



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**“ESTADO NUTRICIONAL Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LAS  
MADRES DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES EN LOS  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL ACLAS CABRACANCHA –  
CHOTA, 2017”**

**AUTORA:**

**Bach. Enf. Vásquez Díaz Flormira**

Para obtener el título profesional de:

Licenciada en Enfermería

**Asesora: Dra. Martha Vicenta Abanto Villar**

**CAJAMARCA– PERÚ**

**2 018**

## ÍNDICE

	Pág.
HOJA DE RESPETO	
CARÁTULA	I
ÍNDICE	II
LISTA DE TABLAS	V
LISTA DE GRÁFICOS	VII
DEDICATORIA	XI
AGRADECIMIENTO	XII
RESUMEN	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN	1

### CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática	3
1.2. Problema de Investigación	7
1.2.1. Problema Principal	7
1.2.2. Problemas Secundarios	7
1.3. Objetivos de la Investigación	8
1.4.1. Objetivo General	8
1.4.2. Objetivos Específicos	8

1.4. Justificación e importancia de la investigación	8
1.4.1. Importancia de la investigación	8
1.4.2. Viabilidad y factibilidad de la investigación	10
1.5. Limitaciones del estudio	10

## **CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes de la investigación	11
2.2. Bases Teóricas	15
2.3. Definición de términos básicos	41

## **CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. Formulación de hipótesis	43
3.2. Variables, independiente, dependiente, interviniente	44
3.3. Operacionalización de variables: definición conceptual, dimensión Indicadores, escala.	45

## **CAPÍTULO IV METODOLOGÍA**

4.1. Diseño metodológico	50
4.2. Diseño muestral.	52
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	54
4.4. Procedimiento para la recolección de la información	57
4.5. Técnicas de procesamiento de la información	58
4.6. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	58
4.7. Aspectos éticos contemplados.	59

## **CAPÍTULO V ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

Análisis descriptivo de tablas y Gráficos	61
Comprobación de hipótesis, técnica estadística empleada	77
Discusión	91
Conclusiones	104

Recomendaciones	105
-----------------	-----

## **ANEXOS Y APÉNDICES**

Fuentes de información	106
Ficha de recolección de Información Sociodemográfica	115
Cuestionario de recolección de la información estilos de vida	117
Matriz de consistencia	124
Prueba de Confiabilidad del instrumento	127
Consentimiento informado	146

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Madres de los niños de 6 a 12 meses, según establecimiento de salud. ACLAS Cabracancha- Chota, 2017	62
Tabla 2. Madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, según grupo de Edad. ACLAS Cabracancha- Chota, 2017.	63
Tabla 3. Madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, según Grado de Instrucción. ACLAS Cabracancha- Chota, 2017	64
Tabla 4. Madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, según Ocupación. ACLAS Cabracancha-Chota, 2017.	65
Tabla 5. Niños(as) de 6 a 12 meses, según sexo. ACLAS Cabracancha Chota, 2017.	66
Tabla 6. Niños(as) de 6 a 12 meses, según edad. ACLAS Cabracancha Chota, 2017.	67
Tabla 7. Estado nutricional de los niños(as) de 6 a 12 meses, según Peso edad (P/E). ACLAS Cabracancha-Chota, 2017.	68
Tabla 8. Estado nutricional de los niños(as) de 6 a 12 meses, según Peso talla (P/T). ACLAS Cabracancha-Chota, 2017.	69
Tabla 9. Estado nutricional de los niños(as) de 6 a 12 meses, según Talla edad (T/E). ACLAS Cabracancha-Chota, 2017.	70
Tabla 10. Prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 meses. ACLAS Cabracancha-Chota, 2017.	71
Tabla 11. Prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 Meses, según dimensión calidad. ACLAS Cabracancha-Chota, 2017.	72
Tabla 12. Prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 Meses, según dimensión consistencia. ACLAS Cabracancha-Chota, 2017.	73

Tabla 13.	Prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 Meses, según dimensión frecuencia. ACLAS Cabracancha-Chota, 2017.	74
Tabla 14.	Prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 Mese, según dimensión cantidad. ACLAS Cabracancha-Chota, 2017	75
Tabla 15.	Prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 Meses, según dimensión higiene de los alimentos. ACLAS Cabracancha- Chota, 2017.	76
Tabla 16.	Madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, según prácticas Alimentarias y estado nutricional peso edad (P/E). ACLAS Cabracancha -Chota, 2017.	78
Tabla 17.	Madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, según prácticas Alimentarias y estado nutricional peso talla (P/T). ACLAS Cabracancha -Chota, 2017.	80
Tabla 18.	Madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, según prácticas Alimentarias y estado nutricional talla edad (T/E). ACLAS Cabracancha -Chota, 2017.	82
Tabla 19.	Madres de niños(as) de 6 a 12 meses, según grupo de edad Prácticas alimentarias. ACLAS Cabracancha-Chota, 2017.	85
Tabla 20.	Madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, según grado de Instrucción y prácticas alimentaria. ACLAS Cabracancha-Chota, 2017.	87
Tabla 21.	Madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, según ocupación Y prácticas alimentarias. ACLAS Cabracancha-Chota, 2017.	89

## LISTA DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
Gráfico 16. Madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, según prácticas Alimentarias y estado nutricional peso edad (P/E). ACLAS Cabracancho -Chota, 2017.	79
Gráfico 17. Madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, según prácticas Alimentarias y estado nutricional peso talla (P/T). ACLAS Cabracancho-Chota, 2017.	81
Gráfico 18. Madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, según prácticas Alimentarias y estado nutricional talla edad (T/E). ACLAS Cabracancho-Chota, 2017.	83
Gráfico 19. Madres de niños(as) de 6 a 12 meses, según grupo de edad Y prácticas alimentarias. ACLAS Cabracancho-Chota, 2017.	86
Gráfico 20. Madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, según grado de Instrucción y prácticas alimentaria ACLAS Cabracancho-Chota, 2017	88
Gráfico 21. Madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, según ocupación Prácticas alimentarias. ACLAS Cabracancho-Chota, 2017.	90

## LISTA DE GRÁFICOS: (ANEXO 6)

	<b>Pág.</b>
Gráfico 1. Madres de los niños de 6 a 12 meses. ACLAS Cabracancho-Chota, 2017	136
Gráfico 2. Madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, según grupo de edad ACLAS Cabracancho-Chota, 2017.	136
Gráfico 3. Madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, según Grado de Instrucción. ACLAS Cabracancho-Chota, 2017	137
Gráfico 4. Madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, según Ocupación. ACLAS Cabracancho-Chota, 2017	137
Gráfico 5. Niños(as) de 6 a 12 meses, según sexo. ACLAS Cabracancho-Chota, 2017.	138
Gráfico 6. Niños(as) de 6 a 12 meses, según edad. ACLAS Cabracancho-Chota, 2017.	138
Gráfico 7. Estado nutricional de los niños(as) de 6 a 12 meses, según Peso edad (P/E). ACLAS Cabracancho-Chota, 2017.	139
Gráfico 8. Estado nutricional de los niños(as) de 6 a 12 meses, según Peso talla (P/T). ACLAS Cabracancho-Chota, 2017.	139
Gráfico 9. Estado nutricional de los niños(as) de 6 a 12 meses, según Talla edad (T/E). ACLAS Cabracancho-Chota, 2017.	140
Gráfico 10. Prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 Meses. ACLAS Cabracancho-Chota, 2017.	140
Gráfico 11. Prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 Meses, según dimensión calidad. ACLAS Cabracancho-Chota, 2017.	141
Gráfico 12. Prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12. Meses según dimensión consistencia. ACLAS Cabracancho-Chota, 2017.	141



Gráfico 13. Prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 Meses según dimensión frecuencia. ACLAS Cabracancha-Chota,2017.	142
Gráfico 14. Prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 Meses según dimensión cantidad. ACLAS Cabracancha-Chota, 2017.	142
Gráfico 15. Prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 Mese según dimensión higiene de los alimentos. ACLAS Cabracancha- Chota, 2017.	143

## LISTA DE TABLAS Y GRÁFICO (ANEXO 7)

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Niños(as) de 6 a 12 meses, según lactancia materna exclusiva ACLAS Cabracancho-Chota, 2017.	144
Tabla 2. Niños(as) de 6 a 12 meses, según nivel de hemoglobina. ACLAS Cabracancho-Chota, 2017.	145
Gráfico 2. Niños(as) de 6 a 12 meses, según nivel de hemoglobina. ACLAS Cabracancho-Chota, 2017.	145

## DEDICATORIA

*El presente lo dedico **A Dios**, por guiar mi camino  
y ayudarme a no rendirme ante las adversidades.*

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a todos mis seres queridos ***Padre, Madre y Hermanos***, que tuvieron confianza en mí para llegar a la meta final.

## RESUMEN

**“Estado Nutricional y prácticas Alimentarias de las Madres de los niños de 6 a 12 meses. En los Establecimientos de Salud del ACLAS Cabracancha- Chota, 2017”**

El **objetivo** del presente estudio fue: Determinar la relación entre el estado nutricional y las prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre del 2017. **Material y Métodos.** Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, correlacional, con enfoque cuantitativo. Muestra. 60 madres de los niños(as), atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha. Instrumento: Una Ficha en la que se recopiló la información de los niños(as) de la historia clínica y un Cuestionario sobre las prácticas alimentarias el mismo que fue aplicado a la madre. Para el procesamiento de la información se empleó el paquete estadístico SPSS versión 24. **Resultados:** *En cuanto a las características socio-demográficas* de las madres: El 25,0% tienen edades entre los 25 a 29 años y de 20 a 24 años respectivamente y el 5,0% en el grupo etario de 40 a 44 años. El 56,7% tienen primaria y el 6,7% superior. En el 91,7% su ocupación es ama de casa, 1,7% empleada pública. En cuanto al estado nutricional de los niños: Según el indicador P/E, 96,7% es normal, 3,3 % presenta desnutrición. Según P/T, 91,7% normal, 6,7% desnutrido agudo y 1,7% desnutrido severo. Indicador T/E, 86,7% normal, 11,7% con talla baja y solo 1,7% alto. *Respecto a las prácticas alimentarias de las madres* el 83,3% son medianamente adecuadas; en 15% es adecuada y 1,7% inadecuada. Según dimensión Calidad 90,0% medianamente adecuadas. Asimismo, en la consistencia con el 91,7%, de igual forma en la dimensión Cantidad 95,0%. Según la dimensión frecuencia 81,7% es adecuada asimismo en la dimensión Higiene de los alimentos con 93,3%. *Al contrastar la hipótesis General*, no se encontró relación estadística significativa entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional; siendo el valor de ( $P=0.193$ ), según el indicador P/E. Para el indicador P/T ( $P=0.149$ ) y para T/E ( $P=0.846$ ); por lo que los valores son  $\geq 0.05$ . *Respecto a las Hipótesis secundarias*, se encontró relación estadística significativa entre el Grado de Instrucción y las prácticas alimentarias; siendo el valor de ( $P=0,05$ ). **Conclusión:** El estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses no se relaciona con las prácticas alimentarias de las madres. Además, que el Grado de Instrucción si condiciona las prácticas alimentarias de las madres.

