

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA Y SU RELACIÓN CON PRÁCTICAS DE LAS
MADRES EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES QUE ACUDEN AL SERVICIO
DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD VILLA
SEÑOR DE LOS MILAGROS, CALLAO - 2015"**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS

ANGGIE STEPHANNY, REYNOSO PONCE

VANESA LIZBETH, OSCUVILCA EGOAVIL

Callao - Julio - 2015

PERU

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA Y SU RELACIÓN CON PRACTICAS
DE LAS MADRES EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRECIMIENTO
Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD
VILLA SEÑOR DE LOS MILAGROS
CALLAO 2015”

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO:

Dr. HERNÁN OSCAR CORTÉZ GUTIERREZ	:	PRESIDENTE
MG. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO	:	SECRETARIA
MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE	:	MIEMBRO

ASESORA : Mg. MERY ABASTOS ABARCA

NÚMERO DE LIBRO DE ACTA	:	01
NÚMERO DE ACTA	:	06
NUMERO DE FOLIO	:	082
FECHA DE APROBACIÓN DE TESIS	:	13 DE NOVIEMBRE DEL 2015
RESOLUCIÓN DE SUSTENTACIÓN	:	N° 142-2015.D/FCS

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a Dios que cada día nos ilumina y nos da la fortaleza para seguir adelante y perseverar para alcanzar nuestros objetivos.

A nuestra familia, por su apoyo incondicional, por la confianza que han depositado en nosotros y por los valores

AGRADECIMIENTO

A nuestros padres por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que nos ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A nuestra Alma Mater, por ser nuestra casa de estudios brindándonos conocimiento a lo largo de nuestra formación para ser excelentes profesionales para el futuro.

Agradecemos infinitamente a nuestra asesora, Mg. Mery Juana Abastos Abarca, a nuestros jurados y al Dr. Hernán Cortez Gutiérrez, por su orientación, enseñanza y apoyo en el desarrollo de la presente investigación.

INDICE

	Págs.
TABLAS DE CONTENIDO	3
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Identificación del problema	8
1.2. Formulación del problema	9
1.3. Objetivos de la investigación	10
1.4. Justificación	11
1.5. Importancia	13
II. MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes del estudio	14
2.2 Marco conceptual	20
2.3 Definición de términos	55
III. VARIABLES E HIPOTESIS	
3.1 Variables de la investigación	58
3.2 Operacionalización de las variables	59
3.3 Hipótesis	62
1. METODOLOGIA	
4.1. Tipo de investigación	63
4.2. Diseño de la investigación	63

4.3. Población y muestra	64
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	66
4.5. Procedimientos de recolección de datos	67
4.6. Procedimiento estadístico y análisis de datos	68
IV. RESULTADOS	
V. DISCUSION DE RESULTADOS	
a. Contrastación de hipótesis con los resultados	79
b. Contrastación de los resultados con otros estudios similares	81
VI. CONCLUSIONES	85
VII. RECOMENDACIONES	86
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	88
ANEXOS	94

TABLAS DE CONTENIDOS

	Págs.
TABLA N° 1 Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Villa Señor de los Milagros Callao 2015	69
TABLA N° 2 Prácticas sobre alimentación complementaria de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Villa Señor de los Milagros Callao 2015.	71
TABLA N° 3 Tabla de contingencia del nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Villa Señor de los Milagros Callao 2015.	73

GRÁFICO DE CONTENIDOS.

	Págs.
GRÁFICO N° 1 Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Villa Señor de los Milagros Callao 2015.	70
GRÁFICO N° 2 Prácticas sobre alimentación complementaria de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Villa Señor de los Milagros Callao 2015.	72
GRÁFICO N° 3 Tabla de contingencia del nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Villa Señor de los Milagros Callao 2015.	74
GRÁFICO N°4 Escala de medición para el coeficiente de correlación de Pearson y Spearman.	75

GRÁFICO N°5 Histograma para la variable Conocimiento.

76

GRÁFICO N°6 Histograma para la variable Práctica.

77

GRÁFICO N°7 Gráfico de dispersión y recta de regresión lineal
entre nivel de conocimientos y prácticas.

78

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud Villa Señor de los Milagros- Callao, 2015; tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y las prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses de edad.

El estudio fue de nivel aplicativo, enfoque cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal; no experimental. La población estuvo conformada por 95 madres que acuden al consultorio de CRED, la muestra fue de 46 madres. La técnica que se utilizó fue la encuesta. El instrumento el cuestionario, de conocimientos y prácticas. Entre los resultados que se obtuvieron fueron:

El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 12 meses fue 87% de medio a bajo y solo el 13% tiene conocimiento alto. Las prácticas sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 12 meses fueron 69,6% adecuadas y 30,4% prácticas inadecuadas.

Se concluye que existe relación poco significativa entre el nivel de conocimiento y prácticas de las madres.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, las prácticas y la alimentación complementaria.

ABSTRACT

This research titled level of knowledge about complementary feeding practices and their relationship with the mothers of children 6-12 months presenting to the growth and development of the health center Villa Lord of the Milagros Callao, 2015; It aimed to determine the relationship between knowledge about complementary feeding practices of mothers in children 6-12 months of age.

The study was not experimental level application, quantitative approach, correlational descriptive method of cross section. The population consisted of 95 mothers attending clinics CRED, the sample was 46 mothers. The technique used was the survey. The instrument questionnaire, knowledge and practices. Among the results obtained they were:

The level of knowledge about complementary feeding mothers of children 6 to 12 months was 87% of medium to low and only 13% have high knowledge. On complementary feeding practices of mothers of children aged 6-12 months were 69.6% and 30.4% adequate inappropriate practices.

We conclude that there is little significant relationship between the level of knowledge and practices of mothers.

Keywords : Level of knowledge , practices and complementary feeding.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

El proceso de la alimentación complementaria constituye el segundo paso fundamental en la nutrición infantil después de la lactancia materna exclusiva.

Informes publicados recientemente por la OMS nos indican que la desnutrición es responsable, directa o indirectamente, del 45% de los 10.9 millones de muertes que ocurren anualmente entre niños y niñas menores de 5 años y más de las dos terceras partes de muertes están asociadas con prácticas de alimentación poco apropiadas durante el primer año de vida. ⁽¹⁾

⁽²⁾

Debido a los últimos programas sociales elaborados por el gobierno se pudo obtener la disminución de 1,4 puntos porcentuales con relación al año 2012. En los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2013 realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), indican que en el Perú la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años alcanzó el 18,5% en varones y 16,5% en mujeres según el patrón de medición de la Organización Mundial de la Salud OMS.

Los departamentos más afectados con desnutrición crónica se registran en Huancavelica con 51,3%, en Cajamarca con 36,1%, Loreto con 32,3%, Apurímac con 32,2%, Ayacucho y Amazonas con 30,3% cada uno, mientras que Tacna menos afectados con 3,3%, y Lima y Callao con 6,1%, en

Arequipa con 6,9%, en Ica con 8,0%, y en Tumbes y Moquegua con 8,5% cada uno. ⁽³⁾

En el Callao, según los últimos datos estipulados por el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) 2014, la tasa de desnutridos crónicos es de 5.8%, disminuyendo este porcentaje en comparación al año 2012 que fue de 6.5%. Dentro de este marco, el distrito que presenta un número mayor de niños con desnutrición crónica es Carmen de la Legua con un 12.2%, seguido de Ventanilla con un 9.2% y en un tercer lugar La Perla con 8.8% ⁽⁴⁾

Por lo tanto, entre las causas que conlleva a la desnutrición infantil, según la UNICEF (2013), se encuentra la inadecuada cantidad y calidad de la alimentación, el poco equilibrio de vitaminas, proteínas, calcio y otros componentes que el organismo del niño necesita para su funcionamiento adecuado ⁽⁵⁾. Estas causas en su mayoría, se ven influenciadas por el deficiente o inadecuado conocimiento que pueden tener las madres para alimentar a sus hijos, conocimientos que deben ser brindados por el personal de salud y que las madres deben aprender y aplicar.

Estudios realizados sobre alimentación complementaria dan a conocer que las madres tienen un conocimiento parcial o deficiente sobre alimentación complementaria, en ellos se refiere que la mayoría de los niños iniciaron de forma precoz o tardía la alimentación complementaria, además durante el

desarrollo de nuestra investigación se observó en el centro de salud, niños en riesgo de desnutrición según los indicadores antropométricos.

Por la realidad anteriormente expuesta, se vio la necesidad de realizar el presente estudio.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Villa Señor de los Milagros Callao 2015?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERALES:

- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y las prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Villa Señor de los Milagros Callao 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el nivel de conocimiento que tiene la madre sobre alimentación complementaria.
- Identificar las prácticas de madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria.

- Relacionar el nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria y las prácticas de madres en niños de 6 a 12 meses.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Durante el primer año de vida el lactante normal triplica su peso y talla, al mismo tiempo las funciones de los órganos y la composición del cuerpo experimenta cambios relacionados con el desarrollo, son vulnerables a las enfermedades y existen pruebas de que las prácticas alimentarias son deficientes. Prolongar la lactancia materna más allá de los seis meses debería estar acompañado del consumo de alimentos complementarios seguros y apropiados, así como adecuadamente nutritivos, que ayuden a cubrir los requisitos nutricionales cuando la leche materna ya no es suficiente.

La alimentación complementaria es una etapa de transición en la vida del niño en la cual, la evidencia estadística nos refiere que hay una caída brusca en el estado nutricional adecuado de los niños; predominando una continuidad de la lactancia materna representando un nudo crítico en esta etapa, ya que se instalan los hábitos alimentarios que marcarán la vida futura del niño pequeño.⁽⁶⁾

Es por ello que debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de edad. La alimentación complementaria

debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuada, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna. ⁽⁷⁾

Debido a esto se consideró trascendental que el personal de enfermería que labora en el componente de CRED debe orientar a las madres sobre la alimentación complementaria a fin de incrementar los conocimientos y fortalecer las prácticas adecuadas, brindando información objetiva, coherente y completa para así prevenir complicaciones derivadas de la desnutrición en el niño.

Además, siendo el Perú un país en vías de desarrollo y participe del cumplimiento de uno de los objetivos del milenio, el cual es reducir la tasa de desnutrición infantil, es importante y necesario conocer el nivel de información que poseen las madres sobre alimentación complementaria para así orientar las actividades de prevención y promoción realizadas por la enfermera, con el fin de incrementar conocimientos sobre la introducción adecuada de la alimentación complementaria, contribuyendo a mejorar las prácticas de alimentación que brinde al niño reflejándose en el índice de masa corporal, evitando alteraciones en su crecimiento y desarrollo cognitivo, emocional y social. ⁽⁸⁾

Por otro lado, esta investigación permitirá la reflexión del profesional de enfermería y reforzará su desempeño como educadora y consejera, la cual está fundamentada por Nola Pender, quién menciona que las enfermeras van a tomar parte del entorno interpersonal de las madres y ejercerán una gran influencia en el desarrollo de sus conductas, generando un proceso de aprendizaje y formando promotoras de salud.⁽⁹⁾

1.5 IMPORTANCIA

Los resultados de esta investigación nos permitió proporcionar información válida, actualizada y confiable a la institución del centro de salud y personal de enfermería, con la finalidad de mejorar las actividades que se brindan en el servicio de crecimiento y desarrollo a las madres que acuden al centro de salud Villa Señor de los Milagros, considerando que la educación que imparte la enfermera debe basarse en los conocimientos previos de los padres.

Además servirán como antecedentes e indicadores en otros estudios similares con el fin de comparar resultados.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Antecedentes Internacionales CRUZ AGUDO, Yesmina y col, (2010) investigación titulada "Lactancia materna, alimentación complementaria y nutrición infantil en los Andes de Bolivia", cuyo objetivo fue caracterizar los niveles de desnutrición y las prácticas de alimentación de los infantes; siendo un estudio cualitativo que contó con una población divididos en grupos focales a las que aplicó encuestas y generó discusiones; y le permitió obtener como resultado que la mayoría de las madres terminan de manera precoz la lactancia materna exclusiva e introducen líquidos u otros alimentos demasiado pronto (de uno a cuatro meses de edad) en la dieta del infante; un grupo pequeño de mamás (aproximadamente 12%) inició la alimentación complementaria introducido se basa en dar cucharadas de caldo ralo dos a tres veces al día; en más del 75% de los hogares visitados no ejercen buena práctica de higiene en la manipulación de los alimentos; no reciben la cantidad adecuada de alimentos conforme van creciendo los niños; las comidas son acuosas o sólidas sin aumento graduales en la consistencia; los padres dan alimentos complementarios máximo 3 veces por día" ⁽¹⁰⁾

ZULETA, Clara y col. (2008) en su estudio "Percepciones, conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en comunidades rurales de Huehuetenango y Chimaltenango – Guatemala"; cuyo objetivo fue identificar los factores que facilitan y dificultan la adopción de prácticas seleccionadas de alimentación complementaria (consistencia de los alimentos, frecuencia de alimentación y variedad de alimentos, siendo su estudio de tipo cualitativo; donde utilizó la técnica de grupos focales conformados por 139 personas a las que aplicó una guía de investigación sobre las prácticas de alimentación complementaria; y obtuvo como resultado que la mayoría de los niños continúa recibiendo leche materna después de los seis meses; la mayoría de madres inician la alimentación complementaria alrededor de los seis meses, sin embargo, los principales alimentos usados al inicio no son adecuados en términos de densidad energética y de nutrientes; la frecuencia de alimentación es la misma que la frecuencia de alimentación de la familia y la variedad de alimentos es muy pobre para cubrir los requerimientos nutricionales de los niños.⁽¹¹⁾

SÁENZ, María y col. (2007) en su investigación "Práctica de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá", donde el objetivo fue identificar las características de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria; siendo un estudio cualitativo y cuantitativo de método descriptivo, el cual contó con una población de 199 madres a las que aplicó la encuesta como técnica; encontrando que el 63% de los casos inició la

alimentación complementaria a los 6 meses, en un 28% a los 4 meses de edad y un pequeño porcentaje tardíamente después de los 12 meses; a partir de los seis meses un 37,6% de las madres complementó la lactancia con otro tipo de leche, mientras que el 40% de las madres mantuvo la lactancia materna hasta los 12 meses. ⁽¹²⁾

CAZÓN , Sonia y col., (2008) en su estudio de investigación titulado "Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria en madres adolescentes con niños menores de 2 años en la comunidad de San Andrés de la ciudad de Tarija- Bolivia", Donde el objetivo fue identificar los conocimientos y prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria que tienen las madres con niños menores de dos años; obteniendo como resultado que el total de las madres encuestadas, el conocimiento es favorable debido que el 80% de las madres adolescentes tienen información sobre el inicio de la alimentación complementaria y 76% de las madres dan de lactar a sus niños hasta los 2 años. ⁽¹³⁾

Antecedentes Nacionales: CÁRDENAS ALFARO, Lourdes (2010) en su estudio titulado "Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita"; tuvo como objetivo: Determinar la relación entre el Nivel de Conocimientos y Prácticas sobre Alimentación Complementaria en Madres

de Niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita 2009. El estudio realizado fue de tipo aplicativo, cuantitativo, método descriptivo de corte transversal conformada por una población de 55 madres con una muestra del 100% de las madres. La técnica para este estudio fue la entrevista, encuesta y el instrumento fue el cuestionario semiestructurado. La conclusión a la que se llegó fue, Existente relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre alimentación complementaria; el mayor porcentaje se relaciona con la consistencia de los alimentos y la higiene; en menor porcentaje con la edad de inicio, el entorno durante la alimentación y la combinación de alimentos. 4. El nivel de conocimientos sobre las características de la Alimentación Complementaria, tiene un nivel alto de conocimientos respecto a la edad de inicio, duración, el entorno, combinación de alimentos, consistencia e higiene; un nivel medio según los tipos de alimentos y un nivel bajo relacionado a la cantidad y frecuencia de los alimentos.⁽¹⁴⁾

