentación. Para lograr lo anterior es importante que la madre tenga conocimientos y prácticas adecuadas en alimentación (Instituto Nacional de Salud-INS, 2013).

Asimismo una correcta alimentación complementaria depende de varios factores como: el nivel económico, la disposición de alimentos, el trabajo fuera de casa de la madre, la edad, paridad, grado de instrucción, el nivel de conocimientos de la madre (OPS, 2013). Estos factores pueden interferir para que se dé en forma acertada y correcta la alimentación complementaria, que a su vez la manifestación más evidente es el propicio crecimiento y desarrollo del niño.

La tabla 4, sobre el nivel de conocimientos materno en alimentación complementaria, se encuentra que el 66,3 por ciento de madres presentan un nivel alto de conocimiento; el 31,2 por ciento un nivel regular y el 2,5 por ciento un nivel bajo, resultados que están relacionados a lo indicado por Hernández (2016), quien refiere que los conocimientos que tiene la madre sobre alimentación complementaria se debe a variados factores entre ellos al apoyo de la familia, mediante consejos de las madres, las suegras quienes orientan en base a sus experiencias y sus conocimientos adquiridos a través de la vivencia; asimismo a través de la educación y consejería del personal de salud para la adopción de prácticas positivas en la nutrición del niño.

Asimismo Hernández (2016) afirma que es la madre la responsable principal de la nutrición, educación, afecto, estimulación y desarrollo del niño, es decir que el progreso saludable dependerá del conocimiento de la madre para brindar los cuidados necesarios lo cual tiene relación directa o indirecta con el grado de instrucción de la madre.

En la encuesta aplicada en la presente investigación se consideró el grado de instrucción de la madre como un dato de referencia adicional, encontrándose que la mayoría de ellas culminaron secundaria (40%) y primaria (31.25%).

De ahí la calidad sobre el conocimiento que tiene la madre en alimentación lo cual le permite explorar la información base, seleccionar datos importantes y llevar a cabo la toma de decisiones de una forma consiente y responsable. La madre consigue conocimientos científicos y prácticos, el saber científico, está referido a los conocimientos técnicos adquiridos por medio de los profesionales de salud, medios televisivos y de comunicación social; y el saber práctico aquel que las madres adquieren por medio del sentido común o de sus experiencia de vida como hija o como madre (Papalia, 2015; Martínez, 2015 y Gonzales, 2014).

El Ministerio de la Mujer y el Desarrollo Social (2013), afirma que en la región de la costa las madres tienen un mayor nivel de conocimientos en relación a las madres de la sierra. Esto probablemente esté relacionado con la cultura, la desigualdad de género y la falta de acceso a la educación y servicios de salud en algunas regiones de la sierra del Perú. Si bien es cierto se ha implementado estrategias de solución, pero los resultados no son totalmente satisfactorios ya que sigue siendo aún un problema. En este estudio no se hizo el análisis de esta situación, sin embargo, el 81.25% fueron de la costa.

VII. CONCLUSIONES

- a. El conocimiento materno sobre alimentación complementaria del lactante de 6 a 11 meses de edad es mayormente alto seguido del nivel regular.
- b. El conocimiento de las madres de los niños de 6 a 8 meses, según los indicadores de las características de la alimentación complementaria, los resultados del nivel alto de conocimientos corresponde a la Frecuencia en el consumo de alimentos y al Inicio de la alimentación complementaria.
- c. El conocimiento de las madres de los niños de 9 a 11 meses, según los indicadores de las características de la alimentación complementaria, los resultados de nivel alto corresponden a la Frecuencia en el consumo de alimentos, seguido del Inicio de la alimentación complementaria.