**Palabras claves: Prácticas alimentarias, Estado Nutricional, Lactante.**

## ABSTRACT

### "The nutritional status and mothers' dietary practices of children who are 6 to 12 months. In the health facilities of Cabracancha ACLAS- Chota, 2017"

The objective of the present study was to determine the relation between nutritional status and mothers' dietary practices of the children who are 6 to 12 months, attend in health establishments of Cabracancha ACLAS from January to December 2017. Material and Methods. Retrospective, cross-sectional, descriptive, correlational study, with quantitative approach. Sample. 60 mothers of children, attended in health establishments of Cabracancha ACLAS. Instrument: a file in which the information was collected from the children of the clinical history and a questionnaire on food practices the same as was applied to the mother. To the processing of the information was used in the statistical package SPSS version 24. **Results:** In terms of the socio-demographic characteristics of the mothers: The 25.0 % are between 25 to 29 years old and from 20 to 24 years old respectively and the 5.0% in the age group from 40 to 44 years old. The 56.7% have primary and the 6.7% higher. The 91.7% their occupation is a housewife, the 1.7% are public employee. About the nutritional status of children: According to the indicator P/T, 96.7% is normal, the 3.3% present malnutrition. According to P/T, 91.7% normal, the 6.7% acute malnourished and 1.7% severe malnourished. Indicator T/E, the 86.7% normal, the 11.7% with low height and only 1.7% are tall. About the mothers' dietary practices, the 83.3% are adequate; the 15% is adequate 1.7% is inadequate. About Quality dimension the 90.0% fairly adequate. Likewise, in consistency with the 91.7%, in the same way in the Quantity dimension the 95.0%. According to the frequency dimension the 81.7% is suitable also in the food hygiene dimension with the 93.3%. When contrasting the general hypothesis, there was no statistically significant relation between the dietary practices and the nutritional status; being the value of ( $P=0,193$ ), according to the indicator P/E. To the indicator P/T ( $P=0,149$ ) and to T/E ( $P=0,846$ ); because the values are  $\geq 0.05$ . About to the secondary hypothesis, was found statistically significant relation between the level of education and food practices; being the value of ( $P=0.05$ ). Conclusion: The children nutritional status from 6 to 12 months is not related to the mothers' dietary practices. Besides that, the instruction grade conditions the mothers' dietary practices.

**Keywords:** dietary practices, nutritional status, Infant.

## INTRODUCCIÓN

La alimentación del lactante y del niño pequeño es una piedra angular de la atención prestada en materia de desarrollo infantil. La mala alimentación trae como consecuencia en los niños menores de cinco años retraso del crecimiento y las reiteradas infecciones, especialmente en los países en desarrollo (1).

Durante los últimos decenios se han ido acumulando pruebas relativas a las necesidades biológicas de una nutrición apropiada, igualmente sobre las recomendaciones en referencia a las prácticas de alimentación. También se ha aprendido mucho acerca de las intervenciones idóneas para promover una mejora de la alimentación. Por ejemplo, estudios realizados en Bangladesh, en Brasil y México han demostrado la eficacia de la prestación de asesoramiento en comunidades y servicios para mejorar las prácticas de alimentación, la ingesta alimentaria y el crecimiento de los niños (1).

El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales vitaminas, minerales que la leche materna suministra en poca cantidad, y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica (2).

Así, brindando los cuidados adecuados a los niños estaremos asegurando un buen crecimiento y desarrollo infantil especialmente durante los primeros años de vida, se estará formando una persona que en el futuro tendrá potencial, contribuyendo a reducir las desigualdades sociales y económicas de la sociedad (3).

La presente investigación se la planteó con el objetivo de determinar la relación entre el estado nutricional y las prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre del 2017, con la finalidad de determinar las prácticas de ablactancia que realizan las madres con sus hijos de 6-12 meses y evaluar en qué medida ésta se relaciona con el estado nutricional. Resultados que serán de suma importancia para el personal de salud que laboran en los diferentes establecimientos, que corresponden al

ACLAS - Cabracancha, como base para analizar esta situación y al mismo tiempo proponer estrategias de intervención, especialmente las de promoción para la salud dirigidas a las madres en el área de crecimiento y desarrollo del niño, que contribuyan a solucionar el problema.

El presente Proyecto de investigación está estructurado de la siguiente manera:

En el Capítulo I. Planteamiento del problema, descripción de la realidad problemática, formulación del problema, objetivos de la investigación, justificación de la investigación, limitaciones. En el Capítulo II. Antecedentes del problema, bases teóricas, definición de términos. Capítulo III, formulación de la hipótesis principal y secundaria, variables, dimensiones y definición conceptual. En el Capítulo IV, Consta de la metodología de la investigación en la que se describe diseño metodológico, diseño muestral, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad. Técnicas de procesamiento de la información, técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información, aspectos éticos. Capítulo V. Análisis y discusión descriptiva, tablas de frecuencia, gráficos, análisis inferencial; pruebas estadísticas, comprobación de hipótesis, discusión y conclusiones.

Anexos.

Fuentes de información, Consentimiento informado. Ficha de recolección de Información sociodemográficos de la madre y el niño. Cuestionario sobre prácticas alimentarias y prueba de Confiabilidad del instrumento y gráficos.



## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción de la Realidad Problemática.**

Según la Organización Mundial de la salud, la alimentación complementaria, es el proceso que comienza cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia materna exclusiva materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo (4).

La Organización Mundial de la Salud, recomienda que se le debe proporcionar 2 a 3 comidas al día entre los 6 a 8 meses de edad y 3 a 4 comidas al día entre 9 y 11 meses, así como entre los 12 y 24 meses de edad añadiéndose aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según lo desee (4).

De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño, todos los lactantes y niños tienen derecho a una buena nutrición. Un 45% de las defunciones de niños se asocia a la desnutrición. Se calcula que en el 2017, a nivel mundial, 155 millones de niños menores de 5 años sufrían retraso del crecimiento y 52 millones presentaban un peso bajo para su talla; 41 millones tenían sobrepeso o eran obesos (5).

Aproximadamente un 40% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna. Son pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional; en muchos países, menos de un cuarto de los niños de 6 a 23 meses cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad (5). Los resultados se reflejan en el estado nutricional asimismo en el desarrollo del menor que se ve afectado.

Los alimentos complementarios requieren ser nutricionalmente seguros y administrados de manera apropiada, para que cubran las necesidades de energía y de nutrientes del niño pequeño. Sin embargo, las prácticas de las madres en cuanto a la alimentación complementaria frecuentemente adolecen de muchos problemas; por ejemplo, si los alimentos están muy diluidos, no se alimenta al niño con la frecuencia necesaria o las raciones son muy pequeñas, o reemplazan a la leche materna siendo de menor calidad. Tanto los alimentos como las prácticas de alimentación influyen sobre la calidad de la alimentación complementaria y las madres y las familias necesitan apoyo para aplicar buenas prácticas de alimentación complementaria (6). Si no se introducen alimentos complementarios a esta edad o se administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se puede ver afectado.

En México según los resultados de un estudio realizado por Ceballos (2013), encontró que la edad de inicio de Alimentación Complementaria, el 9,5% iniciaron a los tres meses de edad, el 26,4% a los cuatro meses, el 25% a los 5 meses y 28,6% a los 6 meses y el restante 10,5% después de los 6 meses. Con los datos obtenidos podemos darnos cuenta que las madres continúan administrando al niño menor de un año leches de fórmula, y la prevalencia de la lactancia materna es baja todavía, la edad en la cual inician la alimentación complementaria no está dentro de los recomendados por la Organización Mundial de la Salud, por lo que es necesario reforzar los programas de nutrición

infantil dirigidos a los padres como al personal de salud para realizar la promoción continua (7).

Según la Encuesta Demográfica de salud y Familia (ENDES-2016), refiere que la desnutrición crónica afectó al 13,1% de niñas y niños menores de cinco años de edad, esta situación refleja una tendencia decreciente al observar el año 2012 (18,9%). Por sexo, la desnutrición crónica presentó una diferencia de 1,8 puntos porcentuales (14,0% en niños y 12,2% en niñas), con mayor intensidad en niñas de madres sin educación (34,1%); en relación con aquellas con mayor nivel educativo: 5,0% con nivel superior y 10,9% con secundaria. La desnutrición aguda en el país se presentó en el 0,6% de niñas y niños menores de cinco años de edad, porcentaje similar al observado en el 2012. Y en cuanto a la desnutrición Global a nivel nacional aquejó al 3,1% de niñas y niños menores de cinco años de edad valor que ha descendido en 0,3 puntos porcentuales en relación al año 2012 que fue 3,4. En relación a la anemia infantil el 33,3% de niños y niñas menores de cinco años de edad padeció anemia, proporción mayor a la observada en el año 2012 (32,9%). En Cajamarca se presentó el 22,9% (8).

En relación al tipo de comida recibida en las 24 horas antes de la encuesta refiere que el 16,5% de niñas y niños menores de cuatro meses de edad que estuvieron lactando el día o noche anterior a la entrevista, recibieron fórmula infantil; 3,7% recibieron otro tipo de leche (incluya leche fresca o en polvo, de vaca u otro animal) y otro líquido (no incluye agua) 1,8%. Entre las niñas y niños de seis a nueve meses de edad que fueron amamantados, el 55,7% recibió otros líquidos y el 20,4% otra leche. El 86,6% de niñas y niños de seis a nueve meses de edad recibieron algún tipo de alimento sólido o semisólido, destacando los alimentos preparados a base de carne, aves, pescado, huevo (67,5%), seguido de los preparados de tubérculos, raíces (64,6%), de preparados de grano, trigo o cereal (59,3%), preparados de frutas, vegetales ricos en vitamina A (62,4%, de otras frutas y vegetales 56,0% y preparados con aceite, grasas y mantequilla 44,8% el grupo de niños de 12 a 17 meses que no estuvieron lactando y que consumieron diversos alimentos similares al grupo de niños y niñas de 9 a 11 meses (8).

En cuanto a la frecuencia de comidas recibidas, tenemos que en las niñas y niños que recibieron lactancia materna el 74,5% de niñas y niños que tenían de seis a ocho meses de edad y que recibieron lactancia materna consumieron alimentos por lo menos dos veces al día. El 70,1% recibió tres y más grupos de alimentos y el 65,7% cumplió con ambos criterios. El 95,5% de niñas y niños lactantes de 9 a 11 meses de edad recibieron tres a más grupos de alimentos, el 87,4% recibió tres o más veces al día y el 84,9% cumplió con ambos criterios. El 71,0% de niñas y niños de seis a ocho meses de edad fueron alimentados con el mínimo estándar de dos, mientras que el 70,0% de niñas y niños recibió tres o más tipos de alimentos veces (8).

Según CEPAL (2010), las prácticas de alimentación complementaria en el Perú son menos alentadoras, porque la introducción de los alimentos lo hace a temprana edad siendo el promedio de edad a los 4 meses, trayendo como consecuencia la desnutrición. En poblaciones rurales, los alimentos complementarios son líquidos y solo a los 6 o 7 meses empiezan a recibir alimentos sólidos, a diferencia de las zonas urbanas. A nivel nacional la introducción de agüitas y mates 4% a nivel urbano y 4% a nivel rural, introducción de agüitas y mates 4% a nivel urbano 11% y rural 11%, donde los alimentos sólidos se introducen a partir de los 6 meses de edad existiendo la introducción temprana o tardía de alimentos complementarios (9).

El Instituto nacional de Estadística e Informática (2016), reporta que en Cajamarca se presentó el 28,4% de desnutrición crónica en menores de 6 a 35 meses de edad, Riesgo de desnutrición crónica (T/E), el 50,3%, Desnutrición global (T/E), 6,1%, Desnutrición aguda (P/T), 1,2%. Y en la DISA- Chota se reportó para el mismo grupo de 6 a 35 meses Desnutrición crónica (28,6%), Riesgo de desnutrición crónica (T/E) 52%, Desnutrición global (P/E), el 5,5%, Desnutrición aguda (P/T), 1,2%. Situación nutricional de los niños probablemente se deba a las prácticas inadecuadas de alimentación complementaria por parte de las madres y otros factores que intervienen (10).