BARBA TORRES, Horacio (2008) en su estudio "Característica de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza-Lima"; donde el objetivo fue determinar las características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo del niño; siendo un estudio de tipo cuantitativo nivel aplicativo método

descriptivo. La población fue de 220 niños la muestra se obtuvo por muestreo aleatorio simple con un total de 67 niños. La técnica realizada fue la entrevista y el instrumento cuestionario y se llegó a la conclusión que el 85.1% posee características de la alimentación en forma adecuada y 14.9% inadecuadas; con respecto a la cantidad de la alimentación el 58.2% de los niños reciben de manera adecuada y 41.8% inadecuada; acerca de la frecuencia de la alimentación el 79.1% de los niños reciben inadecuadamente y el 20.1% de forma adecuada; sobre la consistencia de la alimentación el 94.0% lo reciben de manera inadecuada y el 6% de forma adecuada; en cuanto a la interacción de la madre con el niño el 89.6% se realiza de manera inadecuada y el 10.4% es de forma adecuada; en cuanto a las prácticas de higiene en la alimentación que tiene la madre, el 76.1% presenta prácticas de higiene adecuada y 23.9% lo realizan de forma inadecuada. ⁽¹⁵⁾

ACARAPI, Ivonne y col (2014) en su trabajo de investigación titulado "Nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria de sus niños de 6 a 12 meses de edad que asisten al servicio de Crecimiento y desarrollo del Centro de salud. Los Libertadores, San Martín de Porres"; cuyo objetivo fue determinar los conocimientos de las madres de sus niños de 6 a 12 meses sobre alimentación Complementaria; donde su estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal; el cual conto con una población de 64 madres. El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue el cuestionario, a quienes aplico la entrevista como

técnica; y obtuvo como resultado que: El 56% de las madres tienen un nivel de conocimiento inadecuado y el 44% tienen un nivel de conocimiento adecuado.⁽¹⁶⁾

GALINDO BAZALAR, Deny Amelia (2012) en su trabajo de investigación fue "Conocimiento y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Nueva Esperanza Lima-Perú 2011". Cuyo objetivo fue determinar los conocimientos que tiene las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Nueva Esperanza Lima-Perú 2011. El estudio realizado fue de tipo cuantitativo nivel aplicativo, método descriptivo simple de corte transversal, la técnica utilizada fue entrevista, encuesta y el instrumento cuestionario. Se llegó a la conclusión que la mayoría de madres tiene conocimiento sobre alimentación complementaria prevaleciendo la edad de inicio y el riesgo de una alimentación complementaria a destiempo, entre los aspectos deficientes en menor porcentaje es definición y características y alimentación rica en hierro, el mayor porcentaje de madres tiene una buena práctica sobre la alimentación complementaria.⁽¹⁷⁾

GALDOS FRISANCHO, Patrick y col. (2014) para optar el grado de Licenciatura en Enfermería, tesis de la UNAC titulada: "Nivel de conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres y niños de 6 a 24 meses que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del CS. Ramón Castilla – Callao, 2014". Cuyo objetivo fue relacionar el nivel de

conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 24 meses de edad en el consultorio de crecimiento y desarrollo del CS Ramón Castilla – 2014, cuyo estudio fue cuantitativo de tipo descriptivo-correlacional y de corte transversal, la población estuvo constituida por 52 madres y la muestra fue de 38 madres, los resultados demostraron: que el 29% tiene practicas adecuadas y el 71% posee practicas inadecuados, con respecto al nivel de conocimiento que tienen las madres encuestadas el 2.6% posee conocimiento alto 60.6% conocimiento medio y el 36.8 conocimiento bajo. ⁽¹⁸⁾

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 CONOCIMIENTO EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

A) TEORÍA DEL CONOCIMIENTO

El conocimiento es el conjunto de información adquirido por una persona a través de la experiencia o la educación, o a través de la introspección de un tema u objeto de la realidad.

Según el filósofo alemán Emmanuel Kant, existe tres tipos de conocimiento: analítico a priori, que es exacto y certero pero no informativo, porque sólo aclara lo que está contenido en las definiciones; sintético a posteriori, que transmite información sobre el mundo aprendido a partir de la experiencia, pero está

sujeito a los errores de los sentidos; y sintético a priori, que se descubre por la intuición y es a la vez exacto y certero, ya que expresa las condiciones necesarias que la mente impone a todos los objetos de la experiencia.⁽¹⁹⁾ A su vez, menciona que existen tres fases del conocimiento:

- La sensibilidad, que es la primera facultad del conocimiento y es la capacidad de percibir el mundo y lo que en él se encuentra a través de los sentidos, existiendo dos tipos de sensibilidad: el sentido externo, por el cual percibimos el espacio; y el sentido interno, por el cual percibimos el tiempo.
- El entendimiento, que es la facultad de pensar los fenómenos; para ello, necesitamos una intuición y un concepto y por el medio de la abstracción explicar la causa y por qué existe.
- La razón, que es la facultad de la suprema unificación del conocimiento a partir de lo que se llama ideas o conceptos puros.⁽²⁰⁾

Es así que para poder adquirir el conocimiento se hace uso de una pluralidad de procesos cognitivos tales como la percepción, memoria, experiencia (tentativas seguidas de éxito o fracaso), razonamiento, enseñanza-aprendizaje, testimonio de terceros, etc.; generándose en un proceso de interacción continua e implicando una búsqueda individual de su significación por parte de cada persona, comprendiendo tres funciones: el pensar (inteligencia), el querer (voluntad y componente emocional), y el hacer (acción).

Por lo tanto, en este proceso de adquisición de conocimientos, la madre debe obtener una información objetiva, coherente y completa respecto a prácticas

adecuadas de alimentación complementaria, principalmente mediante el proceso de enseñanza aprendizaje que se da entre la madre y el profesional de salud.

B) ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La alimentación complementaria comprende un conjunto de aspectos que permiten su comprensión y aprendizaje, en el cual se describe la manera y forma de cómo brindar los alimentos. Estos aspectos son:

b.1) Conceptos Generales

1. Definición

La alimentación complementaria es un proceso de introducción de alimentos adicional diferentes a la leche materna que se va dando de manera gradual y progresiva, que debe iniciarse a partir de los 6 meses de edad, ya que la leche materna resulta insuficiente para cubrir todas las necesidades nutricionales del bebé y termina cuando el niño recibe una alimentación muy parecida a la del resto de la familia, constituyéndose en un complemento de la leche materna sin anularla. ⁽²¹⁾

Los alimentos complementarios apropiados pueden consumirse de inmediato y ser digeridos por el niño desde los seis meses de edad en adelante, además de abastecer con nutrientes (energía, proteínas, lípidos y vitaminas y minerales) para ayudar a cubrir las crecientes necesidades del niño en conjunto con la leche materna.

Este alimento complementario viene a ser cualquier nutriente líquido o sólido que se proporciona al niño, los cuales se dividen en dos categorías:

- Transicionales: Los cuales están preparados para cubrir las necesidades nutricionales especificadas del niño.
- Familiares: las que entran a formar parte de la dieta de la familia.

La alimentación complementaria está condicionada en el niño por las experiencias gustativas prenatales (a través de líquido amniótico) y posnatales tempranas (leche materna) de la dieta materna, influyendo estas sobre las preferencias en sabores y olores en el bebé y determinando en parte su actitud de aceptación o rechazo hacia nuevos alimentos, olores y sabores. Por otra parte, el niño mostrará preferencias por alimentos cuando estos se presentan frecuentemente, influyendo el aprendizaje y la experiencia ganados durante el proceso de alimentación.

2. Finalidad de la Alimentación Complementaria

A cierta edad se hace necesario complementar la lactancia materna con diversas finalidades, en las que destacan:

- Aportar la energía, proteínas y nutrientes que ya no se cubren solo con la leche materna.
- Desarrollar el desarrollo psico-sensorial del niño.
- Crear patrones de horarios y hábitos alimentarios.

- Ayudar al desarrollo fisiológico de las estructuras de la cavidad oro-faríngea y de los procesos masticatorios.
- Promover la conducta exploratoria del niño.
- Estimular el desarrollo psico-emocional e integrarlo a la vida familiar.

3. Objetivos de la Alimentación Complementaria

Debido a que la introducción de la alimentación complementaria es una nueva etapa tanto para el niño como para la madre, sus objetivos estarán orientados:

- Cubrir toda la necesidad nutricional del niño.
- Favorecer la interrelación de madre-hijo, ayudando a la transición del lactante desde una dieta predominante líquida hasta los alimentos fundamentalmente sólidos (dieta de la adulta).
- Favorecer al establecimiento de hábitos saludables de la alimentación.⁽²²⁾

b.2) Administración de los Alimentos

Los conocimientos que la madre debe tener sobre la administración de los alimentos están en base a los siguientes puntos.

1. Continuación de la Lactancia Materna

Según la OMS y la Asociación Española de Pediatría (AEP), recomiendan ofrecer leche materna exclusiva desde el nacimiento hasta alrededor de los 6 meses (o al menos durante los 4 primeros meses) e introducir la alimentación complementaria a partir de entonces (6 meses o 26 semanas) mientras se continúa el amamantamiento frecuente y a demanda hasta los 2 años o más.

Durante esta etapa, la leche materna sigue siendo un importante aporte nutricional en la alimentación del niño(a) debido a:

- Tiene un contenido de grasa relativamente alto comparado con la mayoría de alimentos complementarios, siendo un fuente clave de energía y ácidos grasos esenciales.
- Brinda cantidades sustanciales de calcio, vitamina A y riboflavina.
- Constituye un impacto nutricional durante periodo de enfermedad cuando el apetito del niño(a) hacia otros alimentos se ve disminuido.
- Aportar al bebe consuelo y apoyo emocional mientras aprende a recibir nuevos alimentos.
- Proteger contra infecciones, reduciendo el riesgo de enfermedades crónicas de la infancia y obesidad y brindando mejores resultados cognitivos.

2. Cantidad de ingesta de leche materna

La ingesta de leche materna no debe ser inferior a 500ml (4 – 5 tomas mínimo). Por lo general, se recomienda que el niño de la edad de 6 – 8 meses debe consumir leche materna por lo menos ocho veces durante el día y la noche; entre los 9 – 11 meses debe ingerir por lo menos seis veces durante el día y la noche y a partir del año debe darle después de cada comida (por lo menos 5 veces al día).

Por otro lado, se recomienda que hasta los 12 meses los alimentos deben administrarse después o entre tomas de pecho para no crear ansiedad en el

lactante cuando está excesivamente hambriento, lo que podría inducirle a rechazos innecesarios.

3. Inicio de la Alimentación Complementaria

Se debe iniciar a partir de los 6 meses de edad ya que conforme los niños(as) crecen, se vuelven más activos y la lactancia materna resulta insuficiente para cubrir sus necesidades nutricionales. Es a partir de esta edad, donde el niño alcanza un grado de maduración que lo prepara para la introducción, esta maduración se basa en:

- **Maduración digestiva:** La función digestiva alcanza un adecuado nivel de maduración a partir de los 6 meses de edad, lo que le permitirá 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 casi ausente). Además a esta edad empiezan a salir los dientes, importantes para la masticación. Si se introduce alimentos antes de esta edad, se produce intolerancias o sensibilización a los alimentos que van a ser importantes en su vida posterior
- **Maduración renal:** A esa edad, 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, el cual permite la adecuada eliminación de los desechos producidos por el metabolismo de los alimentos

- **Maduración sensorial:** Evoluciona la percepción por parte de los sentidos posibilitando la identificación de distintos sabores, texturas y temperaturas, convirtiéndose en un factor importante en el proceso de aprendizaje para la preferencia de los alimentos.
- **Desarrollo psicomotor:** A medida que el niño crece comienza a adquirir y desarrollar habilidades psicomotoras; así que, para iniciar el proceso de alimentación, a los 5 meses empieza a llevarse objetos a la boca; a los 6 meses los músculos y nervios de la boca se desarrollan iniciando los movimientos de masticación, pueden mover la mandíbula hacia arriba y hacia abajo, controlan mejor la lengua, 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 iniciando la autonomía de su alimentación.
- **Maduración inmunológica:** La introducción de alimentos complementarios supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Por lo tanto se convierte en un momento de gran influencia sobre el patrón de inmunorespuesta y los factores específicos tolerogénicos y previniendo la aparición de alergias y reacciones adversas. ⁽²³⁾

Además la diferencia entre la cantidad que proviene de la leche materna se hace más grande conforme al niño(a) va adquiriendo más edad, por lo que es importante que tenga una alimentación complementaria puede iniciarse a los 4 meses siempre y cuando el crecimiento del niño no ha sido adecuado.

Por el contrario, si la alimentación complementaria se inicia a temprana edad puede generar una serie de peligros para el niño ya que su inmadurez neuromuscular genera problemas de deglución presentando excesos de tos al ser alimentados y en ocasiones se observan signos de dificultad respiratoria lo que sucede cuando una pequeña fracción de papilla deglutida alcanza la glotis del niño, también se asocia a la disminución de la frecuencia e intensidad de la succión y como consecuencia de la producción láctea. Otros riesgos generados están relacionados con la carga renal de solutos del lactante durante los primeros meses de edad lo cual impide concentrar con la misma eficiencia a edades posteriores; y con la inmadurez digestiva generando síndromes diarreicos.

Cantidad de los alimentos

La capacidad gástrica del niño(a) guarda relación con su peso (30g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida. Alrededor del sexto mes de edad del niño(a) expresa su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia adelante; contrariamente, cuando ya se encuentra satisfecho demuestra su desinterés por el alimento echándose hacia atrás y volteando la cabeza hacia un lado. Los lactantes

aumentan gradualmente su aceptación a los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que aceptan.

La ración de alimento que se brinda al niño está determinada según la edad, es así que a partir de los seis meses se empezara con $\frac{1}{4}$ de plato mediano (2 a 3 cucharadas de comida) dos veces al día; entre los 7 y 8 meses se aumentara a $\frac{1}{2}$ plato mediano (100g o 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementara a $\frac{3}{4}$ del plato mediano (150g o 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, más una entre comida adicional; y, finalmente entre los 12 y 24 meses 1 plato mediano (200g o 7 a 10 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, más dos entre comidas adicionales.

Desde los 6 meses de edad, el niño(a) 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. La incorporación de un nuevo alimento debe ser en volúmenes pequeños para prevenir posibles intolerancias y/o alergias. Se debe de introducir un solo alimento a la vez y ofrecerlo durante dos o tres días, lo que permite conocer su tolerancia.

EDAD EN MESES	CANTIDAD
6 meses	2 a 3 cucharadas (1/4 taza) de comida 2 veces al día
7 y 8 meses	3 a 5 cucharadas (1/2 taza) de comida 3 veces al día + 2 entre comidas adicionales
9,10 y 11 meses	5 a 7 cucharadas (3/4 taza) de comida 3 veces al día + 2 entre comidas adicionales
12 meses a 24 meses	7 a 10 cucharadas (1 taza) de comida 3 veces al día + 2 entre comidas adicionales

Lineamientos de nutrición Materno Infantil del Perú. Centro nacional de alimentación y nutrición (CENAN) Lima- Perú 2004. ⁽²⁴⁾

Frecuencia de los alimentos

El número apropiado de comidas que se ofrecen al niño(a) durante el día depende de la densidad energética de los alimentos y de las cantidades consumidas en cada comida.

La frecuencia diaria de comidas es estimada en función de la energía requerida, la cual debe ser cubierta por los alimentos complementarios; la capacidad gástrica del niño, que en promedio es de 30 g/kg de peso corporal y; la densidad energética mínima valorada en 0,8 Kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada son bajas, o si al niño(a) se le suspende la lactancia materna, requerirá de un mayor número de comida para satisfacer sus necesidades nutricionales.

A los 6 meses, se empezara con dos comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentara a tres comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 y 11 meses, además de las tres comidas principales deberán recibir una entre comida adicional y su leche materna; y, finalmente entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedara

establecida en tres comidas principales y dos entre comidas adicionales, además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los 2 años o más. Para iniciar la alimentación con preparaciones semisólidas, se recomienda elegir una hora cercana al mediodía, antes de la siguiente lactada.