VIII. RECOMENDACIONES

- a. Que la dirección del C.S I 4 Catacaos, considere diseñar y/o implementar reuniones educativas dirigidas exclusivamente a las madres o encargadas del cuidado de niños de 6 meses de edad a más sobre la alimentación complementaria, con el propósito de garantizar una alimentación de calidad y evitar problemas nutricionales en el niño.
- b. Todos los programas de crecimiento y desarrollo (CRED) de hospitales, puestos y centros de salud deben incluir acciones de capacitación, educación, monitoreo, supervisión y evaluación a las madres de niños lactantes, a fin de fortalecer la información que recibe sobre alimentación complementaria.
- c. Se recomienda difundir los resultados de la investigación a las universidades, institutos superiores, instituciones encargadas de la salud y organizaciones encargadas de desarrollar programas de alimentación para los niños mejorando de esta forma las habilidades en favor del estado nutricional del niño.

VIII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación del niño amamantado entre los 6 y los 24 meses de edad. Washington: OMS; 2007.
2. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington: OMS; 2010.
3. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Datos y cifras clave sobre nutrición. [En línea].Roma: FAO; 2014. [Consultado 2015 Enero 10] .Disponible en: <http://www.laгранepoca.com/33221-cuantos-sufrendesnutricion-latinoamerica>.
4. Chessa Lutter. Alimentación y nutrición del niño pequeño. Nicaragua: OPS, UNICEF, PMA; 2010.
5. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales. Francia: OMS; 2011.
6. Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del Milenio informe. Nueva York: Naciones Unidas; 2014.
7. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación del niño no amamantado entre los 6 y los 24 meses de edad. Washington: OPS; 2007.
8. Organización Mundial de la Salud. Alimentación Complementaria. [en línea].OMS; 2014. [Consultado 2017marzo 18] .Disponible en:

- http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/compfeeding/es/.
9. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Desnutrición crónica metas al 2016. [En línea].MIDIS; 2015. [Consultado 2017marzo 18].Disponible en: <http://www.midis.gob.pe/index.php/es/>.
 10. Instituto de Investigación y Políticas Publicas de la universidad Antonio Ruiz de Montoya, I (20012: 5)
 11. UNICEF. Informe Anual 2010. Agosto, 2010.
 12. Ministerio de desarrollo de inclusión social MIDIS, desnutrición 2013:1 reporte Perú desnutrición crónica infantil 2016.
<http://www.midis.gob.pe/mages/direcciones/dgpy/reporte-peru.pdf>
 13. Grupo de Evaluación Independiente del Banco Mundial (2009), “Mejora de la eficacia del soporte nutricional a través de la evaluación de impacto”, Washington DC.
 14. ESCOBAR ÁLVAREZ, MARÍA BELÉN, Relación de los conocimientos actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas.Latacunga- Ecuador Junio-Setiembre del 2013.
 15. PISCOCHE TORRES, NATHALY LUZ MARINA, Conocimiento de los padres de niños de 6 a 11 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, Lima 2011.
 16. TERRONES BARDALES, MARÍA ISABEL, en el trabajo de investigación cuyo, Título:” Nivel de conocimientos sobre alimentación

- complementaria en madres de niños menores de 6 a 11 meses en el Centro de Salud Micaela Bastidas”, Lima- Febrero 2013.
17. OROZCO CAMARGO, LIZETH LUCIA. Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 11 meses que acuden al Centro de Salud Materno Infantil Villa María del Triunfo. Lima 2015
 18. CACHAY COELLO NORITH DAIDELY. Nivel de conocimiento y practica sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 a 11 meses que asisten al consultorio CRED del establecimiento de salud I 3 La Arena- Piura Enero 2015.
 19. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Instituto Nacional de Salud “Conocimientos, aptitudes y practicas sobre la Alimentación y nutrición de la gestante y madre de niño menores de años. Lima 2009.
http://www.tufarmacia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=712&catid=44:dietetica&Itemid=129
 20. DOCUMENTO TÉCNICO “Modelo de abordaje de Promoción de la Salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de Alimentación y Nutrición saludable. Dirección General de Promoción de la Salud 2006
<http://www.cun.es/chequeos-salud/vida-sana/nutricion/alimentacion-complementaria>
 21. Requerimientos por grupo de nutrientes, Junio 20, 2011
<http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatria/nutricion/Clase%20101%20-%207.htm>
Requerimientos Nutricionales en el niño: Micronutrientes. Curso de Nutrición
 22. Guía de Alimentación Del Niño(a) Menor de 2 Años_ Guías de Alimentación Hasta La Adolescencia_ MINSAL 2005
AIEPI Libro Clínico 617 al 633