Asimismo en un estudio realizado en Chota por Nuñez (2015), encontró en cuanto a las prácticas de alimentación complementaria de las madres en los menores de 6 a 12 meses de edad, la edad de inicio de dio en el 46,9% a los 6

meses, en el 42,9% a los 5 meses y sobre las prácticas estas en el 85,7% fueron buenas y en el 14,3% malas, referidas a la calidad, cantidad, frecuencia y seguridad y en cuanto al estado nutricional indicador peso/talla el 81,6% tienen estado nutricional normal; talla/edad el 51% su estado nutricional es normal; y un 49% tiene; demostrando que también existen problemas en cuanto a las prácticas alimentarias por parte de las madres hacia los niños de 6 a 12 meses de edad (11).

Por lo expuesto anteriormente y teniendo en cuenta la experiencia recogida de las prácticas clínicas hospitalarias como comunitarias, se propone el presente proyecto de investigación, con los resultados se espera que el personal de salud responsable del área puedan intervenir con la finalidad de mejorar estas prácticas alimentarias de las madres, lo que redundará en el bienestar del niño menor de un año.

## **1.2. Problema de Investigación.**

### **1.2.1. Problema Principal.**

¿Cuál es la relación entre el estado nutricional y las prácticas alimentarias de las madres de los niños(a) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, en el periodo de enero a diciembre del 2017?

### **1.2.2. Problemas Secundarios.**

¿Cuáles son las características socio-demográficas, de las madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre del 2017?

¿Cuál es el estado nutricional de los niños (as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre del 2017?

¿Cómo son las prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre del 2017?

### **1.3. Objetivos de la Investigación.**

#### **1.3.1. Objetivo General.**

Determinar la relación entre el estado nutricional y las prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre del 2017.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos.**

- Conocer el estado nutricional de los niños(as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre del 2017.
- Identificar las prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 meses atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre del 2017.
- Identificar las características socio-demográficas, de las madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, atendidos en el ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre del 2017.
- Describir la relación que existe entre las prácticas alimentarias de las madres y el estado nutricional de los niños(as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre del 2017.

### **1.4. Justificación e Importancia.**

#### **1.4.1. Importancia de la investigación.**

Las prácticas deficientes de alimentación complementaria están muy difundidas, a nivel mundial, nacional, regional y local la mayoría de niños recibe algún otro tipo de alimento líquido en los primeros meses. Los alimentos complementarios frecuentemente son introducidos demasiado

temprano o demasiado tarde y son en general, nutricionalmente inadecuados e inseguros (2).

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 frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna (2).

La investigación es importante para la población objetivo de estudio, pues se propone determinar la relación entre el estado nutricional y las prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, a fin de que los profesionales de enfermería y personal de salud que laboran en el área de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano, puedan identificar a tiempo las prácticas incorrectas de alimentación y el desconocimiento que tienen las madres a cerca de la alimentación de sus hijos, lo cual puede originar serias consecuencias en el niño, algunas de las cuales se ven reflejado en el estado nutricional dentro de ellos la desnutrición crónica, el retardo en el crecimiento y la obesidad y la anemia.

Además, es importante porque los resultados permitirán brindar información actualizada al personal de enfermería que labora en el componente de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano de los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, quienes mediante intervenciones preventivo - promocionales de alimentación y nutrición en el marco de la atención integral de salud promoverán y mejoraran la consejería en alimentación complementaria destinada a incrementar los conocimientos de las madres y corregir así las prácticas de estas. Logrando disminuir las consecuencias negativas en los niños en el crecimiento y desarrollo, contribuyendo en el mejoramiento de la salud materna infantil, especialmente en los menores de un año.

La importancia también radica que los resultados constituirán una línea de base para futuras investigaciones en referencia al tema investigado, muy importante siendo los niños el pilar fundamental de una sociedad.

#### **1.4.2. Viabilidad y factibilidad de la investigación.**

La ejecución de la investigación fue viable y factible de realizar porque la Tesista contó con el apoyo de la Gerente del ACLAS Cabracancha; quien dio la autorización correspondiente para el recojo de la información de los establecimientos de salud que la conforman. También se contó con la participación de los jefes de los establecimientos de salud, quienes permitieron tener acceso a las historias clínicas para la recopilación de la información de los niños menores de 6 a 12 meses de edad que fueron atendidos en sus establecimientos, también las madres participaron en la investigación, luego de firmar el consentimiento informado. Además se contó con los recursos tanto económicos como materiales para el desarrollo de la misma.

#### **1.5. Limitaciones del estudio**

- En la formulación del presente proyecto de investigación no se han presentado limitaciones; por tanto la información y los antecedentes existentes facilitaron la elaboración del presente.
- Hay limitaciones del diseño, por ser un estudio descriptivo, los resultados son limitados y no se puede inferir.
- Los resultados son producto de la opinión más no de la observación comprobada; por lo tanto es un resultado subjetivo.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la Investigación.**

##### **A nivel internacional.**

Sánchez, A. Realizó un estudio titulado: Prácticas de alimentación complementaria en lactantes de 6 A 11 meses 29 días de edad que asisten al Centro de Salud del Municipio de San Juan Sacatepéquez, Guatemala. Julio - noviembre 2015. El estudio llevado a cabo fue de tipo descriptivo transversal. La recolección de la información se realizó mediante una entrevista a 94 madres de lactantes en edades de 6 meses a 11 meses 29 días, que participaron voluntariamente cuando asistieron al Centro de Salud. Dentro de los resultados se determinó que el 88% de las madres seguía dando de lactar al infante y el 59% de ellas pensaba continuar hasta los dos años de vida del mismo, aunque aproximadamente la mitad las madres brindó lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida debido a insuficiente producción de leche, trabajo e inicio prematuro de la alimentación complementaria. De los 14 grupos de alimentos establecidos para

esta investigación se reportó que solamente 6 de ellos lograron darlos dentro de la edad recomendada y 5 de ellos antes de la edad recomendada. El 70.2% de los infantes recibió una insuficiente cantidad de energía, el 62.7%, 60.6% y 73.4% menos de los requerimientos de proteínas, carbohidratos y grasas al día, viendo este resultado reflejado en el 62.8% de los infantes desnutrición crónica. Las conclusiones principales fueron que la educación de la madre es un importante pilar para el buen desarrollo y crecimiento del niño. Además se determinó que las prácticas de alimentación complementaria que poseen las madres de los infantes no son adecuadas y llegan a repercutir directamente en el estado nutricional del mismo por falta de cantidad y calidad de alimentos, al observar que más de la mitad de los infantes tenía retardo en el crecimiento (12).

Villeda R, Lázaro. Realizaron un estudio titulado "Prácticas Alimentarias y su relación con el estado nutricional en niños y niñas de 0 a 12 meses de edad". La muestra estuvo constituida por un total de 552 niños de 0 a 12 meses. Estudio descriptivo transversal. Los resultados fueron el 62% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida, seguido por un 25% con lactancia materna frecuente, un 11% recibió lactancia mixta con lactancia materna y fórmula maternizada, el 1% recibió lactancia materna ficticia en la cual recibe menos de dos veces al día lactancia materna y el 1% restante fue alimentado solo con fórmula maternizada. De los 317 niños ya habían iniciado alimentación complementaria; 187 de los niños no cumplen con dieta mínima aceptable, de los cuales 61% tienen algún grado de desnutrición y 39% se encuentran en estado nutricional normal, mientras que de los 130 niños que sí cumplen con dieta mínima aceptable la mayoría 77% tienen estado nutricional normal. De los 276 niños de 0-6 meses, 104 no cumplen con lactancia materna exclusiva de los cuales 66% se encuentran en estado nutricional normal y 34% tienen algún grado de desnutrición, de los 172 niños que sí tuvieron lactancia materna exclusiva 73% tienen estado nutricional normal y 27% algún grado de desnutrición, encontrando que las diferencias en el estado nutricional entre los niños lactados de manera exclusiva y aquellos que tuvieron otro tipo de lactancia no fue significativa. Conclusiones se demostró un efecto positivo de las prácticas alimentarias adecuadas sobre el estado nutricional en niños de 0 a 12 meses de edad, revelando que de los 552 niños estudiados 317 niños ya habían iniciado

alimentación complementaria y de estos 187 niños no cumplen con dieta mínima aceptable. Se debe sensibilizar a madres acerca de la importancia de las prácticas alimentarias y el estado nutricional de sus hijos, y la relación del mismo con el apareamiento de enfermedades, para llevar una alimentación adecuada en este período tan importante para el crecimiento y desarrollo del niño (13).

#### **A nivel nacional:**

Amaya, N. Realizó un trabajo de investigación titulado. Prácticas alimentarias de la madre y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote- 2014. El presente trabajo de investigación de abordaje cuantitativo y de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, tiene por objetivo general conocer la relación de las prácticas alimentarias de la madre y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote – 2014. La muestra estuvo constituida por 88 madres y lactantes de 6 a 12 meses atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Garatea. Para la recolección de datos se utilizó los instrumentos:

Cuestionario sobre prácticas alimentarias de la madre y Ficha de Observación: Estado nutricional del niño. El procesamiento de datos se realizó mediante la prueba estadística Chi cuadrado, llegando a las siguientes conclusiones: El 76.10% de las madres presentan buenas prácticas alimentarias, el 23.90% presentan prácticas alimentarias regulares; no encontrándose malas prácticas alimentarias. El 89.80% de los lactantes presentan estado nutricional normal, el 6.80% sobrepeso, el 2.30% talla alta y el 1.10% obesidad. Si existe relación estadística significativa entre las prácticas alimentarias de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad (14).

Díaz A. Realizó un estudio titulado “Prácticas de ablactancia, estado nutricional y desarrollo psicomotor en lactantes de 6 - 12 meses de edad. Comunidad de Manchay - Lima 2012; La población, 250 lactantes programados pertenecen al grupo etario de 6 a 12 meses de edad. La muestra fue 125 lactantes programados en 6 meses. De tipo cuantitativa, diseño descriptivo y correlacional, de corte trasversal. Resultados. Han iniciado su ablactancia a los seis meses el 53.7% y mantienen la lactancia materna pasado los seis meses el 45.3% y el 37.7% de las

madres tuvieron adecuadas prácticas de ablactación, el 32.6% medianamente adecuadas e inadecuadas el 33.7%, con respecto al estado nutricional se encontró que el 34.7% tuvieron desnutrición crónica el 30.6% tuvo riesgo nutricional y el 34.7%. Estado nutricional normal y según el dosaje de hemoglobina hubieron con anemia leve el 56.8%, anemia moderada 6.4% y el 36.8% normal. El estado nutricional de los lactantes de acuerdo a los indicadores antropométricos según talla/edad presentan talla baja 33.7%, riesgo 34.7% y es normal de acuerdo a peso/edad el 92.6% y riesgo 7.4%; mientras que peso/talla el 100% se encuentran normales. El estado nutricional de los lactantes es inadecuado porque presentan un porcentaje significativo de 34.7% de desnutrición crónica y riesgo de desnutrición el 30.6%. El estado nutricional de los lactantes de acuerdo a la prueba bioquímica de hemoglobina presentan anemia leve 56.8%, anemia moderada 6.4%. Conclusiones: Las inadecuadas prácticas de ablactancia si se relacionan de modo significativo con el estado nutricional y desarrollo psicomotor de los niños y niñas lactantes de la comunidad de Manchay (15).