EDAD EN MESES	FRECUENCIA
6 meses	2 comidas al día + L.M(Lactancia Materna)
7 y 8 meses	3 comidas al día + L.M(Lactancia Materna)
9,10 y 11 meses	3 comidas al día + 2 entre comidas adicionales a media mañana y a media tarde + L.M(Lactancia Materna)
12 meses a 24 meses	3 comidas principales + 2 entre comidas adicionales a media mañana y a media tarde + L.M(Lactancia Materna)

Lineamientos de nutrición Materno Infantil del Perú. Centro nacional de alimentación y nutrición (CENAN) Lima- Perú 2004. ⁽²⁴⁾

b.3) Preparación de los alimentos

1. Consistencia de los alimentos

A partir del sexto mes de edad el niño deberá iniciarse la alimentación complementaria con preparaciones semisólidas que son alimentos aplastados en forma de papillas, mazamorras o purés (que deben ser blandas e hidratadas); entre los 7 y 8 meses, se dará principalmente alimentos triturados en las mismas formas de preparación entre los 9 y 11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente, entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar. A la hora de brindar los alimentos, se deben ofrecer primero preparaciones espesas y luego las líquidas. Las preparaciones líquidas (jugos, caldos) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua; en cambio, las preparaciones espesas como purés o

mazamorra, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las necesidades nutricionales del niño(a).

Cuando se empieza a dar la alimentación complementaria, es importante que pase por un cedazo para evitar que contenga grumos o trozos duros que puedan ahogar al niño. A medida que el niño va creciendo, esto ya no será necesario debido a su capacidad de masticación.

EDAD EN MESES	CONSISTENCIA
6 meses	APLASTADOS (en forma de papillas, mazamorras o purés)
7 y 8 meses	TRITURADOS (bajo la misma forma de preparación)
9,10 y 11 meses	PICADOS
12 meses a 24 meses	CONSISTENCIA ORIGINAL

Lineamientos de nutrición Materno Infantil del Perú. Centro nacional de alimentación y nutrición (CENAN) Lima- Perú 2004. ⁽²⁴⁾

2. Inclusión de alimentos de origen animal

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 tienen 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 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.
- Zinc: Importante para el crecimiento y desarrollo normal, favorece la cicatrización de heridas y aumenta la inmunidad natural contra infecciones. Las mejores fuentes del zinc, son las carnes, hígado, huevos y mariscos.
- Vitamina A: Participa en el 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 de esta vitamina están en mayor riesgo de tener infecciones, especialmente episodios de diarrea y sarampión más frecuentes y severos. Las fuentes de vitamina A son el hígado y carnes.
- Calcio: Participa en la construcción de los huesos y en la salud dental. Se encuentra en los productos lácteos.

Por lo tanto, los alimentos de origen animal deben consumirse a diario y ser introducidos poco a poco. Entre ellos tenemos:

- ✓ **Carnes:** Aportan proteínas, vitaminas del grupo B y hierro. La carne debe ofrecerse desde los 6 meses comenzando por pollo (sin piel y huesos) por ser de fácil trituración y menor alergenicidad; se sigue posteriormente con ternera, pavo, vaca, cerdo o cordero en una cantidad de 10 – 15 gramos por día y aumentando 10 gramos por mes, máximo de 40 a 50 gramos/día. El hígado y la sangrecita son una fuente rica en hierro y vitamina además de un precio bajo. Se aconseja ofrecer las carnes picada, troceada o en puré y darlo con vegetales para potenciar la absorción y el aprovechamiento de proteínas y minerales.

- ✓ **Pescado:** Los pescados y mariscos son una excelente fuente de proteínas de alto valor biológico, contiene grasas que son principalmente no saturadas (omega 3 y omega 6) y aportan minerales, cloro, sodio, potasio y, sobre todo, fósforo, importantes para el desarrollo neuronal. Además son una buena fuente de hierro y zinc, y los pescados de mar de yodo. La introducción de este alimento debe empezar pasado los 9 meses con pescado blanco cocido (merluza, rape, gallo, lenguado, etc.), por tener menor cantidad de grasa y ser potencialmente menos alergénico. En niños con antecedentes familiares de alergia o que presentan un cuadro alérgico durante su administración, deberán esperar su introducción hasta el año de edad. Otra justificación a este retraso está en que tiene un alto contenido de sal y fósforo y puede contener sustancias nocivas, bien por su conservación (ácido bórico) o en su composición (mercurio). La

introducción del pescado azul se retrasará hasta los 15-18 meses. Se puede dar al niño triturado con verduras, o tomarlo desmenuzado. Es importante que esté libre de espinas.

- ✓ **Huevos:** Son una fuente excelente de proteínas de la mejor calidad biológica y fosfolípidos. La yema es buena fuente de grasas esenciales, vitaminas liposolubles y hierro. La clara contiene proteínas de alto valor biológico, entre ellas la ovoalbúmina de alta capacidad alergénica.

Al 9° mes se puede introducir la yema cocida y el huevo entero hacia el 12° mes. Se recomiendan 2-3 huevos por semana. En niños con antecedentes familiares de alergia o que presentan un cuadro alérgico durante su administración, deberán esperar su introducción hasta el año de edad.

- ✓ **Leche y derivados:** Mientras la madre siga ofreciendo al niño leche materna entre 4 y 5 veces al día, el niño no precisa otro tipo de aporte lácteo ya que pueden producir alergia. A partir de los 8 meses se puede ofrecer yogurt natural sin azúcar, a partir del año se puede dar leche de vaca, ya que ésta última se asocia a pérdidas de sangre en heces, un estado bajo en hierro (anemia) e intolerancias a leche a futuro. ⁽²⁵⁾

3. Inclusión de alimentos de origen vegetal

Para asegurar el aporte de vitaminas, minerales y otras sustancias protectoras presentes en los vegetales, es necesario combinar la mayor variedad posible de verduras en la dieta y los suplementos vitamínicos

no pueden reemplazarlas. La absorción de hierro en los vegetales se potencializa cuando va acompañado de alimentos contenidos de vitamina C.

Entre los alimentos de origen vegetal tenemos:

- ✓ **Cereales:** A menudo es el primer elemento distinto de la leche que se introduce en la dieta de los lactantes. Las papillas de cereales suministran proteínas, minerales, vitaminas (especialmente, tiamina), ácidos grasos esenciales y sobre todo, contribuyen al equilibrio energético total, debido a su elevado contenido en hidratos de carbono (80 Kcal/100 g) o por la adición de azúcares. Sin embargo, si este aporte llega a ser excesivo, es más fácil la sobrealimentación y, como consecuencia de ello, la obesidad que pudiera motivar problemas en un futuro.

Los cereales que se deben introducir entre los 5 - 6 meses son los que no contiene gluten como el arroz, sémola, maicena; y a partir de los 7 - 8 meses se puede dar mezcla de cereales con gluten (trigo, cebada, avena) a manera de prevención, según la normativa de la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN), ya que su introducción temprana de cereales con gluten (antes de los 6 meses) se relacionan con la aparición de diabetes tipo I y enfermedad celíaca en sujetos con riesgo genético para la enfermedad.

Los cereales se ofrecen en forma de papillas espesas y se deben utilizar con la leche habitual y añadir el cereal necesario.

- ✓ **Tubérculos:** Son principales en la alimentación del niño y sirven de base en la preparación de los alimentos sirviéndose como purés. Entre ellos tenemos: papa, camote, yuca.
- ✓ **Menestras:** Las menestras contienen abundante fibra que ayuda a la regulación intestinal, mejora la flora gastrointestinal. Además es un alimento que contiene calcio y hierro, como las habas, las lentejas y el fréjol panamito. Se recomienda iniciar su aporte a partir del 7° a 8° mes debido a su alto contenido en nitratos, siempre añadida a las verduras, con lo que se enriquece su valor biológico proteico. Su administración será muy gradual y progresiva, 1 ó 2 veces por semana, favoreciendo así el incremento de la actividad enzimática y digestiva y evitando la flatulencia.
- ✓ **Frutas:** Es el primer alimento que se recomienda introducir en los niños lactados al pecho. La papilla de fruta aporta residuos como la celulosa (que condiciona la normalización del tránsito intestinal), carbohidratos (sacarosa), minerales y vitaminas como la vitamina A (presentes en frutas de color amarillo y naranja) y la vitamina C (que favorece al mantenimiento de los huesos y cartílagos, así como refuerza las defensas orgánicas sobre todo de las vías respiratorias altas). Suelen comenzar su administración en forma de zumo y a cucharaditas y más adelante en forma de papilla. Las frutas más

recomendadas son naranja, manzana, pera, plátano de isla, papaya, mango, aguaje, camucamu y maracuyá.

Es aconsejable utilizar fruta fresca e ir introduciéndolas una a una en cortos períodos, para comprobar su tolerancia. Es necesario dar una amplia gama de papillas de frutas para favorecer el aprendizaje alimentario y potenciar el desarrollo de los sentidos; además, se deben tomar recién preparadas porque las vitaminas B y C se oxidan muy rápidamente (antes de media hora).

Se aconseja administrar las frutas antes de comer o entre horas porque tiene un alto poder saciante. Debemos evitar las frutas potencialmente alergénicas, como: fresa, fresón, frambuesa, kiwi, mora y melocotón, por la capacidad de las mismas para liberar histamina y recurrir a las propias de cada región o temporada.

- ✓ **Verduras y hortalizas:** Se ofrecerán a partir del 6° mes en forma de purés, sustituyendo la toma del mediodía. Están constituidas fundamentalmente por agua, residuos de celulosa, vitaminas y minerales.

La introducción de las verduras se hace inicialmente con caldo vegetal para probar la tolerancia e iniciar la diversificación de los sabores y, posteriormente, darlas en forma de purés.

Se aconsejan verduras suaves del tipo de la zanahoria, apio, zapallo, calabaza, calabacín y tomate (alto contenido de vitamina O y su

ingesta después de las comidas favorece la absorción de hierro proveniente de los vegetales). Se debe conseguir una mezcla de los distintos vegetales, para obtener una mejor distribución de los diversos aminoácidos (y aumentar así su valor biológico) y vitaminas. Al inicio se evitarán las verduras flatulentas como la col, coliflor y el nabo (potencialmente bocígenas); las ricas en sustancias sulfuradas (cebollas, ajo, espárragos, etc.) y, por su potencial efecto metahemoglobinizante, también debe evitarse la administración de remolacha, betarraga y las de hoja verde ancha, como espinacas, habas y acelgas, por su contenido en nitratos, etc. Al puré de vegetales se le puede añadir una cucharadita de aceite. Tanto las verduras como las frutas deben administrarse diario para poder mejorar la digestión del niño y obtenga una fuente adecuada de protección inmunológica. ⁽²⁶⁾

4. Agregar una cucharadita de aceite, mantequilla, margarina a las comidas

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. La grasa es importante en la alimentación de la niña o niño, ya que:

- Aportan ácidos grasos esenciales: ácido linoléico y ácido α linolénico.

- Favorece la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E, K)
- Incrementan la densidad energética de las comidas de la niña o niño.
- Mantiene la viscosidad de las comidas independientemente de su temperatura.

Una ingesta muy baja de grasa ocasiona una 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.

5. Necesidades de Yodo

El yodo es nutriente esencial para las funciones del organismo, siendo esencial en el crecimiento y desarrollo particularmente del cerebro. Sus necesidades se incrementan a partir de los 6 meses entre 40 y 50 ug/día. La deficiencia de yodo es un riesgo latente en toda la extensión de la sierra y selva del Perú, debido a los suelos pobres en yodo, consecuentemente los productos animales y vegetales nativos, no contienen las cantidades necesaria de yodo, por lo tanto para disminuir el riesgo de sufrir las deficiencias de este micronutriente en la población se recomienda la utilización de sal yodada en las comidas.

6. Azúcares refinados, miel y otros dulces

No es recomendable el consumo de azúcar, pues la dieta del bebé tiene un aporte adecuado de hidratos de carbono, por lo tanto debe brindarse

los alimentos en su estado natural. No alimentar a los lactantes con miel ni jarabe de maiz ya que estos alimentos pueden contener esporas del Clostridium Botulinum, que pueden ser absorbidas a través del intestino inmaduro del lactante causando el botulismo por lo que se desaconseja su consumo en menores de 1 año.

7. Ingesta de Líquidos

La única bebida necesaria durante la alimentación complementaria es el agua. El agua es un componente fundamental del organismo humano y en la infancia llega a constituir el 60-75% del total. Ya que la alimentación complementaria supone una mayor carga renal de solutos, no basta con los líquidos aportados por la leche y otros alimentos, debiendo ofrecérsele agua con frecuencia. Se puede dar de beber aproximadamente $\frac{1}{3}$ de una taza 2 -3 veces al día, separándola del horario de las tomas de leche.

También se le puede ofrecer jugos de frutas en las comidas, ya que contienen un mayor componente nutritivo y complementa adecuadamente las comidas de los niños.

Por el contrario, no se debe favorecer que tomen otras bebidas como zumos, batidos o refrescos, ni ofrecer a los niños té (negro, verde o de hierbas como la manzanilla) ya que éstos contienen taninos y otros compuestos que limitan la absorción de hierro y además, la costumbre frecuente de añadirles sacarosa (azúcar) aumenta el riesgo de caries y

puede limitar el consumo de alimentos con mayor densidad de nutrientes.

8. Combinación de los alimentos

La combinación de las comidas varía a medida que crece el niño. Las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas (menestras), alimentos de origen animal, tubérculos, verduras, lácteos (derivados) y frutas; un ejemplo correcto de esto es puré de papa con espinaca + hígado + jugo de frutas.

La alimentación se inicia con una papilla o puré que debe ser preparada inicialmente con verduras, cereales y una pequeña cantidad de carne molida de pollo, pavo o vacuno sin grasa. Cuando se preparan las menestras (lentejas, arvejas, fréjoles) se debe agregar 2 cucharadas de cereal (arroz, quinua, trigo, etc.).

Los alimentos se sirven sin mezclarlos al momento de servirlos.

Por otro lado, debido a que la alimentación del niño es variada, la madre también debe tener conocimiento que la introducción de estos nuevos alimentos traerá consigo cambios en el lactante tales como las características de las heces, las cuales van a pasar de una consistencia más suave a otra más fuerte y un color más oscuro lo cual indica un cambio en la dieta. ⁽²⁷⁾

9. Alimentos alergénicos

Son aquellas reacciones ocasionadas por un mecanismo inmunológico, provocadas por el consumo de determinados alimentos que pueden ser:

- **Mediadas por Ig E:** En las que el anticuerpo responsable de la reacción inmunológica frente al alimento es la Inmunoglobulina E. La inmunoglobulina E (Ig E) es un tipo de anticuerpo (proteína) que se produce por linfocitos B ante un estímulo alergénico, siendo sus niveles bastante elevados en pacientes alérgicos.

- **No mediadas por Ig E:** Es decir aquellas en las que la respuesta inmunológica tiene un mecanismo diferente, generalmente celular.

Los alimentos considerados universalmente más alergénicos son el huevo, la leche, el pescado, y los cítricos.

Entre los síntomas que se presentan en esta enfermedad son: náuseas, vómitos y diarrea posterior a ingerir el alimento, así como malestar general, picazón, enrojecimiento de la piel y aumento de la secreción nasal.