23. Cartilla Informativa: "Pautas para la consejería de practica saludables para el cuidado Materno infantil, a través de la visita domiciliaria, en familias con niñas y niños menores de 36 meses, gestantes y madres que dan de lactar pág. 5.
24. Hernández, A. (2006). Alimentación complementaria. Curso de Actualización de Pediatría. Madrid: Exlibris. Recuperado de:
<http://www.aepap.org/sites/default/files/complementaria.pdf>
25. Papalia, D.; Wendkos, S. Y Duskin, R. (2005). Desarrollo Humano. 9na. ed. Edit. Mc Graw-Hill. Interamericana Editores S.A. México.
26. Martínez, F. y Martínez, R. (2015). La salud del niño y del adolescente. 5ta ed. Edit: El Manual Moderno S.A. México.
27. Gonzales, R; Llerena, S. (2014). *Factores biosocioculturales, nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de madres y/o cuidadores y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses. Centro de Salud. Wichanza-2013. Trujillo Perú 2014.* (Tesis de Licenciatura).

ANEXOS

ANEXO 01:
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
¿Cuál es el conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria en niños de 6 meses a 11 meses que acuden al C.S I 4 Catacaos, Enero a Marzo 2017	<p>Objetivo General: Determinar el conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 11 meses que acuden al C.S I-4. Catacaos</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar el conocimiento de las madres de niños de 6 a 8 meses según indicadores de las características de la alimentación complementaria. ➤ Identificar el conocimiento de las madres de niños de 9 a 11 meses según indicadores de las características de la alimentación complementaria 	<p>El conocimiento de las madres sobre alimentación Complementaria en niños de 6 a 11 meses que acuden al C.S I-4 Catacaos, es Bajo. Enero a Marzo 2017</p> <p>H1 El conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria de niños de 6 a 8 meses es bajo. C.S I 4 Catacaos. Enero a Marzo 2017.</p> <p>H2 El conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria de niños de 9 a 11 meses, es bajo. C.S I 4 Catacaos. Enero a Marzo 2017</p>	<p>V.I. Conocimientos de las madres</p> <p>V.D Alimentación complementaria en niños/niñas de 6 a 11 meses.</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN La presente investigación es de enfoque cualitativo según la naturaleza del problema y los objetivos planteados; de nivel descriptivo porque se va a describir el conocimiento de las madres de niños de 6 a 11 meses sobre alimentación complementaria, de corte transversal, ya que nos permitió estudiar la variable en un momento dado</p> <p>DISEÑO DEL ESTUDIO No experimental de corte transversal.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS La técnica será la observación y el instrumento que se aplicará será el cuestionario</p>	<p>POBLACIÓN: Está constituida por 100 madres de niños de seis a 11 meses que acuden al Establecimiento de Enfermería. De Salud I 4 Catacaos, que acuden a la atención de CRED en el consultorio.</p> <p>MUESTRA: Se trabajará 80 madres de niños/niñas de 6 meses a 11 meses que se atienden en el Centro de Catacaos, ubicada en Piura, de Enero a Marzo 2017</p>

ANEXO 2:
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señora buenos días, somos licenciadas de Enfermería estudiantes de la ESPECIALIDAD ENFERMERIA EN CRECIMIENTO Y DESARRROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACION DE LA PRIMERA INFANCIA de la Universidad Nacional del Callao, estamos realizando un estudio en coordinación del Centro de Salud I-4 Catacaos a fin de obtener información sobre los conocimientos que tienen las madres de los lactantes de 6 a 11 meses sobre la alimentación complementaria. Para lo cual se le solicita su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces a las preguntas que a continuación se le presenta expresándole que la información es de carácter anónimo y confidencial, agradeciéndole anticipadamente su participación.