Armillón, L. Y Bolaños, M. En su investigación sobre alimentación complementaria y estado nutricional del niño (a) al año de edad, Puesto de Salud Pacangilla—La Libertad. Obteniendo los siguientes resultados: En el 96,7% de niños la alimentación complementaria fue adecuada y en el 3,3% de ellos inadecuada; el estado nutricional: peso/edad en el 96,7% normal y en el 3,3% estuvo desnutrido, talla/edad el 83,7% tuvo talla normal, el 12% talla baja y el 4,3% talla alta, peso/talla el 89,1% se encontró en estado normal, el 7,6% tuvo sobrepeso y el 3,3% de niños(as) estuvieron desnutridos (16).

#### **A nivel Local:**

Nuñez, M. Realizó una investigación titulada. Estado nutricional y prácticas de alimentación complementaria en el niño de 6 a 12 meses de edad en el Centro de Salud Cuyumalca- Chota 2015. Estudio: Cuantitativo, descriptivo, correlacional, no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 49 madres con niños de 6 a 12 meses. Se aplicó dos instrumentos, uno para medir el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses y el otro para conocer las prácticas de alimentación complementaria de las madres, que fueron procesados haciendo uso del paquete estadístico SPSS versión 22:00. Los resultados mostraron en cuanto

al sexo predominó el sexo masculino 55,1%, referente a la edad en su mayoría son niños de 6 meses 51%, la edad de inicio de la alimentación complementaria; 46,9% iniciaron a los 6 meses, un 42% a los 5 meses. Según el indicador peso/edad del niño se observa que 89,8% se encuentran dentro de los rangos normales y un 10,2% tiene desnutrición. En cuanto al indicador peso/talla del niño el 81,6% tiene estado nutricional normal el 16,3% tienen sobrepeso y 2,1% presenta obesidad. Según el indicador talla/edad del niño se observa que el 51% su estado nutricional es normal y un 49% tienen talla baja; sobre las prácticas de alimentación complementaria de las madres el 85,7% tiene prácticas adecuadas y el 14,3% tienen regulares prácticas. En el presente estudio se concluye que no existe relación significativa entre el estado nutricional y las prácticas de alimentación complementaria del niño de 6 a 12 meses de edad (11).

## **2.2. Bases teóricas.**

**1. Estado nutricional.** El estado nutricional es el resultado del balance entre la disponibilidad de los alimentos y la utilización de nutrientes por el organismo, el desequilibrio de esta puede causar una mala nutrición; la misma que en intensidad y duración afectará el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño (17).

La evaluación del estado nutricional puede realizarse a través de estudios transversales (en un momento determinado), longitudinales o de sistemas de vigilancia. Para ello pueden utilizarse (17):

Los métodos indirectos como el uso de indicadores socio-económicos, de disponibilidad y consumo de alimentos. Estos métodos generalmente requieren de personal especializado, de tiempo y representatividad de muestras (18).

Dentro de los métodos directos se encuentran las medidas antropométricas, los indicadores bioquímicos y la evaluación clínica. Los indicadores bioquímicos son utilizados para medir deficiencias específicas de nutrientes, se realizan en muestras y son costosos. Los métodos clínicos sólo son útiles cuando se ha manifestado la enfermedad. Mientras tanto los estudios antropométricos son utilizados con mayor frecuencia en los servicios de salud y comunidad, fáciles de obtener, de muy bajo costo (18).

**Método antropométrico:** Es el método directo que nos permite evaluar el estado nutricional en forma rápida, sencilla, de fácil interpretación, bajo costo, exacta, culturalmente aceptada y pueden participar los miembros de la comunidad en diferentes edades, grados de salud y nutrición (18).

**Medidas e índices:**

Las medidas antropométricas más usadas en la evaluación del estado nutricional son: el peso, la talla, la circunferencia braquial y los pliegues cutáneos. Los valores de estas medidas por sí solos no tiene significado pero cuando se relacionan entre sí y con la edad, generan los siguientes indicadores: Peso para la edad (P/E), talla para la edad (T/E) y peso para la talla (T/E) (19).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasifica los índices antropométricos (1):

**Peso para la talla:** Refleja el peso corporal en proporción con el crecimiento alcanzado en longitud o talla. Las cartillas de peso para la talla permiten identificar niños con bajo peso para la talla o a aquellos que se encuentran encaminados o gravemente emaciados. Estas cartillas también ayudan a identificar a los niños con elevado peso para la longitud/talla, que pueden estar en riesgo de sobrepeso u obesidad. Es el peso que corresponde a un niño para la talla que tiene en el momento de la medición, el déficit de peso indica un adelgazamiento, mide la desnutrición aguda (1).

**Talla para la edad:** Refleja el crecimiento alcanzado por el niño, en longitud o talla a una edad determinada durante el momento de la vida. El crecimiento en talla es más lento que el peso, así al año de vida, mientras que un niño ha triplicado su peso de nacimiento, solo incrementa la talla en un 50% (talla promedio al nacer 50cm, y al año de vida 76 cm). Las diferencias en talla tienden a ser más lentas y a recuperarse también más lentamente. A mayor déficit nutricional, mayor cronicidad de la desnutrición, este índice mide la desnutrición crónica (1).

**Peso para la edad:** Es usado tradicionalmente para evaluar el crecimiento de los niños, en historias clínicas y fichas de crecimiento. Este indicador es

empleado para evaluar si el niño tiene peso bajo o peso muy bajo, pero no es empleado para la clasificación del niño con sobrepeso u obesidad. Debido a que el peso puede ser medido con relativa facilidad, es un indicador comúnmente empleado, pero no es confiable en situaciones cuando la edad del niño ni puede ser determinada con precisión. Tampoco permite distinguir entre desnutrición aguda y crónica y entre baja ingesta de energía o de nutriente (1). Es un indicador primario que corresponde a la relación entre el peso real de un niño y su peso teórico normal expresado en porcentaje; se utiliza para medir la desnutrición global (16).

Utilizando el indicador de peso para la edad podemos saber si el niño tiene o ha tenido adelgazamiento y/o retardo en el crecimiento. Si los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de cohorte de normalidad (+2 a -2 Desviaciones (DS) y la tendencia del gráfico de la niña o niño no es paralelo a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente se considera riesgo nutricional (16).

### **Clasificación.**

#### **Según la Norma Técnica de Salud- MINSA.**

##### **Clasificación del estado nutricional en el Recién Nacido.**

El Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de cinco Años, clasifica el estado nutricional en los recién nacidos en pequeño, adecuado y grande para la edad gestacional y en niñas y niños de 29 días a menores de 5 años en base a la comparación de indicadores: P/E, T/E y P/T con los valores de los patrones de Referencia vigentes (20).

##### **Clasificación del estado nutricional en el recién nacido**

<b>PUNTO DE CORTE</b>	<b>CLASIFICACIÓN</b>
< P10	Pequeño para la edad gestacional
P10 a P90	Adecuado para la edad gestacional
> P 90	Grande para la edad gestacional

Fuente: MINSA

## Clasificación del estado de los niños de 29 días a menores de 5 años.

PUNTOS DE CORTE	PESO PARA LA EDAD	PESO PARA LA TALLA	TALLA PARA LA EDAD
Desviación Estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
>+ 3		Obesidad	
>+ 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 a - 2	Normal	Normal	Normal
< -2 a - 3	Desnutrición	Desnutrición aguda	Talla baja
< - 3		Desnutrición severa	

Fuente: MINSA

### Problemas del estado nutricional.

#### La desnutrición.

Es definida como el retardo en el crecimiento del niño con relación a su edad, está considerada como un indicador síntesis de calidad debido a que es el resultado de factores socioeconómicos presentes en el entorno del niño durante su periodo de gestación, nacimiento y crecimiento (21).

Según la OMS, es la falta de alimentos que aportan calorías, nutrientes, vitaminas y minerales al organismo para mantener un estado de salud y peso acorde con la edad (22).

La desnutrición calórica proteica es un problema, pero no es la única en relación con la desnutrición, también hay desnutrición “escondida” por un déficit de vitaminas y minerales como: Hierro, Vitamina A, Vitamina B, Zinc y Yodo. El más importante de estos problemas es la anemia por el déficit de hierro, que genera mucho cansancio físico e intelectual. Dentro de la desnutrición calórica proteica se reconocen 3 tipos: Desnutrición crónica, aguda y global (22).



## **Causas de la desnutrición según la valoración del estado nutricional.**

**Causas primarias o ambientales:** Obedece a la ingesta insuficiente o inadecuada de alimentos, que generalmente se asocia a circunstancias desfavorables del entorno del niño tanto ambientales como psicosociales (23).

- a) **Errores en la alimentación por defecto de técnica.** (frecuencia desordenada, alimentos hipocalóricos, biberones mal preparados), dietas inadecuadas, vegetarianismo, prolongación de la lactancia materna sin introducción de la alimentación complementaria, etc (23).
- b) **Alteraciones en el establecimiento del vínculo madre hijo y en el desarrollo de la conducta alimentaria del niño.** El proceso de creación de hábitos alimentario se inicia en el periodo de total dependencia de recién nacido y se culmina en la autonomía de la adolescencia. En él, es determinante la actitud de los padres para que los niños desarrollen correctamente los mecanismos de control de apetito y, por tanto, del ingreso de energía, al ser capaces de reconocer sus sensaciones de hambre y saciedad (23).

Los padres deberían enseñar al niño a comer variedad de alimentos sanos y dejarle en todo momento el control de la cantidad.

- c) **La marginación social, la pobreza e ignorancia, aseguran una alimentación insuficiente.** Este es un problema que se ha ido acrecentando en los últimos años con la inmigración de familias desde países sin recursos, que se incorporan a nuestra sociedad en condiciones precarias y cuya situación requiere una implicación sanitaria y social prioritaria (23).

**Causas secundarias.** Cualquier enfermedad que incida sobre el organismo

Va a desencadenar un trastorno nutricional por diversos mecanismos:

- a) **Imposibilidad de ingestión:** Encefalopatías, parálisis cerebral infantil, anorexia de las enfermedades crónicas o de las infecciones a repetición (IRA, EDA, parasitosis, etc)

- b) Enfermedades que cursan con mala digestión y mala absorción:** Fibrosis quística, celiaquía, intolerancia a la proteína de la leche de vaca, parasitosis (giardiasis), síndrome de intestino corto, etc.
- c) Enfermedades crónicas que conllevan un aumento del gasto energético, de las pérdidas y/o de los requerimientos:** Enfermedades inflamatorias del intestino, enfermedad pulmonar, cardiopatías, nefropatías, cáncer, etc. (23).

## **2.- Prácticas Alimentarias.**

### **1.- Práctica alimentaria.**

Son las actividades, aprendidas y aplicadas en la introducción de nuevos alimentos en la alimentación complementaria donde las características de los alimentos y los beneficios son importantes para la salud del niño (24).

Se define como el conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación. Incluye desde la manera como se seleccionan los alimentos, hasta la forma en que se los consumen o los sirven a las personas cuya alimentación está en sus manos (24).

Para Pérez (2001) y Manialovori (2010). Los efectos adversos de la desnutrición. Como consecuencia de una alimentación inadecuada e insuficiente en esta etapa de vida, aumentan la morbilidad y mortalidad y afectan al desarrollo mental y motor del niño. A largo plazo persisten tales efectos que provocan un deficiente rendimiento intelectual, pobre capacidad de trabajo, afectación en la salud reproductiva y favorecen la presencia de enfermedades degenerativas en la salud adulta (25).