Los patrones sociales de alimentación juegan un papel fundamental en su origen. La cantidad de Antígenos y su naturaleza, la edad de incorporación del alimento, la calidad de la inmunidad materna, la integridad de la mucosa intestinal, y la herencia constituyen factores

predisponentes de importancia. La mayoría de alergias alimentarias se adquiere entre el primer y segundo año de vida, la mayoría de estas reacciones alérgicas desaparecen espontáneamente durante la infancia esta evolución esta probablemente asociada al proceso de maduración el tubo digestivo y del sistema inmune que tiene lugar a lo largo de los primeros años de vida.⁽²⁸⁾

ALIMENTACIÓN RECOMENDADA DE 6 A 12 MESES

ALIMENTACIÓN RECOMENDADA DE 6 A 12 MESES			
PRODUCTO	6 MESES	7-8 MESES	9-11 MESES
ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL	<ul style="list-style-type: none"> • Hígado de pollo • sangrecita 	<ul style="list-style-type: none"> • Hígado de pollo • Sangrecita • Carne de res • Pollo 	<ul style="list-style-type: none"> • Hígado de pollo • Sangrecita • Yema de huevo • Carne de res • Pollo
FRUTAS	<ul style="list-style-type: none"> • Plátano de isla • Durazno. • Pera 	<ul style="list-style-type: none"> • Plátano de isla • Durazno. • Pera • Mango • Manzana • Granadilla • Melón 	<ul style="list-style-type: none"> • Plátano de isla • Durazno. • Pera • Mango • Manzana • Granadilla • Melón
VERDURAS Y HORTALIZAS	<ul style="list-style-type: none"> • Zapallo • Zanahoria • Espinaca • Acelga • Zapallito italiano 	<ul style="list-style-type: none"> • Zapallo • Zanahoria • Espinaca • Acelga • Zapallito italiano 	<ul style="list-style-type: none"> • Zapallo • Zanahoria • Espinaca • Acelga • Zapallito italiano • Tomate
TUBERCULOS	<ul style="list-style-type: none"> • Papa amarilla • camote • olluco, • oca. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papa amarilla • Camote • yuca • olluco, • oca. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papa amarilla • Camote • yuca • Rabanito • veterraga
CEREALES SIN GLUTEN		<ul style="list-style-type: none"> • Arroz • Quinoa • Maíz 	<ul style="list-style-type: none"> • Arroz • Quinoa • Maíz
CEREALES CON GLUTEN		<ul style="list-style-type: none"> • Trigo(pan, galleta, fideos) • Avena • Cebada 	<ul style="list-style-type: none"> • Trigo(pan, galleta, fideos) • Avena • Cebada
MENESTRAS		<ul style="list-style-type: none"> • Lentejas • Frejoles • Pallar(sin cáscara) • Harina de habas • Harina de arvejas 	<ul style="list-style-type: none"> • Lentejas • Frejoles • Pallar(sin cáscara) • Harina de habas • Harina de arvejas • Arvejas partidas
CONDIMENTOS NATURALES		<ul style="list-style-type: none"> • Canela • Clavo • Kion • Orégano • Cebolla • Ajos 	<ul style="list-style-type: none"> • Canela • Clavo • Kion • Orégano • Cebolla • Ajos • Tomate

Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. ⁽²⁹⁾. Fundamentos de Nutriología Pediátrica ⁽²⁹⁾.

ALIMENTOS ALERGÉNICOS

ALIMENTOS ALERGÉNICOS				
ORIGEN	ALIMENTO	COMPONENTE ALERGÉNICO	EDAD DE INTRODUCCIÓN	CONSIDERACIONES
ORIGEN ANIMAL	LECHE	<ul style="list-style-type: none"> • Proteínas séricas (beta- lactoglobulina, alfa- lactalbúmina) • Caseínas (alfa, beta, kappa) 	> DE 12 MESES	La introducción de la leche de vaca durante el primer año de vida, genera impacto negativo sobre el estado nutricional de hierro en el lactante, entre otros aspectos.
	HUEVO	<ul style="list-style-type: none"> • Clara: (ovomucoide, ovoalbúmina, ovotransferrina, lisozima) 	YEMA: 7-8 MESES CLARA: >10 MESES MESES	La elaboración de vacunas como triple virica, antigripal o para la fiebre amarilla, contienen componentes del huevo, que pueden ser alergénicos.
	PESCADO	<ul style="list-style-type: none"> • Proteína(Parvalbúmina) 	9-11 MESES	Si existen antecedentes de atopia o alergia alimentaria, se esperará a los 12 meses. A partir de esa edad, sustituirá a la carne en el puré 2-3 veces por semana.
ORIGEN VEGETAL	CEREALES CON GLUTEN	<ul style="list-style-type: none"> • Prolaminas (prolina y glutamina) 	7 MESES	Sus síntomas y signos se traducen en la malabsorción de nutrientes y el daño intestinal. Existen familias con predisposición para manifestar la enfermedad celíaca.
	MIEL	<ul style="list-style-type: none"> • Esporas de Clostridium botulinum, que ocasionan BOTULISMO 	> DE 12 MESES	La posibilidad de tener alergia a la miel aumenta en personas que son alérgicas o sensibles al polen de las plantas y el veneno de la picadura de abeja, como lo demuestra la investigación realizada por el National Center for Biotechnology Information.
	CITRICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Ácido cítrico 	> DE 12 MESES	Los cítricos son potencialmente alergénicos, sobre todo en caso de alergias en los padres a estos alimentos.

Manual Práctico De Nutrición En Pediatría. (30)

2.2.2 PRACTICAS ALIMENTARIAS:

Es el conjunto de actividades, influenciados por procesos socioeconómicos y culturales de la madre que se realizan para satisfacer necesidades alimentarias del niño. Supone un orden, sintaxis, desde la preparación hasta el consumo de los alimentos, que consiste en la disposición, selección, compra, conservación y preparación de los mismos (Gainza, 2002 y Pereyra, 2008).

A) Manipulación de los Alimentos

Para evitar las enfermedades principalmente gastrointestinales, la manipulación de los alimentos juega un papel importante a la hora de administrarlos. Las medidas adecuadas son:

1. Prácticas de higiene

Las prácticas de higiene deben ser adecuadas para evitar infecciones, donde destacan las enfermedades diarreicas contraídas por agua y alimentos contaminados, para lo cual se recomienda:

- Lavado de manos con agua y jabón de la madre, 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. Igualmente, se debe mantener limpia las manos y la cara del niño(a).
- Lavar los alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada).

- Utilizar utensilios limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, ele.) para preparar y servir los alimentos.
- Evitar el uso de biberones y chupones debido a la dificultad para mantenerlos limpios, además de otros efectos negativos.
- Utilizar agua segura (potable, dorada o hervida) y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.
- Cuando el adulto prueba el alimento, debe lavar o cambiar la cuchara con la que alimentará al niño porque la comida se puede descomponer más fácilmente.
- Mantener los animales fuera del hogar.

2. Conservación de los alimentos

Los alimentos deben conservarse adecuadamente para evitar su descomposición, para ellos se debe hacer lo siguiente:

- ❖ Mantener los alimentos tapados o refrigerados y servirlos inmediatamente después de prepararlos.
- ❖ Conservar los alimentos en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos.
- ❖ Colocar la basura o restos de comida en recipientes tapados y fuera de la vivienda.
- ❖ Los restos de la comida que la niña o niño pequeño dejan en el plato no se debe guardar para consumirlo posteriormente, pues se descomponen fácilmente, por ello deben ser consumidos al momento.

- ❖ Es necesario enfriar los alimentos calientes antes de dárselos al niño hasta que tengan aproximadamente la temperatura del cuerpo (37 grados) o menor, para evitar quemaduras, para ello no se deben soplar los alimentos para enfriarlos, porque se pueden contaminar con microorganismos que se encuentren en la boca del adulto que lo alimenta. ⁽³¹⁾

B) Alimentación durante la Enfermedad

Las enfermedades infecciosas son muy frecuentes en los primeros 2 años de vida, siendo este periodo el de mayor riesgo de desnutrición, en algunos casos la enfermedad puede disminuir el apetito, por este motivo es necesario continuar con el aporte de energía y demás nutrientes para prevenir la pérdida de peso y evitar la desnutrición. Las recomendaciones de alimentación durante el proceso de enfermedad son:

- Ofrecer pequeñas cantidades de alimentos y con mayor frecuencia, entre seis y ocho veces.
- Incrementar líquidos.
- Mayor frecuencia de la lactancia materna.
- Brindar variedad de comidas; éstas deben ser favoritas, atractivas y en preparaciones que le agraden a la niña o niño.
- Si la niña o niño vomita después de recibir alimentos, es conveniente interrumpir temporalmente la alimentación, hidratarlo e intentar

nuevamente, ofreciendo pequeñas cantidades de alimento según la tolerancia.

- Es recomendable que los niños(as) con sarampión, diarrea, infecciones respiratorias y otras infecciones ingieran alimentos ricos en vitamina A, para favorecer la recuperación de las mucosas digestivas y respiratorias y disminuir las complicaciones.
- Inmediatamente después de los procesos infecciosos, la niña o niño requiere de un mayor consumo de alimentos para acelerar su recuperación nutricional y crecimiento. Cuando la niña o niño recupera su apetito, se debe aprovechar para darle una comida adicional al día, además de las tres comidas principales y las dos entre comidas adicionales por un período de 2 semanas. ⁽³²⁾

C) Alimentación Perceptiva

La alimentación complementaria óptima depende no sólo de que alimentos se le ofrece a la niña o niño en sus comidas (que dar de comer), sino también es importante la manera de cómo, cuándo, dónde y quién da de comer.

1. Interrelación madre hijo

La alimentación tiene que ser interactiva entre la madre y el niño, donde la madre tiene que estar atenta a las señales de hambre del niño(a) respondiendo con paciencia y amor y aplicando los siguientes principios del cuidado psicosocial:

- ❖ Hablar con los niños(as) durante las comidas, con contacto visual, reconociendo que los momentos de comer son espacios de aprendizaje y amor.
- ❖ Alimentarlos despacio y con paciencia, animándolos a comer pero sin forzarlos, ya que esto aumenta el estrés y disminuye su apetito.
- ❖ Dar de comer directamente a los niños(as) pequeños y ayudar físicamente a los niños(as) mayores cuando se alimentan solos, estando atentos y respondiendo a sus señales de apetito y saciedad.
- ❖ Cuando los niños (as) no desean comer, se debe experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer.
- ❖ Es importante que el padre participe en el cuidado y fortalecimiento de vínculos afectivos del niño.

2. Entorno adecuado de alimentación

Para que el niño pueda ingerir toda su comida, es importante que el entorno sea adecuado y estimulante para el niño, por ello se debe hacer lo siguiente:

- Crear un ambiente tranquilo y agradable a la hora de las comidas, en lo posible libre de tensiones, juego y elementos de distracción como la televisión.
- Contar con la presencia de los miembros de la familia presentes, especialmente en las horas de comida e incorporar al niño dentro de la mesa familiar.

La alimentación perceptiva está basado en el modelo de la interacción **padre - hijo de Kathryn E. Barnard**, quien resalta el papel de la enfermera en la orientación a las madres a ofrecer a sus hijos condiciones que promuevan su crecimiento social, emocional y cognitivo mediante una adecuada interrelación, la cual describe los siguientes puntos de su modelo:

- ✦ Claridad de señales del niño: El bebé o el niño deben mandar señales a su cuidador, indicando sus deseos, por lo cual, la habilidad y la claridad con las que estas pistas se mandan va hacer más fácil o más difícil a los cuidadores discernir las pistas y modificar su conducta.
- ✦ Respuesta del niño hacia su cuidador: Es la capacidad del niño de responder a los intentos del cuidador de comunicarse e interactuar.
- ✦ Sensibilidad del cuidador a las señales del niño: Es la capacidad del cuidador de reconocer y responder los mensajes del niño.
- ✦ Capacidad del cuidador para aliviar la sensación de malestar del niño: Esta capacidad implica el reconocimiento del cuidador de las señales de malestar, la elección de una acción adecuada y la capacidad de darse cuenta y dar una respuesta.
- ✦ Actividades del cuidador para fomentar el crecimiento social y emocional: Incluye el dominio afectivo y transmite un tono de sensación positiva.
- ✦ Actividades del cuidador para fomentar el crecimiento cognitivo: Las verbalizaciones del cuidador animando al niño a que responda

permitiendo la exploración son algunos de los ejemplos de cómo puede fomentarse el crecimiento cognitivo. (33)

2.2.3 ROL DE LA ENFERMERA EN LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL

Para que la madre adquiriera conocimientos óptimos sobre adecuadas prácticas de alimentación complementaria y se vea reflejado en una correcta curva ponderal, la función de la enfermera debe ser fundamental, adecuada y objetiva. Según la Norma de Atención Integral del Niño - 2006, es función de la enfermera educar a la madre sobre la alimentación complementaria a través de las consejerías que brinda en los controles de crecimiento y desarrollo del niño sano. Esta función está respaldada por muchas teorías y modelos de enfermería, dentro de las cuales tenemos:

Florence Nightingale:

En su teoría del entorno Florence nos habla sobre todas las condiciones y las fuerzas externas que influyen en la vida y el desarrollo de un organismo.

El entorno físico, que se encuentra constituido por los elementos físicos, tales como la ventilación, temperatura, higiene, luz, ruido y la eliminación. Influyen en la salud de la persona.

Además nos habla sobre el entorno psicológico, que puede verse afectado negativamente por el estrés y según Nightingale el entorno social que comprende el aire limpio, el agua y la eliminación adecuada implica la recogida de datos sobre la enfermedad y la prevención de la misma.

Por ellos es importante para nuestra investigación conocer las prácticas que poseen las madres y el entorno en el que se encuentra en niño en el momento de su alimentación, ya sea el entorno físico como el entorno psicológico, que les ofrecen a estos.

Nola J. Pender:

En su teoría Promoción de la Salud, menciona que cada madre está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo perceptual (por ejemplo el grado de instrucción) y sus factores-variables; además dice que el entorno, no se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud. Por lo tanto, los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en la madre durante los controles de crecimiento y desarrollo, generando conductas positivas en la adecuada alimentación complementaria que debe brindar a su niño.

Hildegard E. Peplau

Dentro de la Teoría de la enfermera psicodinámica, que nos menciona Peplau, plantea que la salud se va a desarrollar a través de un proceso terapéutico interpersonal entre la madre y la enfermera, y que el aprendizaje de esta última estará influenciado por el tipo de persona que sea la enfermera.

En cuanto al entorno, lo define de manera implícita, como las fuerzas que existen fuera del organismo, en el contexto de la cultura de las cuales se adquieren gustos y creencias.

En este sentido, nos basamos en su teoría, para aplicarlo en nuestra investigación y ver la influencia que ejerce la cultura y creencias que tengan la familia con relación a la calidad de alimentos que le brinden en la dieta al niño.

Kathryn E. Barnard

En su teoría "MODELO DE INTERACCIÓN PADRE-HIJO", propuesto por Barnard, procede de la psicología y del desarrollo humano, se centra en la interacción madre-niño con el entorno. Esta teoría se basa en los datos empíricos acumulados a través de escalas desarrolladas para cuantificar la alimentación, la enseñanza y el entorno. Además resalta la importancia de la interacción madre-hijo y el entorno durante los tres primeros años de vida, permitiendo el desarrollo de definiciones conceptuales y operativas.

Por estas razones hemos visto la importancia que tiene la enfermera en fortalecer el vínculo madre-niño, ya que éste se fortalecerá desde el momento del inicio de la alimentación; si la madre no recibe la orientación necesaria, terminara convirtiendo este momento crucial en el niño en una situación de estrés y tensión, que terminara por quebrantar dicho vínculo.⁽³⁴⁾

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- 1. Conocimiento en alimentación complementaria:** Es el conjunto de información adquiridos por la madre a través de la experiencia o la educación que recibe por parte del personal de salud.
- 2. Prácticas:** Es la respuesta expresada por la madre sobre todas

aquellas actividades que realiza en la alimentación complementaria en torno a las medidas higiénicas en la manipulación y preparación de alimentos y la interacción en el momento de la alimentación del niño a partir de los seis hasta los 12 meses de edad.

3. **Alimentación complementaria:** Es la introducción de alimentos semisólidos en la dieta del niño a partir de los 6 meses, la cual va a complementar a la leche materna hasta los 2 años.
4. **Madre:** Es aquella persona, con o sin lazos consanguíneos, que se encarga del cuidado, alimentación y cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo del niño.
5. **Niño de 6 meses a 1 año:** Son todos los niños que comprenden dichas edades, que se atienden en la Estrategia Sanitaria de Crecimiento y Desarrollo del niño sano del Centro de Salud Márquez.
6. **Promoción de la salud:** consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, por lo tanto es la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.
7. **Alimentación Perceptiva:** Es la alimentación brindada en un marco de afecto e interrelación directa entre la madre y el niño, respetando las necesidades de este último.