Firma del participante

ANEXO 4: CUESTIONARIO

Teniendo en cuenta que el personal de enfermería es el responsable del área de Crecimiento y Desarrollo del niño, en el cual se brinda la educación sanitaria a los padres para el inicio de la alimentación complementaria y el seguimiento oportuno, es importante que la enfermera cuente con evidencias objetivas de: cuál es el nivel de conocimientos de los padres con respecto a la alimentación complementaria, para poder brindar un cuidado culturalmente pertinente y adaptado a sus propias necesidades identificadas.

Instrucciones:

Marque con una aspa (X) solo una respuesta por pregunta que considere adecuada.

I Datos Generales:

Edad de la madre:

- a) Menor de 15 ()
- b) 16 a 20()
- c) 21 a 25()
- d) 26 a 30()
- e) 31 a mas ()

Lugar de procedencia:

- a) Costa ()
- b) Sierra ()
- c) Selva ()

Estado civil:

- a) Soltera ()
- b) Casada ()

- c) Conviviente ()
- d) Divorciadao separada ()
- e) Viuda ()

Grado de instrucción:

- a) Sin instrucción ()
- b) Primaria ()
- c) Secundaria ()
- d) Técnico()
- e) Universitario ()

Ocupación:

- a) Su casa ()
- b) Independiente ()
- c) Obrera ()
- d) Empleada()

Ingreso económico mensual:

- a) 250 – 300 ()
- b) 350 - 400 ()
- c) 400 – 450 ()
- d) 500 a mas()

Número de hijos:

- a) 1 a 2 hijos()
- b) 3 a 4 hijos ()
- c) 4 a 5 a más ()
- d) 6 a mas ()

Datos del niño:

- a) Edad en meses del niño:
- b) Sexo: Masculino.() Femenino ()

II.- Datos Específicos:

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

1.- La alimentación complementaria consiste en:

- a) Introducción de alimentos sólidos al lactante. ()
- b) Inicio de alimentos semisólidos y blandos en la dieta del niño + Lactancia Materna. ()
- c) Inicio de alimentos solo líquidos al niño lactante. ()
- d) inicio de otros tipos de leches (evaporadas y \o formulas ()

2.- La edad de inicio de la alimentación complementaria en el lactante es:

- a) A los 4 meses. ()
- b) A los 6 meses. ()
- c) A los 8 meses. ()
- d) A los 10 meses. ()

3.- A qué edad el niño puede ingerir alimentos picaditos es:

- a) 5 a 7 meses ()
- b) 8 a 9 meses ()
- c) 9 a 11 ()
- d) A los 11 meses ()

4. Cuantas veces al día debe comer el niño que inicia la alimentación

Complementaria:

- a) 2 veces al día. ()
- b) 3 veces día. ()
- c) 4 veces día. ()
- d) Ninguna de la anteriores ()

5.- Cuantas veces al día debe comer un niño de 7 a 8 meses

- a) Dos veces al día más leche materna ()

b) tres veces al día más leche materna ()

c) cuatro veces al día más leche materna ()

6.- cuantas veces al día debe comer un niño de 9 a 11 meses

a) dos veces al día más leche materna ()

b) tres veces al día más leche materna ()

c) cuatro veces al día más leche materna ()

d) cinco veces al día más leche materna ()

7.- Los alimentos de origen animal (carne, pollo, pescado se debe consumir

a) 1 vez por semana ()

b) 3 veces por semana ()

c) Todos los días ()

8.- Con que tipo de alimento iniciaría el niño de 6-7 meses durante la

Alimentación:

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

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

c) Frutas (naranja, mandarina, melón). ()

9.- Es recomendable durante la alimentación dar:

a) Solo menestras + leche materna. ()

b) Solo verduras + pan + leche materna ().

c) Papillas + arroz + camote + carne. ()

d) A + B ()