### **2.- Alimentación complementaria o Ablactancia.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna (26).

De acuerdo a los lineamientos de nutrición materno –infantil. (Instituto Nacional de Salud-2010). Es a partir de los 6 meses de edad en que el niño inicia la alimentación complementaria, incluyendo alimentos semisólidos (papillas, mazamoras, purés) e ir modificándolos ofreciendo alimentos aplastados, triturados y luego picados hasta que se incorpore en la alimentación familiar. También es recomendable adicionar una cucharita de aceite, manteca, mantequilla u otro tipo de grasa en alguna comida del niño, pues de esta manera se está incrementando la necesidad energética de las comidas del niño (27).

Para Pérez, (2011) y Muñoz, (2001). Alimentación complementaria. Término usado en pediatría para referirse a la alimentación que se le ofrece al lactante, además de la leche materna u otras fórmulas utilizadas para su alimentación una vez que se ha establecido la introducción de alimentos, o bien el proceso que comienza cuando la leche humana es insuficiente para cubrir las necesidades nutricionales de un lactante (6 meses de vida) y requiere de otros alimentos y líquidos. Asimismo, que la alimentación complementaria depende de factores socioeconómicos, fisiológicos, nutricionales y psicológicos, y la maduración de los sistemas neuromuscular, gastrointestinal y renal, influyen en que sean exitosas (28).

#### **A. Objetivos de la Alimentación Complementaria (OMS-2013) (29).**

1. Prevenir las deficiencias de energía y de proteínas debidas a una disociación entre la disponibilidad de estos nutrimentos en la leche materna y los requerimientos del niño en función de su crecimiento.
2. Prevenir la deficiencia de nutrimentos con énfasis en el hierro y en el zinc.
3. Fomentar el gusto por los distintos sabores y texturas de los alimentos.
4. Fomentar los hábitos alimentarios correctos, que serán la base de los futuros patrones de alimentación.

5. Desarrollar habilidades que permitan una transición fluida entre la dependencia total del niño con los patrones para alimentarse, a la alimentación por sí mismo.
6. Fomentar la capacidad innata del niño para auto regular la cantidad de alimentos que consume <sup>(29)</sup>.

## **B. Requisitos básicos de la alimentación complementaria:**

**Oportuna:** Comenzar en el momento justo sin disminuir los beneficios del amamantamiento <sup>(29)</sup>.

**Nutricionalmente adecuada:** Proveer la energía y nutrientes adecuados para lactantes de más de seis meses, cuya densidad calórica además de ser apropiada para la edad, guarda relación con la frecuencia de alimentación y considera los alimentos localmente disponibles <sup>(29)</sup>.

**Segura:** Ofrecida y preparada higiénicamente, es decir desde el punto de vista bacteriológico y toxicológico, libre de contaminantes <sup>(29)</sup>.

**Perceptiva:** Brindada en un marco de afecto respetando las necesidades y el ritmo del niño <sup>(29)</sup>.

**Culturalmente aceptable:** Acorde a los hábitos alimentarios familiares (costumbres y creencias familiares sobre la alimentación del niño) y de la comunidad a la cual pertenece el niño <sup>(29)</sup>.

## **C. Beneficios de la alimentación complementaria.**

Los alimentos complementarios adecuados que se introducen y se consumen por un bebé a los 6 meses de edad proporcionan energía, proteínas, grasas, vitaminas y minerales. Éstos ayudan a satisfacer las necesidades del niño en crecimiento, además de la leche materna y la fórmula. Según la Organización Mundial de la Salud, la malnutrición es responsable, directa o indirectamente, de más de la mitad de todas las muertes infantiles. Los beneficios físicos para el niño son un mejor desarrollo y crecimiento en sus valores ponderales principalmente de peso y talla, además de un buen desarrollo cerebral, para evitar retrasos

en el desarrollo psicomotor. En el aspecto psicológico se genera un vínculo madre - niño de mayor seguridad y confianza para el niño (30).

Es mejor que el niño pase del pecho a la comida normal en un proceso gradual (desde los 6 meses, hasta varios años después), que hacerle pasar por varios “destetes”, como ocurriría si pasa: del pecho al biberón, del biberón a la papilla y de la papilla, a la comida normal (4).

#### **D. Características de la alimentación complementaria.**

La alimentación complementaria es el período de transición hacia la alimentación familiar. La capacidad digestiva durante el primer año de vida depende de la eficiencia con que madura el aparato digestivo, tanto en los aspectos motores como enzimáticos. Alrededor de los 6 meses empieza la erupción dentaria, que indica mayor madurez funcional: progresan el uso de la musculatura masticatoria y la percepción sensorio-espacial de la lengua y los labios; la función deglutoria pasa de ser instintiva y refleja a ser una deglución somática; el reflejo de extrusión se extingue progresivamente y se desarrolla la discriminación de nuevas texturas, sabores, olores, colores, temperaturas y consistencias en los distintos alimentos. A partir de todos estos cambios, el niño puede manifestar preferencias o rechazos, lo cual debe ser considerado relevante, en especial frente a la incorporación progresiva de alimentos no lácteos y, de esta forma, evitar que el niño o la niña rechace los alimentos nuevo (31)

#### **Pilares de la alimentación complementaria.**

##### **Calidad de los alimentos.**

Conjunto de características que hace del alimento aceptable al consumidor, y el valor nutritivo que este aporta para satisfacer las necesidades del organismo (32).

Para decir que el niño o la niña recibe una alimentación de calidad debemos evitar de darle bebidas azucaradas de bajo valor nutritivo,

caldos, agüitas o mates, ya que su densidad energética es mínima. El agua tiene una densidad energética de 0kcal/gr y el caldo 0.2 Kcal/gr (27).

### **Macronutrientes y micronutrientes**

El primero está conformado por los hidratos de carbono, proteínas y grasas, el segundo por vitaminas y minerales. El cerebro, es un órgano funcional y complejo como cualquier otro órgano, está elaborado por sustancias presentes en la dieta, entre ellas micronutrientes y macronutrientes (32).

### **Macronutrientes.**

**Proteínas:** Llamados también constructores, porque ellos son las que van a servir de materia prima para la formación y construcción de todos los tejidos y estructuras que forman nuestro cuerpo. También son importantes en el desarrollo del cerebro y de las funciones cognitivas (33).

Las carnes, pescados, y huevos, vísceras, etc. Contienen un elevado porcentaje de proteínas en su composición (33).

A su vez, las proteínas están conformadas por elementos aún más pequeños, llamados aminoácidos. Cuando comemos alimentos que contienen proteínas, éstas se descomponen en aminoácidos por la digestión y una vez que llegan a las células, permiten formar nuevas proteínas (34).

**Carbohidratos:** Fuente principal de energía, compuesto que contiene un carbono C6, hidrogeno H12 y oxigeno O6, durante el metabolismo se queman para producir energía y liberan CO<sub>2</sub>, cada gramo de carbohidrato proporciona 4 calorías (34).

**Grasas:** Durante los primeros seis meses de vida las grasas son la principal fuente de energía proporcionan aproximadamente el 50% de la energía consumida y son además fuente de ácidos grasos esenciales

indispensables para un buen crecimiento físico y para el desarrollo del sistema nervioso. La alimentación al seno materno. Al introducir alimentos sólidos, el aporte de energía de las grasas disminuye del 40% hasta el 20% de acuerdo con el tipo de dieta que reciba el niño <sup>(34)</sup>.

Los primeros dos años de vida la grasa es esencial para el niño, porque le provee de ácidos grasos y colesterol necesario para formar membranas celulares en todos los órganos, y en particular órganos importantes como son la retina del ojo y el sistema nervioso central están constituidos predominantemente por grasas, gran parte de las grasas necesarias para la formación de estos tejidos está constituida por ácidos grasos esenciales, que no pueden ser sintetizados por el organismo y deben ser aportados por la dieta <sup>(34)</sup>.

Después del tejido adiposo, el cerebro es el órgano que contiene mayor cantidad de grasa, participando principalmente en la arquitectura de las membranas celulares. Todas las células y orgánulos en el cerebro son muy ricas en ácidos poliinsaturados omega 3, omega 6. En el sistema nervioso, en promedio, un ácido graso de tres es poliinsaturados, por lo que se debe adquirir a través de la alimentación <sup>(34)</sup>.

El ácido graso esencial omega 3 influye también directamente en la producción y la liberación de algunos neurotransmisores como la serotonina y la dopamina <sup>(34)</sup>.

### **Micronutrientes**

**Vitaminas:** Son compuestos orgánicos indispensables para el organismo ya que el cuerpo no puede producir sus propias vitaminas excepto la vitamina D, las vitaminas se clasifican en liposolubles (A,D,E,K), e hidrosolubles, Vit C Vitamina B1 (Tiamina) Vitamina B2 (Riboflavina) Vitamina B3 (Niacina) Vitamina B5 (Acido Pantoténico) Vitamina B6 (Piridoxal) Vitamina B8 (Biotina) Vit. B12 Cobalamina Ácido Fólico <sup>(35)</sup>.

En la actualidad se sabe que es esencial para el buen funcionamiento del organismo, ya que tiene una influencia decisiva en el sistema inmune y

evitar la aparición de enfermedades degenerativas, como en el caso de los elementos que tienen actividad antioxidante <sup>(35)</sup>.

**Vitamina A:** Es uno de los nutrientes esencial para un crecimiento y desarrollo normal del niño. La misma es necesaria para mantener la integridad del epitelio y por ello, tiene una acción anti infecciosa. También es indispensable para una correcta función visual, ya que su deficiencia dificulta la visión nocturna, conjuntivitis <sup>(35)</sup>.

La vitamina A se encuentra en Zanahorias, hortalizas y legumbres amarillas y verdes, pescado, hígado, leche y huevos. Según la UNICEF los niños y niñas de 6m - 59 m deben consumir un promedio de 400.0ug al día de vitamina A <sup>(35)</sup>.

**Vitamina D:** Es indispensable para la absorción del calcio y del fósforo y la mineralización de los huesos. Muy importante durante el crecimiento. Se encuentra en la leche, pescados grasos, aceite de hígado de bacalao, yema de huevo. Se forma en la piel por la exposición al sol. Su deficiencia provoca raquitismo, alteraciones musculares <sup>(44)</sup>. Según la UNICEF los niños y niñas de 6m - 59 m deben consumir un promedio de 5.0ug al día de vitamina D <sup>(35)</sup>.

**Vitamina E:** Tiene acción antioxidante. Actúa en la síntesis del pigmento hemo que hay en la hemoglobina de los glóbulos rojos. La carencia de vitamina E afecta también al metabolismo de las grasas y perjudica la conducción de los impulsos nerviosos, causando trastornos neurológicos. Según la UNICEF los niños y niñas de 6m - 59 m deben consumir un promedio de 5.0ug al día de vitamina E <sup>(35)</sup>.

**Vitamina K:** También llamada vitamina antihemorrágica, tiene la propiedad de hacer que el hígado forme protrombina, participan en la regulación de la coagulación sanguínea. Su carencia provoca hemorragias, aunque el cuerpo almacena vitamina K su escasez es rara,



solo falta en casos de alteraciones en la absorción intestinal. Se encuentra en las hojas verdes, brócoli, col, hojas de nabo, lechuga (35).

### **Minerales**

Los minerales son elementos inorgánicos que tienen funciones estructurales y reguladoras del organismo. Constituyen tejidos de huesos y dientes y regulan el equilibrio de los líquidos corporales en los tejidos, la contracción muscular, la función nerviosa, la secreción enzimática y la formación de eritrocitos (35).

**Hierro:** Constituyente de la hemoglobina, transporta el oxígeno y nutrientes a todo el organismo, su deficiencia provoca anemia, además el hierro es otro nutriente esencial para la mielinización adecuada de la médula espinal y la materia blanca de los pliegues cerebelosos (36).