8. **Desnutrición:** Es un estado nutricional anormal originado por una ingestión deficiente de nutrientes según los requerimientos fisiológicos.
9. **Educación sobre alimentación complementaria:** Son los conocimientos impartidos por la enfermera a la madre durante el control de crecimiento y desarrollo, y que están en función de los nutrientes adecuados que debe brindar ella al niño para evitar la desnutrición.
10. **Aumentos nutritivos:** Son los alimentos que contienen un alto valor biológico, esenciales para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño.
11. **Gluten:** Es una glicoproteína. Es un agente gelificante y emulgente, que liga las moléculas de agua y por tanto funciona eficazmente como elemento estructurador. Precisamente estas propiedades son las que lo hacen tan apreciado entre panaderos, reposteros y fabricantes de este tipo de productos. Está presente en muchos tipos de cereales como el trigo, centeno, cebada, escanda, espelta, triticale, farro, kamut y avena.
12. **Enfermera encargada del control de crecimiento y desarrollo del niño:** Es el profesional que ha cursado estudios dentro de una universidad, y aplica de forma integral, en el marco de la salud pública, los cuidados al niño y familia, permitiendo un desarrollo óptimo, brindando la adecuada consejería a la madre en un enfoque de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

III. VARIABLES E HIPOTESIS

3.1. VARIABLES DE LA INVESTIGACION

- V1: Nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria.
- V2: Prácticas alimentarias de las madres de niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo.

3.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA	VALOR
V1 Nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria	El conocimiento sobre alimentación complementaria es un conjunto integrado por información, interpretaciones y experiencias que poseen las madres acerca de este tema, el cual es un proceso que se inicia cuando se introduce cualquier tipo de alimento no lácteo, como complemento a la leche materna, dado	Es la respuesta expresada de la madre sobre toda aquella información que refiere poseer acerca del inicio de la alimentación complementaria, tipo de alimentación, frecuencia, cantidad y forma	Conceptos generales de la alimentación complementaria	✓ Definición de alimentación complementaria ✓ Objetivos de la alimentación complementaria	Nivel de conocimiento: • Alto • Medio • Bajo	Puntaje: 14-18 10-13 0-9
			Conocimiento sobre la administración de los alimentos	✓ Continuación de la lactancia materna ✓ Edad de inicio de la alimentación complementaria ✓ Cantidad de los alimentos ✓ Frecuencia de los alimentos		

	<p>diariamente de un modo regular y en cantidades significativas, culminando cuando un niño recibe una alimentación muy parecida a la del resto de la familia por lo tanto, este conocimiento va implicar una serie de aspectos, donde se detallara el proceso de alimentación complementaria.</p>	<p>de preparación que el niño requiere en su dieta, el cual será obtenido a través de un cuestionario valorado en nivel de conocimiento alto, medio y bajo.</p>	<p>Conocimiento sobre la preparación de los alimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consistencia de los alimentos ✓ Inclusión de los alimentos de origen animal ✓ Inclusión de alimentos de origen vegetal ✓ Inclusión del aceite, margarina o mantequilla a las comidas. ✓ Inclusión de alimentos ricos en hierro. ✓ Combinación de los alimentos 		
--	--	---	---	---	--	--

V2 Prácticas alimentarias de las madres de niños de 6-12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo.	Es la respuesta expresada por la madre sobre todas aquellas actividades que realiza en la alimentación complementaria en torno a las medidas higiénicas en la manipulación y preparación de alimentos y la interacción en el momento de la alimentación del niño a partir de los seis hasta los 12 meses de edad.		Manipulación de los alimentos.	✓ Prácticas de higiene en la manipulación de los alimentos. ✓ Conservación de los alimentos.		
			Conocimiento sobre alimentación perceptiva	✓ Interrelación entre la madre y el niño ✓ Entorno adecuado para la alimentación	✓ Adecuadas. ✓ Inadecuadas	✓ 6-7 ✓ 0-5

3.3. HIPOTESIS

- **HI:** Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del C.S Villa Señor de los Milagros, Callao 2015.
- **HO:** No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del C.S Villa Señor de los Milagros, Callao 2015.

IV: METODOLOGÍA

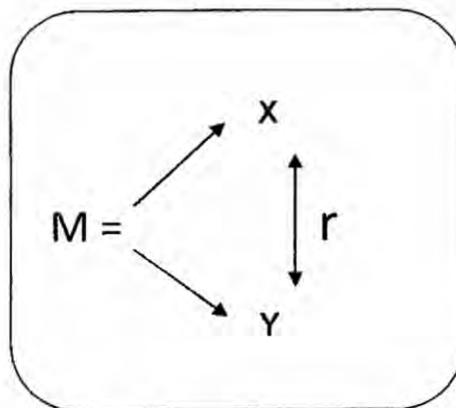
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es de tipo cuantitativo ya que los datos obtenidos son susceptibles de ser medidos, nivel aplicativo pues nos permitirá reorientar y o modificar la realidad existente, de corte transversal ya que permitirá mostrar la información obtenida tal y como se encuentra en una realidad, en un espacio y tiempo determinado.

4.2 DISEÑO METODOLÓGICO:

El estudio de investigación es no experimental de corte transversal correlacional, ya que solo se pretende medir la correlación de las variables sin manipular alguna de ellas.

Dónde:



M: Representa la muestra en la que se realizó el estudio.

X: Representa la información de interés obtenida de la variable independiente: nivel de conocimiento de la madre sobre la alimentación complementaria.

Y: Representa la información de interés obtenida de la variable dependiente: prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses.

R: Relación que existe entre las dos variables.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

a) Población: La población de estudio estuvo constituida por las madres con niños de 6 a 12 meses de edad, que acudieron al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño sano, del centro de salud Villa Señor de Los Milagros, desde julio a setiembre del 2015, que en su totalidad son 95 madres.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Madres de los niños de 6 a 12 meses que asisten mensualmente al control de crecimiento y desarrollo
- Madres que acepten participar de la investigación, previo consentimiento informado.
- Madres que dieron lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Madres de los niños de 6 a 12 meses que se encuentran enfermos 15 días previos a la encuesta.
- Madres de los niños que no han asistido al control el mes anterior.
- Madres que no dieron lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses.

b) Muestra: En la determinación de la muestra, se trabajó según el muestreo probabilístico aleatorio simple. Donde la muestra de estudio hallada fue de 46 madres que acuden periódicamente al centro de salud Villa Señor de Los Milagros- Callao, que se obtuvo de la siguiente manera:

$$n = \frac{N \cdot P(1 - P)}{(N - 1) \left(\frac{E^2}{Z^2 \alpha^2} \right) + P(1 - P)}$$

Dónde:

n: Es la muestra poblacional.

N: Es el tamaño de la población.

Z α : Es intervalo de confianza = 1.69 (91% de confianza).

P: Proporción poblacional = 0.5.

Q: Es (1-p)=0.5.

E: Es el error muestral de 0.09

$$n = \frac{95.0.5(1 - 0.5)}{(95 - 1) \left(\frac{0.09^2}{1.69^2} \right) + 0.5(1 - 0.5)}$$

$$n = 46$$

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, se utilizará como técnica la entrevista semi estructurada la cual es una técnica flexible y ordenada, que generó una interrelación directa con la madre y favoreció a una mejor recolección de datos ya que permitió mejorar el significado de la pregunta o modificarla a manera que pueda ser comprendida por la madre, satisfaciéndose así las dudas o preguntas.

Los instrumentos que se utilizará será el cuestionario estructurado por las investigadoras (anexo 4), el cual estuvo conformado por dos partes, donde 18 preguntas fueron con respecto al nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y 7 preguntas fueron acerca de las prácticas de alimentación complementaria, obteniendo así un total de 25 preguntas. Las respuestas fueron medidas de manera nominal, mediante una escala de puntuación numérica. Donde cada respuesta correcta tuvo una calificación de 1 punto.

Respecto a la evaluación, el nivel de conocimientos fue evaluado según puntaje de la siguiente manera:

Nivel de conocimiento

Bajo	:	0	-	9	puntos
Medio	:	10	-	13	puntos
Ato	:	14	-	18	puntos

Las prácticas de alimentación complementaria, se evaluaron de la siguiente manera:

Prácticas

Adecuadas	:	6	-	7	puntos
Inadecuadas	:	0	-	5	puntos

4.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La aplicación del instrumento se realizó con previa autorización dirigida al Director del Centro de Salud Villa Señor de los Milagros. Siendo aplicado a través de una entrevista estructurada a las madres de dicho centro de salud, en un tiempo aproximado de 10 minutos por persona.

Concluida la recolección de datos estos fueron procesados en forma manual mediante el llenado de la hoja maestra de datos previa elaboración de la tabla de codificación de datos.

4.6. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento de datos se realizó mediante la elaboración de una Tabla Matriz, en base al Instrumento diseñado; utilizando para tal fin el Programa Excel 2010 por que proporciona herramientas y funciones eficaces para procesar los datos obtenidos con mayor facilidad.

Para la presentación gráfica de los resultados se empleará: gráficos de Barras por ser la variable de naturaleza cuantitativa así como los cuadros estadísticos.

Los aspectos de análisis se realizaron a través del SPSS para obtener el Coeficiente de correlación de Pearson y Spearman, a fin de hallar la relación existente entre ambas variables de estudio.

V. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en esta investigación fueron ordenados, clasificados, codificados y analizados para su presentación mediante cuadros y gráficos expresados en números y porcentajes para la interpretación respectiva de acuerdo al marco teórico.

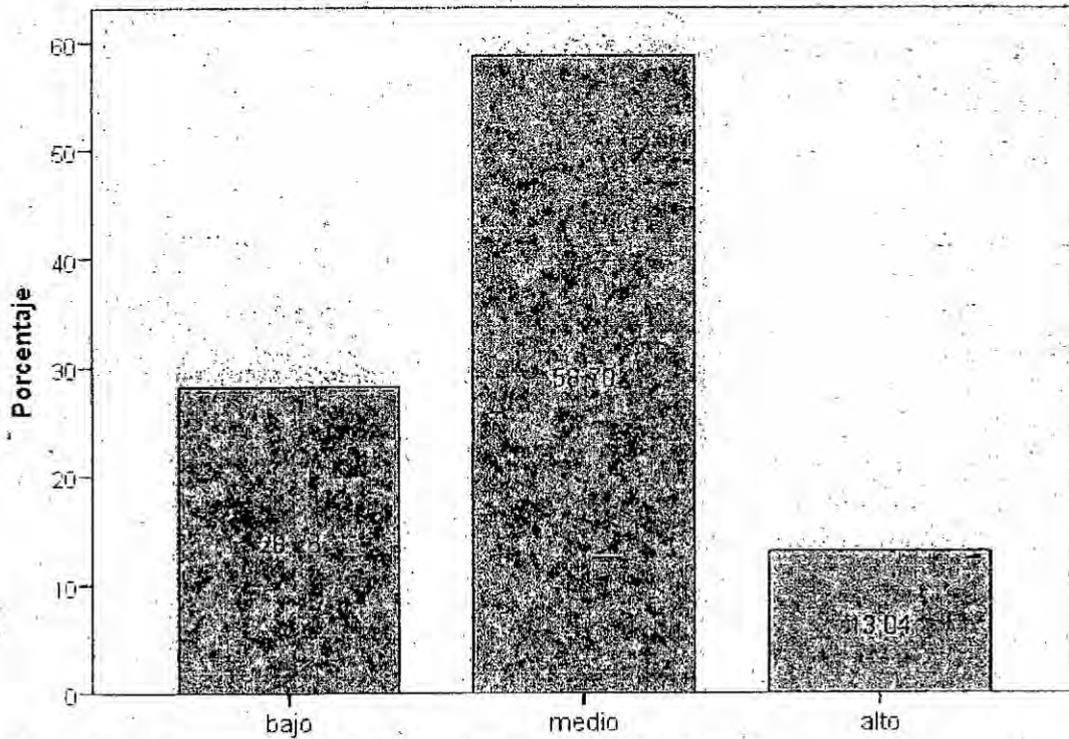
TABLA N° 5.1
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL
CENTRO DE SALUD VILLA SEÑOR DE LOS MILAGROS CALLAO
2015.

Nivel de Conocimiento	N°	Porcentaje
Alto	6	13%
Medio	27	58.7%
Bajo	13	28.3%
TOTAL	46	100%

Fuente: Encuesta realizada por las Bachilleres de UNAC/FCS/EPE.

En la tabla N°1 nos muestra lo siguiente: 58.7% de las madres encuestadas tiene un nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria, mientras que el 28.3% se evidencia un nivel de conocimiento bajo y el 13% un nivel d conocimiento alto.

GRÁFICO N° 5.1
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA



Fuente: Encuesta realizada por las Bachilleres de UNAC/FCS/EPE.

Se evidencia que del 100% de entrevistados (46) el mayor porcentaje presenta un nivel de conocimiento medio con un 58,70%, seguido de un bajo nivel con un 28,26 y una motivación alta mínima de 13,34%.

TABLA N° 5.2

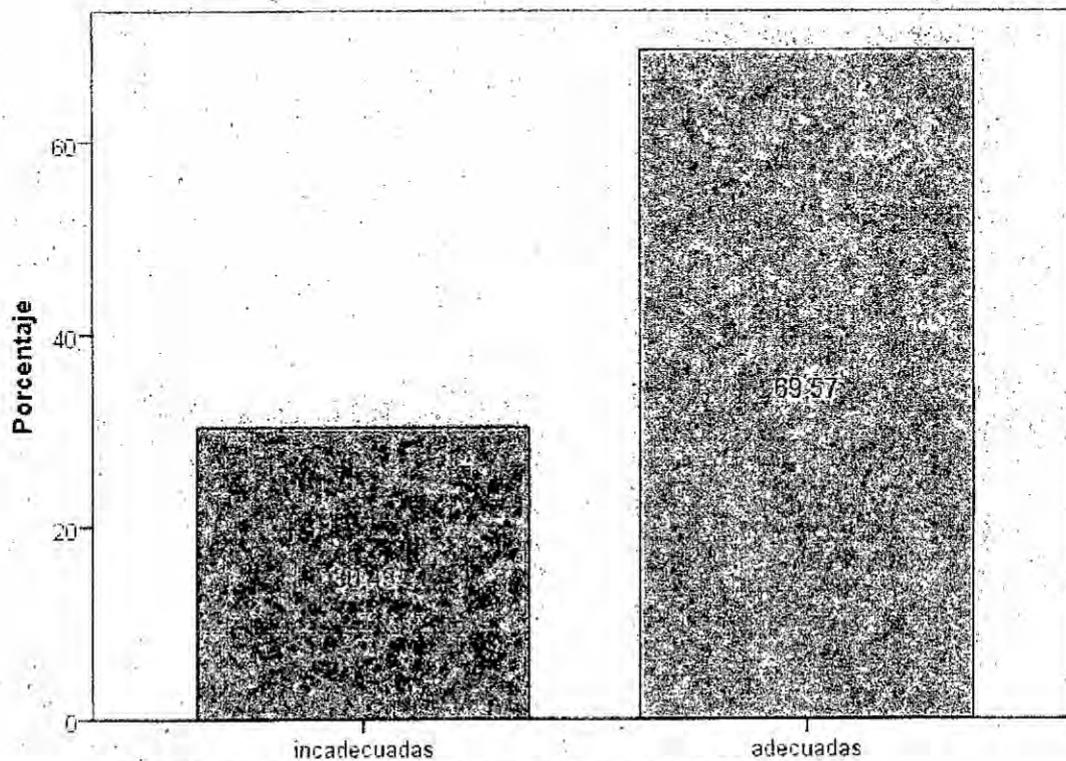
PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD VILLA SEÑOR DE LOS MILAGROS CALLAO 2015.

PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	N°	PORCENTAJE
ADECUADAS	32	69.6%
INADECUADAS	14	30.4%
TOTAL	46	100%

Fuente: Encuesta realizada por las Bachilleres de UNAC/FCS/EPE.

En la tabla N°2, nos muestra lo siguiente: que el 69.6% de las madres encuestadas tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria, mientras que el 30.4% tienen una inadecuada práctica sobre alimentación complementaria.

GRÁFICO N° 5.2
PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA



Fuente: Encuesta realizada por las Bachilleres de UNAC/FCS/EPE.

Como podemos evidenciar en el gráfico, del 100% de entrevistados, que representa a 46 madres, es resaltante las prácticas adecuadas con un 69,57% y solo se evidencian prácticas inadecuadas en un 30,43%.