10.- La consistencia de la comida del lactante según meses de edad es:

a) Se iniciara con alimentos triturados ()

b) alimentos triturados 7 y 8 meses ()

c) alimentos picados 9 y 11 meses ()

d) alimentos como caldos, sopas 9 y 11

11. La cantidad que debe consumir el niño de 6 meses en cada comida es:

a) 2-3 cucharadas ()

b) 3 - 4 cucharadas ()

c) 4 – 5 cucharadas ()

12. Que cantidad de alimento debe ingerir en cada comida el niño de 7- 8 meses:

a) 2-3 cucharadas ()

b) 3- 5 cucharadas ()

c) 5- 7 cucharadas ()

d) 7- 10 cucharadas ()

13. Que cantidad de alimento debe ingerir en cada comida el niño de 9- 8 meses:

a) 2-3 cucharadas ()

b) 3- 5 cucharadas ()

c) 5- 7 cucharadas ()

d) 7- 10 cucharadas ()

14. En la comida que se sirve al niño, se le debe agregar:

a) Una cucharadita de aceite vegetal ()

b) Una cucharadita de manteca ()

c) No se agregada. ()

15. A qué edad se puede empezar a dar la clara del huevo al niño:

a) A los 6 meses ()

b) A los 10 meses ()

c) A los 12 meses ()

16. A qué edad se recomienda iniciar con cítricos durante la alimentación complementaria a los:

- a) 6 meses ()
- b) 8 meses ()
- c) 10 meses ()
- d) 12 meses ()

17. El lugar donde se debe dar los alimentos al niño es:

- a) En la sala ()
- b) En el comedor ()
- c) En el dormitorio ()
- d) A + C ()

18. En la alimentación del niño es importante tener en cuenta:

- a) La higiene de utensilios y alimentos ()
- b) La higiene del niño y manos de la madre ()
- c) Todas las preguntas anteriores ()

19. Si se realiza una adecuada alimentación al niño el beneficio físico será:

- a) Ganancia de peso ()
- b) Ganancia de peso y talla ()
- c) Niño con bajo peso ()
- d) Niño con talla baja ()

20. Quien le brinde consejería y / o información sobre alimentación complementaria:

- a) Técnico
- b) Enfermera
- c) Nutricionista
- d) Médico

TABLA N° 1. Características de la población

Edad		
Rangos	Frecuencia	Porcentaje
< de 15 años	1	1.25
16 a 20 años	12	15
21 a 25 años	32	40
26 a 30 años	25	31.25
31 a más años	10	12.5
Lugar de procedencia		
Costa	65	81.25
Sierra	15	18.75
Estado civil		
Soltera	12	15
Casada	17	21.25
Conviviente	30	37.5
Divorciada/separada	16	20
Viuda	5	6.25
Grado de instrucción		
Sin instrucción	2	2.5
Primaria	25	31.25
Secundaria	32	40
Superior	21	26.25
Ocupación		
Su casa	22	27.5
Independiente	19	23.75
Dependiente	39	48.75

Ingreso económico mensual		
250 – 300	12	15
350 – 400	19	23.75
400 - 450	29	36.25
460 a más	20	25
Número de hijos		
1 a 2 hijos	15	18.75
3 a 4 hijos	49	61.25
5 a 6 hijos	16	20
Total	80	100

Fuente: Instrumento aplicado a las madres

Resaltamos las características más importantes de la población, de forma general, tenemos que la población en estudio tenía entre 21 a 30 años, en mayor porcentaje (71.25%, sumados ambos rangos de edades).

El mayor porcentaje es de la Costa, con 81.25%.

El estado civil nos refleja que el mayor porcentaje tiene pareja sea casada o conviviente (21.25% y 37.5%, respectivamente).

Por otro lado, el nivel de instrucción fue de secundaria y primaria (40% y 31.25%, respectivamente)

De ocupación, el 48.75% trabaja en forma dependiente, pero el 27.5% no trabaja fuera del hogar.

Respecto al ingreso mensual, el 36.25% gana entre 400 a 450 soles mensuales y el 25% gana de 460 soles a más.

La mayor parte de la población tiene de 3 a 4 hijos, 61.25% y de 5 a 6 hijos, con 20%.