**Zinc:** Es un mineral importante para las diversas funciones del organismo, como: crecimiento y división celular, se requiere para sintetizar proteína y ADN, metabolismo de los ovarios y testículos y función renal, también se encuentra presente en el metabolismo de proteínas, carbohidratos, lípidos y energía. Se encuentra en productos lácteos, legumbres, levadura, frutos secos y cereales integrales (37).

**Calcio:** El calcio es fundamental para el crecimiento y fortalecimiento de los huesos y es de vital importancia para los niños. Se encuentra en la leche y otros productos lácteos, la vitamina D, es necesaria para que el cuerpo absorba el calcio (37).

A partir de los 6 meses de edad las necesidades de hierro así como el de zinc y calcio deben ser cubiertas con la alimentación complementaria, porque a los 6 meses se produce un balance negativo en particular del hierro (37).

## **Consistencia de los alimentos.**

En la primera etapa, la incorporación de alimentos actúa como un elemento de estimulación sensorial y psicomotriz. De esta manera el niño establece el contacto con nuevos estímulos (sabor, olor, textura, consistencia, etc.) que le permitirá una adaptación progresiva a una amplia familia de alimentos (38).

A partir de los 6 meses el niño o la niña deben iniciar la alimentación complementaria con preparaciones semisólidas, o sea con papillas, mazamorra o purés con una densidad energética no menor a 0.8kcal/g, gradualmente se irá incrementando la consistencia y variedad de los alimentos adaptándose a los requerimientos y habilidades desarrolladas del niño o niña según su edad (37), (39).

A los 6 meses se iniciara con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamorra o purés; entre los 7 – 8 meses se le dará alimentos triturados, entre los 9 - 11 meses se le dará los alimentos picados y finalmente entre los 12 – 24 meses deberá comer de la olla familiar (37), (39).

El niño (a) a partir de los 6 meses ya puede empezar a comer progresivamente toda clase de alimentos. Es recomendable favorecer el consumo de alimentos de bajo costo y alto valor nutritivo. Dentro de los productos de origen animal tenemos hígado de pollo, huevo, pescado, leche. Los cereales que se debe proporcionar son el arroz, quinua, harinas, maíz, etc (39).

Las menestras estarán dadas por los frejoles, lentejas, alverjitas verdes partidas, soya, harina. Dentro de los tubérculos tenemos: papa, camote, yuca. Se debe complementar estos alimentos con verduras de color anaranjado y verde oscuro (zanahoria, zapallo, acelga, espinaca). Agregar en cada preparación una cucharadita de aceite y/o mantequilla lo que hará más suave la comida del niño, promover el uso de frutas ricas en vitamina C ( naranja , mandarina , papaya , piña , mango , etc.) ,

después de las comidas para favorecer la absorción del hierro evitar el consumo de infusiones como el té , anís , canela , café , porque interfieren en la absorción del hierro . En lugar de estas se puede indicar el consumo de limonada, naranja o refresco de frutas (38).

### **Frecuencia de los alimentos.**

El número de comidas para la niña o niño, va aumentando conforme va creciendo, la frecuencia diaria de comidas depende de la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0.8 Kcal/g de alimento. Si la cantidad de comida es poca y la densidad energética es baja, o si se suspende a la niña o niño la lactancia materna, es posible que se requiera de comidas más frecuentes para satisfacer sus necesidades nutricionales (37), (39).

A los 6 meses empezara con dos comidas al día y lactancia frecuente, entre los 7-8 meses se aumenta a tres comidas diarias y leche materna continua, entre los 9-11 meses tres comidas principales una entre comida adicional y pecho, a los 12-24 meses la alimentación quedará establecida en tres comidas principales y dos entre comidas adicionales, pero si el niño o la niña consumen cantidades menores a su capacidad gástrica en cada comida, la frecuencia de comidas deberá ser mayor que los valores mencionados anteriormente (37), (39).

### **Cantidad de los alimentos.**

Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna, por otro lado tenemos que la capacidad gástrica de la niña o niño guarda relación con su peso (30g/kg de peso corporal) estimándose así el volumen que puede tolerar en cada comida. (37), (39).

Por lo tanto asegurar que las necesidades energéticas sean satisfechas. Estas necesidades son de aproximadamente 600 kcal al día a los 6 a 8 meses de edad, 700 kcal al día a los 9 a 11 meses de edad y 900 kcal al día a los 12 a 23 meses de edad. La niña o el niño van aceptando gradualmente los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que acepta, los lactantes amamantados aceptan mayores cantidades de alimento que los lactantes que toman formulas <sup>(37)</sup>.

A partir de los 6 meses se le dará a la niña o niño 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día, entre los 7-8 meses  $\frac{1}{2}$  taza (100g ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, entre los 9-11 meses se incrementara a  $\frac{3}{4}$  de taza (150g ó 5 – 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día más una entre comida, entre los 12-24 meses 1 taza (200g ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente), tres veces al día más dos entre comidas adicionales <sup>(37)</sup>.

En los procesos infecciosos es un periodo donde la niña o niño pierden el apetito y por ende bajan de peso, por eso se recomienda ofrecer alimentos con más frecuencia en pequeñas cantidades (entre 6-8 veces) para evitar la desnutrición <sup>(37)</sup>.

#### **E. Tipo de alimento según la edad.**

Los alimentos deben ser incluidos gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, potencial alergénico del alimento y la capacidad gástrica <sup>(20)</sup>.

A partir de los 6 meses: Se iniciará la introducción progresiva de papillas sin gluten, Si el bebé está con lactancia materna puede preparar la papilla con leche materna extraída (con sacaleches o manualmente) o con la leche de iniciación. Si está con lactancia artificial preparar la papilla con su leche habitual y cereales sin gluten. Papilla de fruta natural: Empezar con medio plátano, media manzana, media pera, granadilla, melón. Progresivamente aumentar la cantidad de fruta hasta llegar a una pieza entera de cada una. No añadir miel, leche condensada, azúcar, cereales ni galletas. Papilla de verduras: empezar

con zanahoria, zapallo, espinaca, papa y camote añadir pollo sin piel ni grasa, sangrecita, y ½ yema de huevo sancochado. Preparar sin sal. Se puede añadir una cucharadita de aceite de oliva (20).

A los 7 – 8 meses: Agregar alimentos cereales sin gluten como el arroz, quinua y el maíz. Menestras como lentejas, frejoles, harina de habas y condimentos naturales como tomate, cebolla, etc. A partir de este momento se puede ofrecer un trozo de pan o galletas. A partir de los 9 - 10 meses: Se pueden introducir cereales con gluten como el trigo (pan, galletas, fideos). También se le agrega condimentos naturales a los alimentos Y se continúa dando las frutas y verduras de los meses anteriores (20).

Al 9º mes se puede introducir la yema cocida, Se recomiendan 2-3 huevos por semana. La yema es buena fuente de grasas esenciales, vitaminas liposolubles y hierro. La clara contiene proteínas de alto valor biológico, entre ellas la ovoalbúmina, de alta capacidad alergénica. Comenzar pasado al 10º mes con pescados blancos: merluza, lenguado. En niños con antecedentes familiares, esperar su introducción hasta pasado el año de edad (20).

A partir de los 12 meses se pueden introducir legumbres tiernas (habas, guisantes) o secas (garbanzos, lentejas). El huevo entero puede prepararlo cocido o en tortilla con poco aceite y triturarlo con verduras o sémola de arroz. Se puede ofrecer hígado de pollo triturado con verduras una vez a la semana. Un exceso de proteínas no es bueno: El día que han tomado huevo o hígado o pescado no dar carne. Puede seguir dando pecho para desayunar, por la noche o de postre en las comidas (20).

## **F. Higiene de los alimentos.**

Según la OMS, la higiene alimentaria comprende todas las medidas necesarias para garantizar la inocuidad sanitaria de los alimentos (40).

### **Preparación y almacenamiento seguro de los alimentos.**

Prestar atención a las prácticas de higiene durante la preparación de los alimentos es fundamental para la prevención de enfermedades gastrointestinales. La incidencia más elevada de enfermedades diarreicas ocurre durante la segunda mitad del primer año de vida. La contaminación microbiológica de alimentos es una de las causas principales de la diarrea infantil y esta puede ser prevenida con las adecuadas prácticas de higiene <sup>(40)</sup>.

Las cinco claves para la inocuidad de los alimentos incluyen <sup>(40)</sup>:

1. Mantener limpias las manos, así como las superficies y equipos usados en la preparación de alimentos.
2. Separar carne, aves, pescados y mariscos crudos de los cocinados y utilizar equipos y utensilios diferentes para manipular alimentos crudos.
3. Cocinar completamente los alimentos, especialmente carne, pollo, huevos y pescado.
4. Mantener los alimentos a temperaturas seguras.
5. Utilizar agua y materias primas seguras <sup>(41)</sup>.

**G. Prácticas de Alimentación Complementaria según el Ministerio de Salud/CENAN a través de Documento técnico sobre Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de salud Materno Infantil (2010).** Considerando que los determinantes del estado nutricional son multifactoriales, las prácticas que deben promoverse incluyen principalmente aspectos vinculados con la alimentación, salud higiene y apoyo psicoafectivo<sup>(42)</sup>.

### **Prácticas alimentarias básicas de la madre de la niña y niño menor de 6 a 12 meses de edad.**

1. **Prácticas alimentarias básicas de la madre en el Niño y niño de 6 a 8 meses** <sup>(42)</sup>.
  - **Leche materna:** darle de lactar todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos ocho veces durante el día y la noche.

- **Consistencia:** iniciar la introducción de los alimentos diferentes a la leche materna, con comidas espesas como papillas, purés, mazamorras, utilizando alimentos de la olla familiar y la zona.
- **Cantidad:**
  - Se iniciará con dos o tres cucharaditas hasta llegar hasta cinco.
  - 2 a 3 cucharadas=  $\frac{1}{4}$  de plato mediano= $\frac{1}{4}$  de taza.
  - 3 a 5 cucharadas =  $\frac{1}{2}$  plato mediano =  $\frac{1}{2}$  taza.
- **Calidad:** Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, “sangrecita”, pollo, etc. Introducir los alimentos nuevos uno a la vez, aumentando poco a poco la variedad de los alimentos.
- **Frecuencia:** 2 a 3 comidas al día (media mañana, mediodía y a media tarde)
- **Suplementos de hierro y vitamina A. Usó de sal yodada.**
  - Consumo de suplemento de hierro a partir del sexto mes.
  - En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A.
  - Promover el consumo de sal yodada.

**Otras consideraciones :** (42).

- Incluir todos los días, alimentos recomendados de los diferentes grupos: cereales tubérculos y menestras, carnes y huevos, lácteos, frutas y verduras de color verde o color naranja o amarillo.
- Adicionar una cucharadita de aceite vegetal a la comida principal para mejorar la densidad energética. Preparar menestras sin cascara (lentejas, habas, arvejas, frijoles). Por cada cucharada de menestra sirva dos cucharadas de cereal (arroz, quinua trigo, etc.)
- Cada niño o niña debe tener su propio plato, taza y cubierto.
- Lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura.
- Lavado de manos con agua segura con jabón o detergente de la niña o madre, padre o cuidadores: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar al niño o niña, después de ir al baño y después de cambiar el pañal.