TABLA N° 5.3

TABLA DE CONTINGENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LAS PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD VILLA SEÑOR DE LOS MILAGROS CALLAO 2015.

NIVEL DE CONOCIMIENTO \ PRÁCTICAS	ADECUADAS		INADECUADAS		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
ALTO	6	13,0%	0	0,0%	6	13,0%
MEDIO	17	37,0%	10	21,7%	27	58,7%
BAJO	9	19,6%	4	8,7%	13	28,3%
TOTAL	32	69,6%	14	30,4%	46	100%

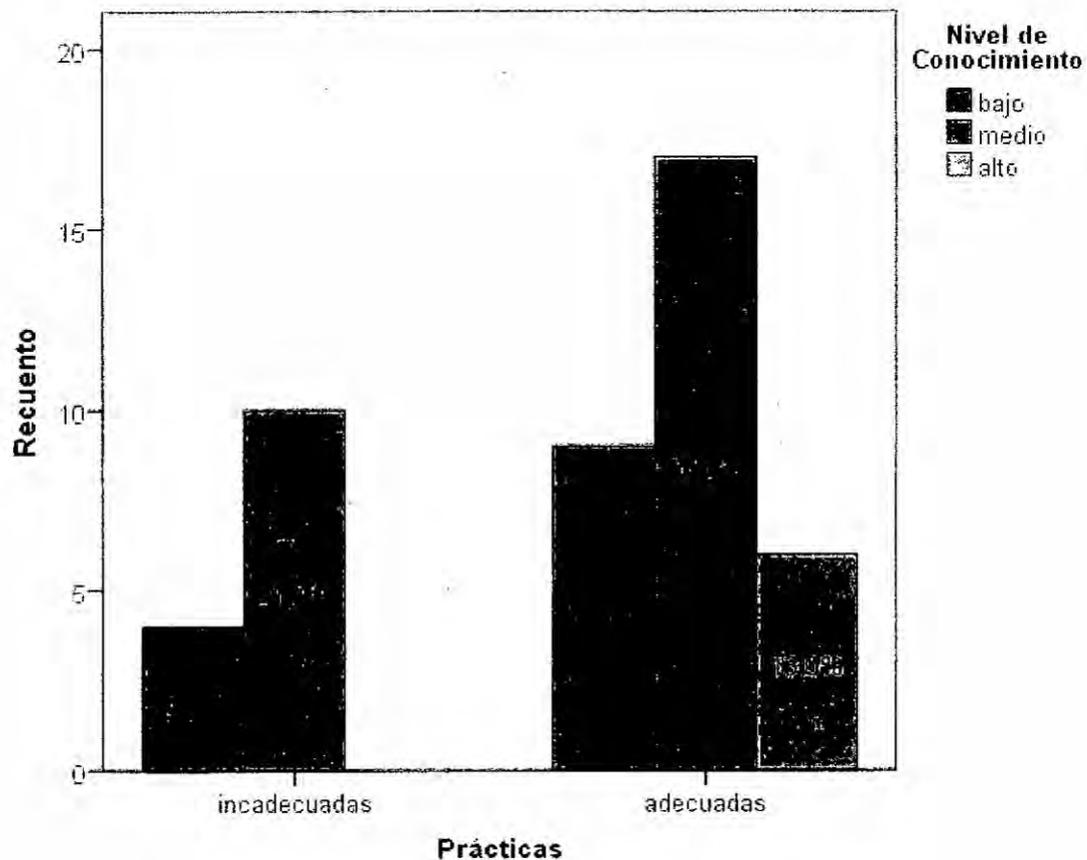
Fuente: Encuesta realizada por las Bachilleres de UNAC/FCS/EPE.

En la tabla N° 3 observamos que las madres que tienen un nivel de conocimiento medio, el cual representan el 58.7% del total de madres, el 21,7% presenta prácticas inadecuadas, mientras que el 37,0% presenta prácticas adecuadas.

Por otro lado el 28,3% del total de las madres, el cual representan a madres con conocimiento bajo, el 8,7% presenta prácticas inadecuadas, mientras que el 19.6% presenta prácticas adecuadas.

Además el 13% del total de las madres, que a la vez representan a madres con conocimiento alto, el 13% presentan prácticas adecuadas por lo tanto no existen madres con conocimiento alto que tengan practicas inadecuadas.

GRÁFICO N° 3
NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES EN N DEL C.S" VILLA SEÑOR
DE LOS MILAGROS" CALLAO 2015



Fuente: Encuesta realizada por las Bachilleres de UNAC/FCS/EPE.

Como podemos evidenciar en el gráfico, del 100% de entrevistados, que representa a 46 madres, es resaltante las prácticas adecuadas con un 37% con el nivel de conocimiento medio, y solo se evidencian prácticas inadecuadas en un 21,7% con un nivel de conocimiento medio.

GRÁFICO N° 4

ESCALA DE MEDICIÓN PARA EL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON Y SPEARMAN

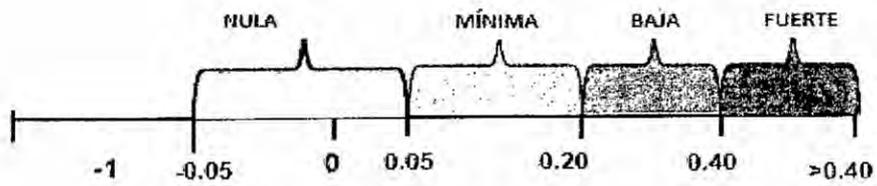
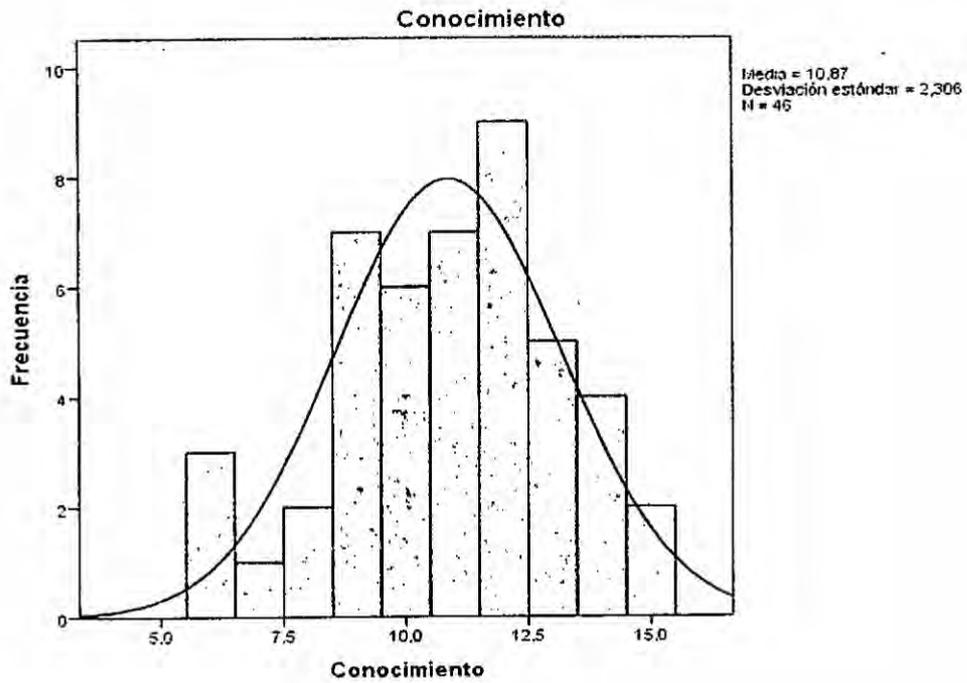


GRÁFICO N° 5
HISTOGRAMA PARA LA VARIABLE CONOCIMIENTO

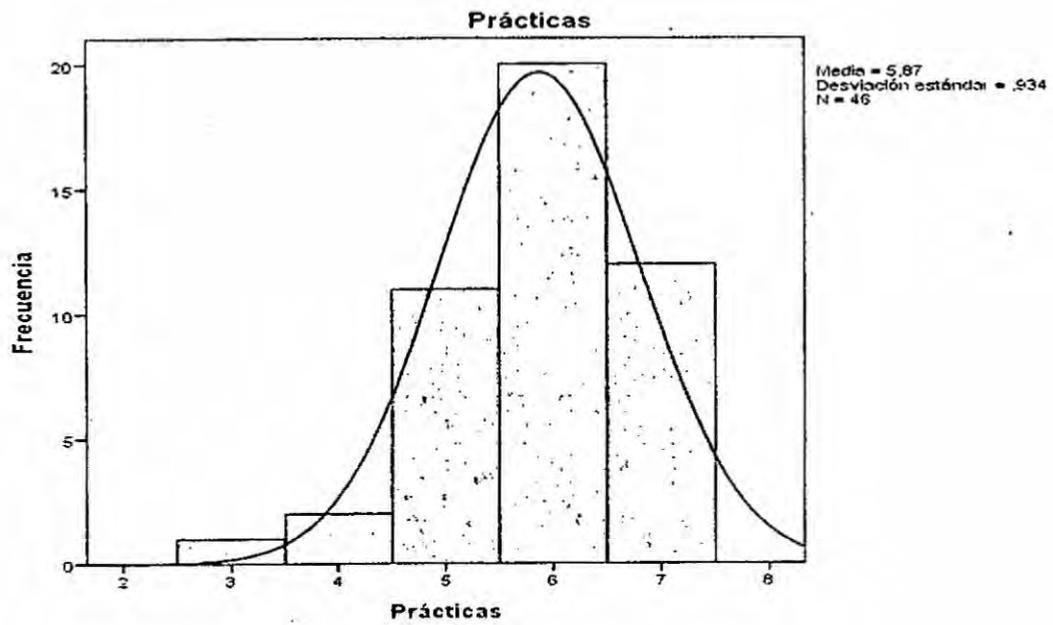


INTERPRETACIÓN:

El histograma muestra un comportamiento gaussiano confirmado con la prueba de Kolmogorov – Smirnov: $K_s = 0.123$ $p = 0.079 > 0.05$.

GRÁFICO N° 6

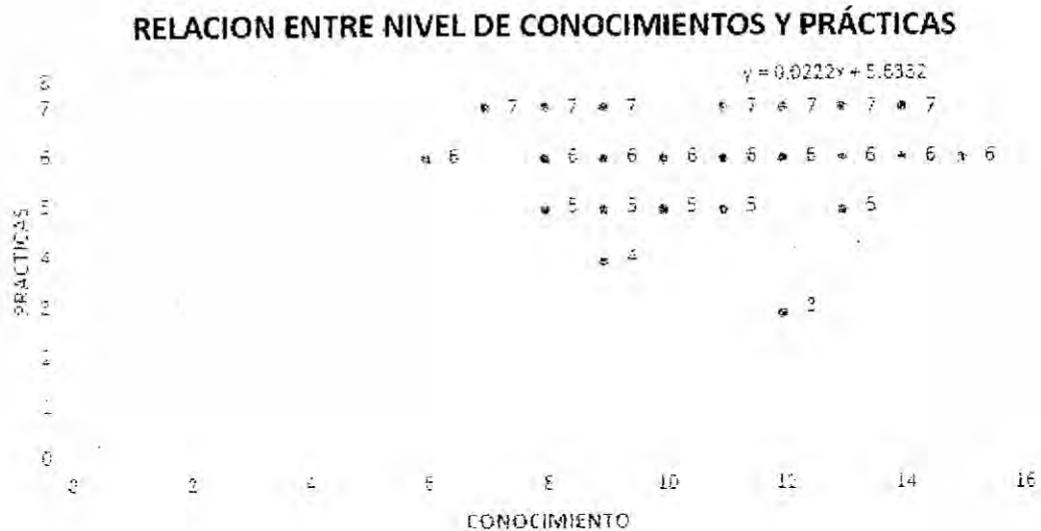
HISTOGRAMA PARA LA VARIABLE PRÁCTICAS



INTERPRETACIÓN:

El histograma muestra un comportamiento no gaussiano confirmado con la prueba de Kolmogorov – Smirnov: $K_s = 0.251$ $p = 0.00 > 0.05$.

GRÁFICO N° 7
DISPERSIÓN Y RECTA DE REGRESION ENTRE CONOCIMIENTOS Y
PRÁCTICAS



INTERPRETACIÓN:

En el gráfico de dispersión y recta de regresión entre conocimiento y prácticas presenta una muestra de 46 madres de niños de 6 a 12 meses. Los conocimientos tiene una media $x=10.65$, desviación estándar $s= 2.40$; las practicas tiene $y= 5.86$ y $s= 0.92$. El coeficiente de correlación entre conocimientos y prácticas es r (Pearson)= 0.076 ; la fórmula de la recta de regresión o modelo obtenido correspondientemente a las dos variables es: $practicas= 5.663 + 0.02x$ conocimientos.

VI. DISCUSION DE RESULTADOS

6.1 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS CON LOS RESULTADOS.

HIPÓTESIS:

Hipótesis alterna

H_i: Existe relación entre nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y las prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al Servicio de Crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Villa Señor de Los Milagros.

Hipótesis nula:

H₀: No existe relación entre nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y las prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al Servicio de Crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Villa Señor de Los Milagros.

Análisis de Datos

1. Análisis de la normalidad de los datos:

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
Conocimiento	,123	46	,079	,962	46	,138
Prácticas	,251	46	,000	,860	46	,000

Conclusión:

- La variable conocimientos tiene comportamiento normal.
- Dado que uno de ellos tiene comportamiento normal como se puede evidenciar en la variable práctica con una significancia de 0,079 se puede aplicar la correlación Pearson cuyo valor fue de 0.079.

2. Cálculo del coeficiente de correlación de Pearson

CORRELACION DE PEARSON

		Conocimiento (agrupado)	Prácticas
Conocimiento (agrupado)	Correlación de Pearson	1	,079
	Sig. (bilateral)		,603
	N	46	46
Prácticas	Correlación de Pearson	,079	1
	Sig. (bilateral)	,603	
	N	46	46

Conclusión:

Dicha correlación es considerada mínima pero no significativa al 95%. El coeficiente de correlación Rho de Pearson, evidencia una correlación mínima (Rho=0.079)

3. Cálculo del coeficiente de correlación de Spearman

CORRELACION DE SPEARMAN

			Conocimiento (agrupado)	Prácticas
Rho de Spearman	de Conocimiento (agrupado)	Coefficiente de correlación	1,000	,076
		Sig. (bilateral)		,614
		N	46	46
	Prácticas	Coefficiente de correlación	,076	1,000
		Sig. (bilateral)	,614	
		N	46	46

Asimismo también es aplicable el estadístico de Spearman que nos da valor similar. Dicha correlación muestra una correlación mínima $r = 0.076$ pero no es significativa al 95%.

6.2 CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS CON OTROS ESTUDIOS

SIMILARES

En relación al nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria, se encontró que es de nivel medio en su mayoría (58.7%) con tendencia a un nivel bajo (28.3%). Los hallazgos de este estudio, son similares al estudio reportado en el año 2014 por GALDOS FRISANCHO, "Nivel de conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres y niños de 6 a 24 meses que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del CS. Ramón Castilla – Callao, 2014". Donde uno de sus objetivos fue identificar el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria y muestra que el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria es de nivel medio en su mayoría (60.6%) con tendencia a un nivel bajo (36.8%). Lo que podría influir a que las madres tengan prácticas inadecuadas sobre la alimentación complementaria.

GALINDO BAZALAR, Deny Lima 2011; En su investigación titulada: Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza". Donde los objetivos fueron orientados a determinar los conocimientos y las prácticas de las madres sobre alimentación complementaria. Se encontró que el 55% de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% desconocen. En cuanto a las prácticas 61 % tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% tienen prácticas inadecuadas, por

lo que se concluyó que la mayoría de las madres que acudían al centro de salud Nueva Esperanza conocían y tenían prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria.

Encontrando gran similitud con nuestros resultados donde el medio para alto (71.7%) conocen sobre alimentación complementaria y el 28.8% desconocen. En cuanto a las prácticas 69,6% tienen prácticas adecuadas; mientras que el 30,4% tienen prácticas inadecuadas, por lo que se concluye que la mayoría de las madres que acuden al centro de salud Villa Señor de los Milagros conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria.