- Lavar con agua segura platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer.
- Eliminar las excretas de la niña o niño fuera del hogar. Mantenga los animales fuera del hogar.
- Importancia de las caricias, besos, abrazos, masajes, conversación, cuentos, cantos y juegos.
- Es importante ofrecerle al niño un ambiente agradable y tranquilo al momento de comer y ofrecerle la comida con afecto.
- Es importante que el padre participe en el cuidado del niño, control del crecimiento y desarrollo y fortalecimiento del vínculo afectivo de la niña o el niño (42).

## 2. Prácticas alimentarias básicas de la madre niña y niño de 9 a 12 meses (42).

- **Leche materna:** continuar con la lactancia materna todas las veces que el niño o niña quiera, por lo menos seis veces durante el día y la noche.
- **Consistencia.** Continúe dándole comidas espesas, pero ahora incluir preparaciones solidas (picados o pequeños trocitos) y variadas utilizando alimentos de la olla familiar.
- **Cantidad.** Servir casi completo el plato mediano (3/4) de comida picadita cada vez que se ofrezca de comer.
  - 5 a 7 cucharadas del alimento =  $\frac{3}{4}$  plato mediano = 1 taza.
- **Calidad.** Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimento de origen animal: huevo, queso, pescado, cuy, hígado, “sangrecita”, pollo, etc.
- **Frecuencia.** Dar tres comidas al día más un refrigerio.
- **Suplemento de hierro y vitamina A. uso de sal yodada.**
  - Consumo de suplemento de hierro.
  - En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A.
  - Promover el consumo de sal yodada.



### **Otros considerandos.** (42).

- Incluir todos los días, alimentos recomendados de los diferentes grupos: cereales tubérculos y menestras, carnes y huevos, lácteos, frutas y verduras de color verde o color naranja o amarillo.
- Agregar una cucharadita de aceite vegetal en la comida principal para mejorar la densidad energética.
- Preparar menestras sin cascara (lentejas, habas, arvejas, frijoles).por cada cucharada de menestra sirva dos cucharadas de cereal (arroz, quinua trigo, etc.).
- Cada niño o niña debe tener su propio plato, taza y cubierto.
- Lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura.
- Lavado de manos, con agua segura y jabón de la niña o madre, padre o cuidadores: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar al niño o niña, después de ir al baño y después de cambiar el pañal.
- Lavar con agua segura platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer.
- Consumo de agua hervida en taza.
- Disposición de las excretas de la niña o niño y mantenga los animales fuera del hogar.
- Consumo del suplemento de hierro.
- Importancia de las caricias, besos, abrazos, masajes, conversación, cuentos, cantos y juegos etc.
- Es importante ofrecerle al niño un ambiente agradable y tranquilo al momento de comer y ofrecerle la comida con afecto.
- Es importante que el padre participe en el cuidado del niño, control del crecimiento y desarrollo y fortalecimiento del vínculo afectivo con su hijo. (42).

Al año, la mayoría de los niños ya pueden comer las comidas consumidas por la familia, excepto las que contengan condimentos picantes o exceso de sal, estimulantes (café, té negro, bebidas gaseosas con cafeína, yerba mate) y las comidas con mucha grasa, por ejemplo frituras (43).

En esta etapa es donde la madre debe tener en cuenta que la alimentación de su hijo es importante, por lo tanto debe practicar la alimentación perceptiva, aplicando los principios de cuidado psicosocial. Específicamente alimentar a los lactantes directamente respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción; alimentar despacio, pacientemente y experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos, minimizar las distracciones a la hora de la comida, si el lactante pierde interés rápidamente recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor; hablar con los niños y mantener el contacto visual (43).

### **Suplementación preventiva de hierro niñas y niños de 6 a 23 meses.**

**Producto:** sulfato ferroso (42).

**Presentación:** frasco de 180 mL con cucharadita dosificadora (15mg de hierro elemental en 5mL).

**Cantidad a prescribir:** 3,3mL/día (un poquito más de ½ cucharadita).

**Total:** Tres frascos de 180 mL c/u.

**Edad de inicio y duración:** A partir de los seis meses de edad. Durante seis meses.

**Registro:** Usar la historia clínica para registrar la actividad.

**Responsable de la prescripción:** Todo personal de salud capacitado puede indicar.

**Recomendaciones:** (42).

- La administración de suplemento de hierro se hará, en lo posible, a la misma hora y usando cucharadita dosificadora.
- El suplemento debe tomarlo con jugo de frutas cítricas, preferente mente, o agua hervida fría. No se debe administrar el suplemento junto con otros medicamentos. Esto contribuirá a que no se manchen los dientes, se absorba mejor y haya menos estreñimiento.
- Cuando entregue el suplemento, debe indicarle a la madre que su niña o niño puede presentar algunos malestares que son temporales, estos pueden

ser: náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, oscurecimiento de los dientes (y de la ropa si cae sobre ella), deposiciones negras. En estos casos, tranquilizar a la madre e indagar sobre la dosis utilizada. Estos malestares pasarán conforme la niña o niño vaya consumiendo más alimentos.

- La niña o el niño no debe retener mucho tiempo el suplemento en la boca para evitar que los dientes se oscurezcan. El color de las deposiciones desaparecerá cuando deje de tomar el suplemento. Se recomienda realizar la higiene bucal después de su consumo.
- No olvidar que el suplemento no sustituye a los alimentos ricos en hierro que debe consumir.
- Si la madre dejó de darle suplemento, escuche las razones por las que lo hizo, explique que la importancia de continuar dándole para el buen crecimiento y desarrollo de la niño o niño.
- El suplemento debe, guardarse en un lugar fresco, seguro, bien cerrado protegido de la luz y lejos del alcance de los niños.
- Si están compartiendo el suplemento, indique que solo el menor de 6 a 23 meses debe recibir el suplemento porque se encuentra en mayor riesgo que los de mayor edad. Si la madre piensa o sabe que sus otros hijos tienen anemia, insista en una dieta rica en hierro con alimentos de origen animal, y que tenga su propio jarabe y su dosificación que se la deben indicar en el establecimiento de salud <sup>(42)</sup>.

#### **A. Fisiología del niño mayor de 6 meses.** <sup>(42)</sup>.

Alrededor de los 6 meses, la leche materna puede no cubrir las necesidades de energía y de algunos nutrientes en su totalidad por la mayoría de los lactantes, quienes, por otra parte, han alcanzado a esta edad un grado de maduración suficiente y están preparados para la introducción de otros alimentos: <sup>(42)</sup>.

**Maduración digestiva:** La función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficiente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente) <sup>(42)</sup>.

**Maduración renal:** A los 6 meses la filtración glomerular es del 60% a 80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitadas entre los 6 y los 11 meses (42).

**Desarrollo psicomotor:** Hacia los 5 meses el bebé empieza a llevarse objetos a la boca; a los 6 meses el lactante inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extracción lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los ocho meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más 15 espesos, hacia los 10 meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara coger alimentos con sus dedos (42).

**Maduración inmune:** la introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de gran influencia sobre el patrón de inmuno respuesta, y los factores específicos tolerogénicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas (42).

## **B. Inconvenientes del inicio tardío de alimentación complementaria.**

### **INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (27).**

1. Fallo de crecimiento y destrucción por insuficiente aporte de la lactancia materna en cuanto a energía y nutrientes.
2. Anemias carencias por deficiencia de hierro y zinc.
3. Retraso en el desarrollo de habilidades orales como la masticación y la capacidad de aceptar nuevos sabores y texturas.

## **C. Riesgos de un inicio temprano de alimentación complementaria (antes de los 4 meses INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (27).**

La alimentación complementaria o la introducción de otros alimentos diferentes al a leche materna antes de los 4 meses es innecesaria y podría representar grandes riesgos para el estado nutricional y la salud del lactante (OMS), como:

1. Disminución de la ingestión de leche materna y desplazamiento de la alimentación al pecho por alimentos menos nutritivos que aún no requiere el lactante, lo cual puede ocasionar desnutrición.
2. Disminución de producción de leche materna en la madre.
3. Deficiente digestión y absorción de nutrientes y diarrea.
4. “alimentación forzada” debido a que el lactante, por inmadurez neuromuscular, es incapaz de mostrar saciedad, llevando a la obesidad. (sobrealimentación).
5. Alergias alimentarias y diabetes mellitus insulina – dependiente (tipo I) en lactantes susceptibles.
6. Inmadurez neuromuscular: conllevando a problemas de deglución, aspiración con tos y ahogamiento.
7. Deshidratación.
8. Mayor riesgo de caries dental.
9. A largo plazo hábitos alimentarios indeseables.
10. Contaminación de los alimentos complementarios, que aumenta el riesgo de diarrea y otras enfermedades infecciosas.

#### **D. Recomendaciones actuales para la introducción de la alimentación complementaria.**

##### **Recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP) <sup>(27)</sup>.**

El niño está listo para empezar a tomar otros alimentos cuando:

1. Es capaz de sentarse estable sin ayuda.
2. Pierde el reflejo de extracción que hace que los niños expulsen la cuchara con la lengua (hasta que tienen suficiente discernimiento) para distinguir lo que se come de lo que no, por si acaso lo escupen todo.
3. Muestra interés por la comida de los adultos.
4. Sabe mostrar hambre y saciedad con sus gestos (al ver acercarse la cuchara el niño que tiene hambre abre la boca y mueve la cabeza hacia adelante. El que esta saciado, cierra la boca y mueve la cabeza hacia un lado). Los nuevos alimentos se deben introducir de uno en uno, en pequeñas cantidades y con al menos una semana de separación.

5. Recomendaciones de la OMS Y UNICEF. Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Se pueden ofrecer otros alimentos complementarios a partir de los 6 meses, aunque si el desarrollo sigue siendo adecuado, tal vez no sea necesario dar otros alimentos hasta los siete meses o incluso los ocho meses.
6. Continuar la lactancia materna, junto con otros alimentos, hasta los dos años. Los alimentos deben ser variados. El pecho debe ofrecerse antes que los otros alimentos, para mantener una buena provisión de leche en la madre.
7. Los menores de 3 años deben comer 5 a 6 veces al día.
8. Añadir un poco de aceite o mantequilla a las verduras, para aumentar su valor calórico (27).

### **3. TEORÍAS SOBRE EL TEMA.**

Teoría de la promoción de la salud de Nola Pender. Consiste en empoderar a las personas de su cuidado y ejercer un mayor control sobre la misma. Es un proceso social y político que fortalece habilidades y conocimientos de las personas en el cuidado de la salud, dirigida a cambiar y actuar sobre los determinantes de la salud (44).

Nola Pender: Es creadora del modelo de promoción de la salud, su teoría se basa en educación a las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable, promover la vida saludable es primordial antes que los cuidados para no enfermar y gastar recursos, se le da independencia a las personas y se mejora en el futuro (44).

Se inspiró en la teoría de la acción razonada de Martín Fishbein, importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta. Y en la teoría del aprendizaje social Albert Bandura, la conducta es racional y económica, ambos son psicólogos (44).

Según el modelo de promoción de la salud, puesto por Nola Pender, los determinantes de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos perceptuales, como percepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que llevan a comportamientos determinados, relacionándose con la toma de decisiones favorecedoras o desfavorables para

la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, llevan a las personas a un estado altamente positivo (44).

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, tienen la capacidad de tomar decisiones con respecto a la salud (44).

Este modelo le da importancia a la cultura, como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida de una generación a otra. El modelo de la promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de conducta, influenciadas por la cultura (44).

### **2.3.- Definición de Términos.**

**Alimentos esenciales,** (macro nutrientes.- Forman parte de los alimentos protectores, constructores y energéticos que son indispensables para el niño.

**Alimentación complementaria,** La Organización Mundial de la salud define la Alimentación complementaria como “el acto de recibir alimentos sólidos o líquidos (excepto medicamentos en gotas y jarabes) diferentes a la leche, durante el tiempo que el lactante está recibiendo leche materna o formula infantil” (29).