Con respecto al nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria, se encontró que es de nivel medio en su mayoría (58.7%) con un nivel bajo de 36.8%. Los hallazgos de estudio son similares al estudio reportado en el año 2010 por CARDENAS ALFARO, "Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2009". Donde uno de sus objetivos fue determinar el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y muestra que el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria es de nivel medio en su mayoría (58.2%) con tendencia a un nivel bajo (32.7%), a lo que se concluyó que la mayoría de

madres tiene un nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria.

En relación a las prácticas que tienen las madres sobre alimentación complementaria, se observó que el 69.57% de las madres presentan prácticas adecuadas mientras que el 30.43% presentan practicas inadecuadas, resultados que difieren de lo encontrado por CARDENAS (2009) en su estudio, donde el 70.9% tienen prácticas desfavorables, mientras que el 29.1% posee prácticas favorables sobre alimentación complementaria.

En relación al nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria, se observó que el nivel de conocimientos de medio para alto es de 71.7%, mientras que el nivel de conocimiento bajo es de 28.3% resultados que difieren de lo encontrado por ACARAPI (2014) en su estudio, donde el 56% un nivel de conocimiento inadecuado mientras que el 44% poseen un nivel adecuado.

GALDOS FRISANCHO 2014; en su investigación titulada "Nivel de conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres y niños de 6 a 24 meses que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del CS. Ramón Castilla – Callao, 2014". Donde el objetivo fue relacionar el nivel de conocimientos y práctica sobre alimentación

complementaria, muestra que la prueba de significancia estadística Chi- Cuadrado fue de 0.120, superior a 0.05, por tanto se acepta la hipótesis nula; la cual presenta gran similitud con nuestra prueba de la Chi- Cuadrada que tuvo una significancia de 0.204 superior a 0.5, A diferencia de que en nuestra investigación se realiza para encontrar la correlación la prueba de Pearson y la prueba de Spearman.

VII. CONCLUSIONES

- Se concluyó que según la prueba de correlación de Pearson y la prueba de Spearman se acepta la hipótesis de investigación, donde existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas que poseen las madres.
- Se determinó que el nivel de conocimiento de las madres acerca de alimentación complementaria, que acuden al consultorio de CRED de C.S. Villa Señor de los Milagros, es de un Nivel Medio en su mayoría (58.7%) con tendencia a un nivel bajo (28.3%).
- Con relación a las practicas sobre alimentación complementaria se obtuvo que el 69.6% de madres tienen una práctica adecuada, siendo solo el 30.4% de las madres que presentan practicas inadecuadas.

VIII. RECOMENDACIONES

- El centro Villa Señor de los Milagros, debe organizar programas de capacitación como charlas demostrativas, talleres participativos, sobre alimentación complementaria, dirigido a los padres y a la población de una manera simple, clara, comprensiva e interactiva acerca de la alimentación complementaria que debe recibir el niño a partir de los seis meses de edad, así como la forma de preparación, cantidad de ingesta, combinación de los alimentos y prácticas de higiene que se debe tomar en cuenta.
- Se debe brindar cursos de actualización y capacitación permanente a los profesionales de enfermería, sobre alimentación complementaria para que tengan conocimientos actualizados y mejorar así la consejería de enfermería en el servicio de CRED.
- Se recomienda que las investigaciones dirigidas a la alimentación complementaria y prácticas saludables, utilicen como instrumento una guía de observación para poder medir de manera más real y precisa en cuanto a la variable prácticas saludables.
- Realizar una alianza estratégica entre el profesional de enfermería y el profesional de nutrición con el objetivo de reforzar el conocimiento sobre alimentación complementaria y las prácticas adecuadas que

deben tener las madres, obteniendo así un estado óptimo de nutrición del niño.

- Se recomienda a las madres empoderarse del conocimiento impartido por el profesional de enfermería con respecto a la alimentación complementaria, generando así cambios positivos en el estado nutricional de su niño.

IX. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Organización Mundial de la Salud. Alimentación Complementaria. [base de datos en línea]. Ginebra: OMS; 2012. [Consultado el 8 de Enero del 2015]. Disponible en:
http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
2. NUTRINET.ORG. La desnutrición un problema mundial y actual. [base de datos en línea]. República Dominicana: CEPAL 2013. [Consultando el 28 de julio del 2014]. Disponible en:
<http://rdominicana.nutrinet.org/areas-tematicas/materno-infantil/74-la-desnutricion-un-problema-mundial-y-actual>
3. Plataforma de Inversión en la Infancia de América Latina y el Caribe. Continúa descenso en ritmo de disminución de desnutrición crónica infantil. [base de datos en línea]. Lima: Colectivo Rio Negro; 2014. [Consultado el 17 de setiembre del 2014]. Disponible en:
<http://revistalairademorfeo.net/index/?p=4878>
4. Ministerio De Salud, Instituto Nacional De Salud. Vigilancia alimentaria nutricional. Indicadores nutricionales en niños menores de cinco años Perú 2014 OMS. [base de datos en línea]. Lima: Instituto Nacional de Salud; 2014. [Consultado el 22 de Octubre del 2014]. Disponible en:
<http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/5/1101/resultados-2014>
5. Organización Mundial De La Salud. Alimentación Complementaria. [base de datos en línea]. Ginebra: OMS; 2012. [Consultado el 8 de Enero del 2015]. Disponible en:
http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/

6. Conocimientos Actuales Sobre nutrición. 7ª ed. Washington: ILSI, OPS; 1997.
7. Organización De Naciones Unidas. Objetivos del Desarrollo del Milenio Informe 2014. [base de datos en línea]. Nueva York: Naciones Unidas; 2014. [Consultado el 10 de diciembre del 2014]. Disponible en:
<http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf>
8. REYES E. Fundamentos De Enfermería: Ciencia, Metodología y Tecnología. México: Editorial El Manual Moderno; 2009. p. 125-126.
9. ARISTIZÁBAL G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2011; 8 (4): 16-23.
10. CRUZ Y. Lactancia materna, alimentación complementaria y nutrición infantil [Tesis]. Bolivia: Universidad Católica Boliviana San Pablo. Facultad de Enfermería; 2010.
11. ZULETA C. Percepciones, conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en comunidades rurales de Huehuetenango y Chimaltenango [Tesis]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias médicas; 2008.
12. SÁENZ, María y otros. Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en un jardín infantil [Tesis]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Escuela de Educación Médica; 2007.

13. CAZÓN, Sonia y otros. Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria en madres adolescentes con niños menores de 2 años en la comunidad de San Andrés [Tesis]. Bolivia: Universidad Autónoma Juan Misael Saracho. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Enfermería; 2008.

14. CARDENAS A. Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana E.A.P de Enfermería; 2009.

15. BARBA T. y otros. Característica de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana E.A.P de Enfermería; 2008.

16. ACARAPI Y COL. Nivel de Conocimiento de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre la alimentación complementaria de sus niños de 6 a 12 meses que asisten al servicio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Los Libertadores [Tesis]. Callao: Universidad Nacional Del Callao. Facultad de Ciencias De la Salud E.P de Enfermería; 2014.

17. GALINDO B. y otros. Conocimiento y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el

Centro de Salud Nueva Esperanza. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana E.A.P de Enfermería; 2012.

18. GALDOS F. y otros. Nivel de conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres y niños de 6 a 24 meses que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del CS. Ramón Castilla. [Tesis]. Callao: Universidad Nacional Del Callao. Facultad de Ciencias De la Salud E.P de Enfermería; 2014.

19. GARCÍA A. Epistemología [libro electrónico]. México: Palibrio; 2015. [Citado el 12 de mayo del 2015] Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=8tgYCAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=epistemologia+teoria+del+conocimiento&hl=es-419&sa=X&ved=0CC0Q6AEwA2oVChMIqLSjpZ_xxgIVahaQCh3gVQyx#v=onepage&q=epistemologia%20teoria%20del%20conocimiento&f=false

20. SANTIAGO T. Función y Crítica de la Guerra en la Filosofía de I. Kant. 1ª ed. Universidad Autónoma Metropolitana editor; México: Anthropos Editorial; 2004.

21. Centro nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN). Lineamientos De Nutrición Materno Infantil Del Perú. Lima: Centro nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN); 2004.

22. Ministerio de Salud (MINSa). Investigaciones operativas en salud y nutrición de la niñez en el Perú. Lima: Ministerio de Salud (MINSa); 2008.

23. HERNÁNDEZ MT. Alimentación complementaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 249-56.
24. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN). Lineamientos De Nutrición Materno Infantil Del Perú. Lima: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN); 2004.
25. AGUILAR, José. Tratado de en Enfermería del Niño y Adolescente. Cuidados pediátricos. Editorial Elsevier, 2da Edición; Madrid – España, 2012.
26. SETTON, Adriana. Nutrición en las diferentes Etapas: Desde el nacimiento a la adolescencia. Editorial Panamericana. 2da Edición; Buenos Aires – Argentina, 2014.
27. CUSMINSKI M, Moreno E. Crecimiento y desarrollo Hechos y tendencias. Organización Panamericana de La Salud. Publicación científica N°510. 1998; p.265.
28. MÉNDEZ, Huerta, Bellanti, Ovilla, Escobar. Alergia Enfermedad Multisistémica. Fundamentos básicos y Clínicos. Julia Méndez editor; México: Editorial Panamericana; 2008. p. 203-206.
29. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN). Lineamientos De Nutrición Materno Infantil Del Perú. Lima: Centro nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN); 2004.

30. Asociación Española de Pediatría. Manual práctico de Nutrición en Pediatría. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2007.
31. CRUZ R. Fundamentos de Nutriología Pediátrica. 1ª ed. Robinson Cruz editor; Lima: Editorial IIDENUT SA; 2010.
32. Ministerio de Salud, Embajada de los Estados Unidos Proyecto 2000. Lactancia Materna y alimentación complementaria. Lima: Ministerio de Salud, Embajada de los Estados Unidos Proyecto 2000; 1999.
33. Organización Panamericana De la Salud. Crecimiento y Desarrollo Hechos y Tendencias. Washington: Organización Panamericana De la Salud. Publicación Científica N°510. Organización Panamericana De la Salud; 1998. p. 265-271.
34. CISNEROS F. Introducción a los Modelos y Teorías y Modelos de Enfermería. Cauca: Fanny Cisneros. Universidad del Cauca programa de enfermería área de fundamentos; 2002.
35. GALINDO D. Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Nueva Esperanza [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. E.A.P de Enfermería; 2012.

ANEXOS

CONTENIDO

ANEXO A

MATRIZ DE CONSISTENCIA

"Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del C.S Villa Señor de los Milagros, Callao 2015.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA	POBLACION
<p>¿Cuál es nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del C.S Villa Señor de los Milagros, Callao 2015?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar el nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria y su relación con prácticas de madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Villa Señor de los Milagros Callao 2015.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar el nivel de conocimiento que tiene la madre sobre alimentación complementaria. ➤ Identificar las prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria. ➤ Relacionar el nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria y las prácticas de madres de niños de 6 a 12 meses. 	<p>HI: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del C.S Villa Señor de los Milagros, Callao 2015</p> <p>HO: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del C.S Villa Señor de los Milagros, Callao 2015.</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: La presente investigación es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo y de corte transversal;</p> <p>DISEÑO METODOLÓGICO:</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>El estudio de investigación es no experimental de corte transversal correlacional, ya que solo se pretende medir la correlación de las variables sin manipular alguna de ellas.</p>	<p>La población estará constituida por 46 madres de los niños de 6-12 meses que asistían al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño sano en los meses de Julio a Setiembre.</p>

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo de investigación titulado "Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del C.S Villa Señor de los Milagros, Callao 2015" realizado por Anggie Stephanny Reynoso Ponce, Vanesa Lizbeth Oscuvilca Egoavil egresadas de la carrera profesional de enfermería de la UNAC, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria y su relación con prácticas de madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Villa Señor de los Milagros Callao 2014. Si acepta participar de este estudio, tendrá que responder objetivamente un cuestionario ANONIMO de 25 preguntas contando con un tiempo aproximado de 05 minutos. Habiendo sido informada de los fines de este estudio:

Yo _____

Acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesta a responder todas las preguntas del cuestionario, teniendo la confianza plena de que la información que se vierta será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigadora utilizara adecuadamente dicha información asegurándose de la misma confiabilidad. Al firmar este documento, doy mi consentimiento de participar en este estudio como voluntario.

FIRMA

ANEXO C

INSTRUMENTO

CÓDIGO		

I. INSTRUCCIONES

Lea detenidamente cada pregunta, responda o marque con un aspa (x) la respuesta correcta y según la edad de su niño.

II. DATOS GENERALES:

DATOS DE LA MADRE:

1. Edad:.....años

2. Grado instrucción:

a) sin instrucción ()

d) técnica: ()

b) primaria ()

e) universitario: ()

c) secundaria ()

4. número de hijos:.....

Datos del niño:

1. Edad del niño.....meses

2. Sexo: masculino: () femenino: ()

IV. PREGUNTAS:

INSTRUCCIONES

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

I. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA:

1. La alimentación complementaria consiste en:

a) Dar otros tipos de leches (evaporada y/o fórmula) más leche materna.

b) Dar alimentos semisólidos y blandos en la dieta del niño más leche materna

c) Dar de alimentos sólidos a la dieta del niño sin leche materna.

2. La edad en la que empezó a dar alimentos (sólidos o líquidos aparte de la leche materna a su niño es:

- a) A los 5 meses o antes
- b) A los 6 meses
- c) A los 7 meses u 8 meses
- d) A los 9 meses a más

3. ¿Cuántas veces al día se debe alimentar a un niño de 6 meses?

- a) 2 comidas más lactancia materna frecuente.
- b) 3 comidas más lactancia materna frecuente.
- c) 4 comidas más lactancia materna frecuente.
- d) 5 comidas más lactancia materna frecuente.

4. La consistencia que deben tener los alimentos de un niño de 7 y 8 meses es:

- a) Papillas
- b) Triturados
- c) Picados
- d) Sólidos

5. La cantidad de alimentos aproximadamente que debe recibir un niño entre 9 y 11 meses es:

- a) 2 a 3 cucharadas o 1/4 taza de alimentos.
- b) 3 a 5 cucharadas o 1/2 taza de alimentos.
- c) 5 a 7 cucharadas o 3/4 taza de alimentos.
- d) 7 a 10 cucharadas o 1 taza de alimentos.

6. La edad en la que su niño debe comer los mismos alimentos de la misma olla familiar es:

- a) A los 6 meses
- b) A los 7 a 8 meses

- c) A los 9 a 11 meses
- d) A los 12 meses a más

7. ¿Qué prefiere darle al niño en el almuerzo?

- a) Solo Sopa o caldos.
- b) Solo segundo.
- c) Primero segundo y luego sopa.
- d) Primero sopa y luego segundo.

8. Le agrega Ud. algún tipo de grasa a la comida de su hijo?

- a) Sí
- b) No
- c) A veces.

9. Se debe enriquecer una de las comidas principales del niño con:

- a) Menos de 1 cucharadita de aceite, mantequilla o margarina.
- b) 1 cucharadita de aceite, mantequilla o margarina.
- c) 1 cucharada de aceite, mantequilla o margarina.
- d) Más de 1 cucharaditas de aceite, mantequilla o margarina.

10. ¿A partir de qué edad se puede dar de comer pescado a los niños?

- a) A los 6 meses
- b) A los 7 a 8 meses
- c) A los 9 a 11 meses
- d) A los 12 meses a más

11. Del huevo; ¿Cuál de las dos partes le da a más temprana edad?

- a) Yema
- b) Clara
- c) Ambas

12. ¿A qué edad le empieza a dar de comer la yema de huevo?

- a) A los 6 meses
- b) A los 7 a 8 meses
- c) A los 9 a 10 meses
- d) A los 11 a más meses

13. ¿A qué edad le empieza a dar de comer la clara del huevo?

- a) A los 6 meses
- b) A los 7 a 8 meses
- c) A los 9 a 10 meses
- d) A los 11 a más meses

14. ¿Qué alimentos hacen que tu hijo no tenga anemia?

- a) Leche y queso
- b) Carnes y vísceras
- c) Verduras y frutas
- d) Caldos y aguas

15. Los alimentos que son amigos del hierro (favorecen la absorción del hierro) son:

- a) Los cítricos, ricos en vitamina C (naranja, mandarina, limón).
- b) Los lácteos, ricos en calcio (leche, queso).
- c) Las infusiones (té, hierbaluisa, anís).
- d) Los dulces y postres (arroz con leche, mazamorra morada).

16. Los alimentos que son enemigos del hierro (disminuyen la absorción del hierro) son:

- a) La sangrecita, el café y la azúcar.
- b) Los lácteos, las infusiones y el café.
- c) Los dulces, las gaseosas y las naranjas.
- d) Los tubérculos, cereales y menestras.

17. Qué puede ocasionar caries dental en los niños:

- a) Darle de comer muchas carnes
- b) Darle de comer alimentos antes de los 5 meses.
- c) Darle de tomar muchos jugos.
- d) Darle de comer después de los 7 meses.

18. Los niños que reciben únicamente leche materna hasta los 9 meses se encontrarían:

- a) Bien alimentados y grandes.
- b) Gorditos y sanos.
- c) Con bajo peso y una posible anemia.
- d) Con diarreas frecuentes e infecciones.

II. PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

19. Ud. se lava las manos cuando:

- a) Prepara los alimentos y se peina.
- b) Le da de comer su niño.
- c) Antes y después de cocinar y de alimentar a su niño.
- d) A veces se olvida.

20. Para la preparación de jugos ud. utiliza:

- a) Agua del caño.
- b) Agua de las cisternas
- c) Agua hervida.
- d) Agua clorada.

21. Los utensilios (platos y cubiertos del niño) de cocina, usted:

- a) Los lava y los deja escurrir.
- b) Los lavas, seca y guarda.
- c) Los lava solo en la noche.
- d) Solo los enjuaga.

22. Al preparar los alimentos usted suele:

- a) Sujetarse el cabello y retirarse los accesorios de las manos.
- b) Cocinar con reloj y anillos puestos.
- c) Lava sólo los alimentos que estén bien sucios.
- d) Cuando tose se tapa la boca con las manos y sigue cocinando.

23. Existen factores que distraen la atención del niño.

- a) SI
- b) NO

24. Cuenta con un ambiente que estimule el apetito del niño.

- a) SI
- b) NO

25. La relación con su niño al momento de la alimentación es:

- a) Le impone lo que debe comer y los horarios de la alimentación.
- b) Ofrece libertad al niño para adecuarse a sus alimentos y a sus horarios.
- c) Ofrece alimentos con paciencia y anima al niño a comer sin forzarlo.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Instrumento validado de la tesis de grado no publicada de la EAP de Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. GALINDO D. Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Nueva Esperanza – Lima, 2012. ⁽³⁵⁾

ANEXO D LIBRO DE CODIGOS

Usuario	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA																		Puntaje
	P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	P.9	P.10	P.11	P.12	P.13	P.14	P.15	P.16	P.17	P.18	
1	1		1		1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1		1	14
2		1				1		1	1			1	1	1	1	1	1	1	11
3	1		1	1		1		1		1	1	1	1	1	1		1	1	13
4		1			1		1		1		1	1	1		1	1		1	10
5	1		1	1		1				1	1			1	1	1	1	1	11
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1			1	15
7						1			1					1		1	1	1	6
8	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1		1	1		1	14
9				1	1	1				1				1				1	6
10		1					1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	12
11	1		1	1	1	1				1				1	1			1	9
12		1					1		1		1	1	1		1	1	1	1	10
13	1		1	1		1		1		1	1	1	1	1	1			1	12
14	1	1					1		1		1			1	1	1	1	1	8
15	1	1	1			1			1	1	1	1	1	1	1			1	12
16					1	1		1	1		1	1	1	1		1	1		10
17	1		1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1			1	13
18		1		1					1	1				1		1		1	7
19	1		1		1	1	1	1			1	1	1	1	1		1	1	13
20				1		1			1			1	1			1			6
21	1	1			1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
22	1		1		1	1			1					1			1	1	8
23		1			1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	13
24	1			1	1	1			1	1					1		1	1	9
25	1	1	1			1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1	14
26	1		1		1	1	1							1	1		1	1	9
27					1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	12
28	1	1	1			1	1		1		1				1			1	9
29				1	1	1		1			1	1	1	1	1	1	1	1	12
30	1	1		1		1			1	1	1	1	1		1			1	11
31	1		1	1	1		1	1	1					1	1	1		1	11
32			1		1	1			1	1	1	1	1	1	1		1	1	12
33	1	1		1		1	1	1		1	1	1	1			1		1	12
34	1		1		1	1	1		1					1	1		1	1	10
35	1	1			1	1	1	1		1	1	1	1		1	1		1	13
36				1	1	1			1	1	1	1	1	1			1	1	11
37	1	1	1				1	1						1	1	1		1	9
38	1		1	1					1	1	1			1	1			1	9
39	1	1			1	1	1	1		1	1	1	1		1	1	1	1	14
40	1		1		1	1			1	1	1	1	1	1	1	1		1	12
41		1		1				1		1				1	1	1	1	1	9
42	1		1			1	1			1	1	1	1	1		1		1	10
43				1			1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	11
44	1	1	1		1		1		1	1				1			1	1	10
45			1			1		1	1		1		1	1	1	1	1	1	11
46	1	1		1	1	1				1		1	1		1	1	1	1	12

Usuario	PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA							Puntaje
	Item 19	Item 20	Item 21	Item 22	Item 23	Item 24	Item 25	
1	1	1	1	1	1		1	6
2	1	1		1		1	1	5
3	1	1	1	1	1	1		6
4	1	1	1	1		1	1	6
5	1	1	1	1	1			5
6	1	1	1	1		1	1	6
7	1	1	1	1	1	1		6
8	1	1	1	1		1	1	6
9	1	1	1	1	1	1		6
10	1	1	1	1		1	1	6
11	1	1	1	1	1	1		6
12	1	1	1	1			1	5
13	1	1	1	1	1	1		6
14	1	1	1	1		1		5
15	1	1	1	1	1	1	1	7
16	1	1	1	1	1			5
17	1	1		1	1	1		5
18	1	1	1	1	1	1	1	7
19	1	1	1	1	1	1		6
20	1	1	1	1	1		1	6
21	1	1	1	1	1	1		6
22	1	1	1	1		1	1	6
23	1	1	1	1	1	1		6
24	1	1	1	1	1		1	6
25	1	1	1	1	1	1		6
26	1	1	1	1	1	1	1	7
27	1	1	1	1	1	1		6
28	1	1	1	1			1	5
29	1	1	1	1	1	1	1	7
30	1	1	1	1	1	1	1	7
31	1		1	1	1	1	1	6
32	1	1	1					3
33	1	1	1	1	1	1	1	7
34	1	1	1	1	1			5
35	1	1	1	1	1	1	1	7
36	1	1	1	1	1	1	1	7
37	1	1	1	1	1	1	1	7
38	1	1	1	1				4
39	1	1	1	1	1	1	1	7
40	1	1	1	1			1	5
41	1		1	1	1		1	5
42	1	1	1	1				4
43	1	1	1	1	1	1	1	7
44	1	1	1	1	1			5
45	1	1	1	1	1	1	1	7
46	1	1	1	1	1	1		6

ANEXO E

PRUEBA DE HIPÓTESIS CHI-CUADRADO

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,182 ^a	2	,204
Razón de verosimilitudes	4,892	2	,087
Asociación lineal por lineal	,900	1	,343
N de casos válidos	46		

a. 3 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1.83.

La prueba de Chi cuadrado tiene una significancia de 0,204, superior a 0.05, por tanto se acepta la hipótesis nula.

ANEXO F
TABLA DE CORRELACIÓN DE PEARSON

Correlación de Pearson

		Conocimiento (agrupado)	Prácticas
Conocimiento (agrupado)	Correlación de Pearson	1	,079
	Sig. (bilateral)		,603
	N	46	46
Prácticas	Correlación de Pearson	,079	1
	Sig. (bilateral)	,603	
	N	46	46

FUENTE: Encuesta realizada por las Bachilleres de UNAC/FCS/EPE

INTERPRETACIÓN:

Dicha correlación es considerada mínima pero no significativa al 95%.

ANEXO G

TABLA DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN

Correlación de Spearman

				Conocimiento (agrupado)	Prácticas
Rho de Spearman	Conocimiento (agrupado)	Coeficiente	de	1,000	,076
		correlación			
		Sig. (bilateral)			
		N			
		46	46		
	Prácticas	Coeficiente	de	,076	1,000
		correlación			
		Sig. (bilateral)			
		N			
		46	46		

FUENTE: Encuesta realizada por las Bachilleres de UNAC/FCS/EPE

INTERPRETACIÓN:

Asimismo también es aplicable el estadístico Spearman que nos da valor similar, dicha correlacion muestra una correlacion minima.

ANEXO H

“EDAD DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD VILLA SEÑOR DE LOS MILAGROS”

TABLA N° 1

EDAD DE LA MADRE (AGRUPADO)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
18 a 20 años	8	17,4	17,4	17,4
21 a 25 años	14	30,4	30,4	47,8
26 a 30 años	11	23,9	23,9	71,7
31 a 35 años	6	13,0	13,0	84,8
Mayor de 36 años	7	15,2	15,2	100,0
Total	46	100,0	100,0	

FUENTE: Encuesta realizada por las Bachilleres de UNAC/FCS/EPE

ANEXO I

TABLA N° 2

“GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD VILLA SEÑOR DE LOS MILAGROS”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria	3	6,5	6,5	6,5
Secundaria	32	69,6	69,6	76,1
Válidos Superior técnica	6	13,0	13,0	89,1
Superior universitaria	5	10,9	10,9	100,0
Total	46	100,0	100,0	

FUENTE: Encuesta realizada por las Bachilleres de UNAC/FCS/EPE

ANEXO J

TABLA N° 3

“NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD VILLA SEÑOR DE LOS MILAGROS”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	30	65,2	65,2	65,2
2	11	23,9	23,9	89,1
Válidos 3	4	8,7	8,7	97,8
4	1	2,2	2,2	100,0
Total	46	100,0	100,0	

FUENTE: Encuesta realizada por las Bachilleres de UNAC/FCS/EPE

ANEXO K

TABLA N° 4

“RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD VILLA SEÑOR DE LOS MILAGROS”

		NIVEL DE CONOCIMIENTOS			Total
		BAJO	MEDIO	ALTO	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	2	1	0	3
	Secundaria	10	21	1	32
	Superior técnica	1	4	1	6
	Superior universitaria	0	5	0	5
Total		13	31	2	46

FUENTE: Encuesta realizada por las Bachilleres de UNAC/FCS/EPE

ANEXO L

TABLA N° 5

“RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD VILLA SEÑOR DE LOS MILAGROS”

	NIVEL DE CONOCIMIENTOS			Total
	BAJO	MEDIO	ALTO	
18 a 20 años	7	1	0	8
21 a 25 años	4	10	0	14
26 a 30 años	0	10	1	11
31 a 35 años	1	4	1	6
Mayor de 36 años	1	6	0	7
Total	13	31	2	46

FUENTE: Encuesta realizada por las Bachilleres de UNAC/FCS/EPE

ANEXO M

TABLA N° 5

“RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LAS PRÁCTICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD VILLA SEÑOR DE LOS MILAGROS”

	PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA		Total	
	INADECUADAS	ADECUADAS		
	18 a 20 años	0	8	8
RANGOS DE EDAD DE LA MADRE	21 a 25 años	2	12	14
	26 a 30 años	0	11	11
	31 a 35 años	1	5	6
	Mayor de 36 años	0	7	7
	Total	3	43	46

FUENTE: Encuesta realizada por las Bachilleres de UNAC/FCS/EPE

ANEXO N
EXPLORATORIO DE FACTORES OCULTOS

Correlaciones

			Prácticas	Grado de instrucción	Número de hijos	Edad de la madre
Rho de Spearman	Prácticas	Coefficiente de correlación	1,000	-,261	,085	,086
		Sig. (bilateral)		,080	,573	,572
		N	46	46	46	46
Grado de instrucción	Grado de instrucción	Coefficiente de correlación	-,261	1,000	,242	,278
		Sig. (bilateral)	,080		,105	,061
		N	46	46	46	46
Número de hijos	Número de hijos	Coefficiente de correlación	,085	,242	1,000	,780**
		Sig. (bilateral)	,573	,105		,000
		N	46	46	46	46
Edad de la madre	Edad de la madre	Coefficiente de correlación	,086	,278	,780**	1,000
		Sig. (bilateral)	,572	,061	,000	
		N	46	46	46	46

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

FUENTE: Encuesta realizada por las Bachilleres de UNAC/FCS/EPE

INTERPRETACIÓN:

La variable que impacta con más aproximación es el grado de instrucción de la madre con una significancia de 0.06, seguido por las prácticas con una significancia de 0.5.

ANEXO Ñ
GUÍA DE OBSERVACIÓN

N°	PREGUNTA	RESPUESTA	Cumple	No cumple
1	La madre inició la alimentación del niño de forma oportuna.	4 meses a menos		
		5 meses		
		6 meses		
		7 meses a más		
2	El primer alimento que la madre ofreció al niño aparte de la leche materna.	sopas		
		papillas y mazamorras		
		agüitas		
		comida de la olla familiar		
3	La madre ofrece la cantidad de alimentos(en cucharas) que requiere el niño por cada comida	2-3 cucharadas		
		3-5 cucharadas		
		5-7 cucharadas		
		7-10 cucharadas		
4	La madre ofrece a su niño los alimentos que son recomendables según su edad	2 comidas+ lactancia materna frecuente		
		3 comidas principales + lactancia materna frecuente		
		3 comidas principales + 1 adicional+ lactancia materna		
		3 comidas principales más 2 adicionales+ lactancia materna		
5	La madre ofrece la consistencia de los alimentos que debe ingerir el niño	caldos		
		trozos		
		aplastados/papillas		
		licuados		
		entero olla familiar		
		picados		

6	La madre ofrece alimentos que contienen	Grasas	Aceites - mantequillas					
7		Vit. A	Frutas amarillas					
			Hígado					
			Frutas					
			leches y derivados					
8		Vit. C	Frutos Cítricos					
9		Vit. D	Huevos					
			leche y derivados					
10		Hierro y Zinc	Menestras					
			Hígado					
	Sangrecita							
	Bazo							
11	FRECUENCIA		Diario	<3 v x sem	3 v x sem	>3 v x sem		
	Alimentos							
	La madre cuantas veces ofrece al niño	carnes						
		menestra						
13	fruta							
14	La madre introdujo pescado en la siguiente edad del niño		6 meses					
			7 meses					
			8 meses					
			9 meses					
			aun no consume					
15	La madre introdujo la yema de huevo en la siguiente edad del niño		6 meses					
			7 meses					
			8 meses					
			9 meses					
			aun no consume					

16	La madre que cantidad de mantequilla utiliza en la preparación del alimento del niño	1 cucharadita		
		1/2 cucharadita		
		1/4 de cucharadita		
		2 cucharaditas		
17	La madre lava bien los alimentos			
	La madre utiliza utensilios limpios			
	La madre se lava las manos para preparar los alimentos			
18	La madre se lava las manos con agua y jabón antes de dar de comer al niño			
	La madre lava las manos y cara del niño antes de comer			
	La madre mantiene los alimentos tapados, y sirve inmediatamente después de prepararlos			
19	La madre guarda los alimentos que deja su niño después de comer			
	La madre decide cómo y cuándo come el niño, lo fuerza hasta que termine los alimentos			
	La madre no fuerza al niño y lo deja comer solo y cuando tenga hambre			
	La madre da de comer despacio, con paciencia y sin forzarlo			
20	La madre le da de comer al niño en la cama, con juguetes y mientras mira Tv			
	La madre le da de comer al niño en la sala, mientras camina y juega			
	La madre le da de comer al niño en la cocina, con música y con juguetes			
	La madre le da de comer al niño en el comedor, comparte la mesa con la familia			