**Consistencia de los alimentos,** Características de los primeros alimentos que brindan las madres a sus bebés, de acuerdo como van creciendo que puede ser aplastados, triturados, picados, hasta comer de la olla familiar (38).

**Frecuencia de los alimentos,** Número de comidas que la madre ofrece a su bebe, el número apropiado depende de las demandas del bebe, de 6-9 meses son 3 comidas más 2 meriendas y de 9- 12 meses son 4 comidas más dos meriendas (37). (39).

**Estado nutricional,** El estado nutricional de un individuo refleja el grado en que se cubren sus necesidades de nutrientes. El ingreso de nutrientes dependerá del consumo de alimentos, de la utilización que el organismo pueda hacer de ellos, y

de la influencia de factores socioeconómicos, emocionales, culturales, físicos, o bien el grado de adecuación de las características anatómica y fisiológicas del individuo, con respecto a parámetros considerados normales, relacionados con la ingesta, la utilización y la excreción de nutrientes (29).

**Promoción de la salud,** Consiste en empoderar a las personas de su cuidado y ejercer un mayor control sobre la misma. Es un proceso social y político que fortalece habilidades y conocimientos de las personas en el cuidado de la salud, dirigida a cambiar y actuar sobre los determinantes de la salud (44).



### **CAPÍTULO III**

#### **HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1. Formulación de hipótesis.**

##### **3.1.1. Hipótesis General.**

H1: Existe relación entre el estado nutricional y las prácticas alimentarias las madres de los niños (as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre 2017.

H0: No existe relación entre el estado nutricional (as) y las prácticas alimentarias de los niños (as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre 2017.

##### **3.1.2. Hipótesis Secundarias.**

1. El estado nutricional de los niños (as) de 6 a 12 meses según peso para la edad; peso para la talla y talla para la edad en la mayoría es normal.
2. Las prácticas alimentarias de las madres de los niños (as) de 6 a 12 meses, en la mayoría será medianamente adecuadas.
3. Las características socio-demográficas de las madres de los niños(as) de 6 a 12 meses de edad están condicionadas significativamente, por la edad, su ocupación y grado de instrucción.

## **3.2. Variables.**

### **3.2.1.-Variable Independiente.**

Prácticas alimentarias.

### **3.2.2.-Variable Dependiente.**

Estado nutricional.

### **3.2.3.-Variable Interviniente.**

Características socio-demográficas.

### 3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL).

Variable Dependiente	Definición conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala
<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>	El estado nutricional de un individuo refleja el grado en que se cubren sus necesidades de nutrientes (29)	<b>Medidas Antropométricas</b>	Procedimiento por el cual se obtiene las diferentes dimensiones del cuerpo	<p>. Peso para la edad P/E:                      &gt;2DE=Sobre peso                      De +2 a -2 DE= normal                      Debajo de -2 DE -3 DE= desnutrición</p> <p>. Peso para la Talla P/T:                      Arriba de +3 DE= Obesidad                      De &gt;+2DE = Sobrepeso                      De +2 a -2 DE= normal                      Debajo de -2 DE-3DE= desnutrición aguda                      Debajo de -3 DE= desnutrición aguda Severa</p> <p>. Talla para la edad T/E:                      &gt;+2DE=alto                      De +2 a -2 DE= normal                      Debajo de -2 DE-3DE=Talla baja</p> <p>Perímetro cefálico                      Dosaje de hemoglobina                      11g/d, HB normal                      &lt;11g/d HB anemia:                      10-10,9 anemia leve                      9,9-7,0 anemia moderada                      &lt;7,0 anemia severa.</p>	Variables Cuantitativa.	Ordinal
		<b>Prueba bioquímica</b>	Son análisis clínicos que sirven de apoyo para diagnosticar.		Variables Cuantitativa.	Ordinal

Variable Independiente	Definición conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores	Tipo de variable	Escala
<p><b>Prácticas alimentarias de las madres.</b></p>	<p>Las prácticas de alimentación complementaria son un conjunto de acciones, hábitos y costumbres, producto de interacciones entre cultura y medio ambiente, que se transmiten dinámicamente de una generación a otra, y determinan el comportamiento humano en relación con los alimentos y la alimentación que brinda la madre al lactante menor e incluye desde la manera como se seleccionan los alimentos hasta la forma en que se consumen o sirven (Amador M, 2010) (11).</p>	<p><b>Calidad Alimentos esenciales.</b></p>	<p>Alimentos disponibles para cubrir las necesidades nutricionales. Son aquellos nutrientes que suministran la mayor parte de la energía metabólica al organismo. <b>Las proteínas,</b> aportan aminoácidos indispensables para el crecimiento y desarrollo. <b>Las grasas.</b> Constituyen una forma más concentrada de energía que los anteriores. <b>Las vitaminas, minerales.</b> Son indispensables para el metabolismo, el equilibrio de líquidos y la función cerebral.</p>	<p><b>Proteínas:</b>            -Carnes.            -Huevos            -Sangrecita.            -Hígado.</p> <p><b>Carbohidratos:</b>            -Papa.            -Camote.            -Yuca.            -Arroz.</p> <p><b>Grasas:</b>            -Mantequilla.            -Palta.</p> <p><b>Minerales:</b>            -Yodo.            -Flúor.            -Hierro.</p> <p><b>Vitaminas:</b>            -Fruta.            -Verdura.</p> <p><b>2</b> Adecuado  <b>1</b> Medianamente Adecuado  <b>0</b> Inadecuado</p>	<p>Variable Cuantitativa</p>	<p>Ordinal</p>

Variable Independiente	Definición conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala
Prácticas alimentarias.		<b>Consistencia</b>	Es una característica de los primeros alimentos que se introduce a la dieta del lactante que puede ser líquido, semisólido y sólido, que se da gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requerimientos.	-Aplastado -Triturado -Picado -Olla familiar  <b>2</b> Adecuado <b>1</b> Medianamente Adecuado <b>0</b> Inadecuado	Variable Cuantitativa	Ordinal
		<b>Frecuencia</b>	Consiste en el número de comidas que la madre ofrece al niño, el número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos. Y de los requerimientos del lactante.	- 1-2 veces al día - 2-3 veces al día - 3 principales y dos adicionales  <b>2</b> Adecuado <b>1</b> Medianamente Adecuado <b>0</b> Inadecuado	Variable Cuantitativa	Ordinal

Variable Independiente	Definición conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala
<b>Prácticas alimentarias.</b>		<b>Cantidad</b>	De acuerdo al crecimiento se va aumentando la comida al lactante según la OMS, 600 Kcal al día a los 6 a 8 meses de edad, 700 Kcal al día a los 9 a 11 meses de edad y 900 Kcal al día a los 12 a 23 meses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 a 3 cucharaditas</li> <li>- ½ taza</li> <li>- 1 taza</li> </ul> <p><b>2</b> Adecuado <b>1</b> Medianamente Adecuado <b>0</b> Inadecuado</p>	Variable Cuantitativa	Ordinal
		<b>Higiene de los alimentos</b>	Son un conjunto de medidas que comprenden las condiciones y medidas necesarias para la elaboración, almacenamiento y distribución garantizando un producto inocuo, en buen estado y apto para el consumo del niño.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpieza en los alimentos</li> <li>- Cuidado en la preparación</li> <li>- Limpieza en los utensilios</li> </ul> <p><b>2</b> Adecuado <b>1</b> Medianamente Adecuado <b>0</b> Inadecuado</p>		

Variable Interviniente	Definición conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala
<b>Características sociodemográficas</b>	Está constituida por las características sociales y demográficas que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación social; permite conocer la distribución y progresión del estado de salud enfermedad.	Sociales	Grado de instrucción de la madre	- Analfabeta - Primaria - Secundaria - Superior	Variable Cualitativa	Nominal
		Demográficas	Sexo	- Masculino - Femenino	Cualitativa	Nominal
			Edad de la madre	- Edad en años	Cuantitativa continua	Ordinal
			Edad del niño (a).	- Edad en meses	Cuantitativa continua	Ordinal
			Ocupación de la madre	- Ama de casa - Estudiante	Cualitativa	Nominal

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA**

#### **4.1. Diseño Metodológico.**

##### **4.1.1. Tipo de investigación.**

La presente investigación concierne a una investigación aplicada: Se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren. Estrechamente vinculada con la investigación básica, requiere de un marco teórico; lo que le interesa al investigador son las consecuencias prácticas <sup>(45)</sup>. Es de tipo cuantitativo dado que los datos que se obtuvieron son susceptibles de medición, retrospectiva, porque el estudio se basa en hechos pasados en relación a las prácticas de las madres y el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad. En investigaciones cuantitativas se debe recolectar datos para probar la hipótesis por medio del análisis estadístico, y de corte transversal, porque presenta los hechos tal como son en un determinado tiempo y espacio <sup>(45)</sup>.



#### 4.1.2. Nivel de la investigación.

Descriptivo- correlacional, porque se realizó sobre hechos concretos y se inclina a las ciencias de la salud y además nos lleva e incita a cambiar u orientar la realidad encontrada ya existente, con intervenciones posteriores a los resultados.

#### 4.1.3. Método.

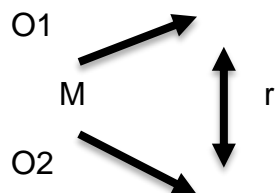
Es cuantitativo, porque usó la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías(45), describe las características más importantes de los niños de 6 a 12 meses de edad en relación a su estado nutricional y las prácticas de alimentación complementaria de las madres, niños atendidos en los Establecimientos de Salud del ACLAS – Cabracancha durante los meses de enero a diciembre del 2017.

#### 4.1.4. Diseño de la investigación

La presente investigación es no experimental, porque no se manipularon las variables, solo se recolectó la información del estado nutricional de los niños y de las prácticas de las madres sobre la

alimentación complementaria en el menor de 6 a 12 meses, para luego ser analizados y relacionados.

Es correlacional. Hernández (45), afirma que es correlacional por cuanto este tipo de estudio tiene como finalidad conocer la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular, en este caso entre el estado nutricional de los niños y la prácticas de alimentación por parte de las madres en los menores de 6 a 12 meses de edad.



Donde:

M: Muestra (total de niños de 6 a 12 meses atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS- Cabracancha).

O1: Variables 1: Variable independientes prácticas alimentarias de las madres de los niños de 6 a 12 meses de edad.

R: Relación entre ambas variables.

O2: Variable 2: variable dependiente, estado nutricional de los niños(as) de 6 a 12 meses de edad.

## 4.2. Diseño muestral.

### 4.2.1. Población.

La población estuvo conformada por los niños(as) y sus madres de 6 a 12 meses de edad que asistieron a sus controles en los establecimientos de salud del ACLAS- Cabracancha. Teniendo en cuenta los reportes que cuentan los establecimientos de salud (C.S: Cabracancha, P.S. Yurayacu, Iraca Grande, Lanchebamba, Pampa la Laguna, Lingán Grande Lingán Pata y San Antonio de la Iraca y el anexo Sitacucho). Siendo un total de 70 niños de 6 a 12 meses atendidos en los Establecimiento de Salud del ACLAS Cabracancha durante los meses de enero a diciembre del 2017.

### 4.2.2. Muestra.

Para obtener la muestra se utilizó la siguiente formula:

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

$$\text{Calculandon} = \frac{(70)*(1.96)^2*0.50*0.50}{(0.05)^2*69+(1.96)^2*0.50*0.50}$$

$$n = \frac{(70 * (3.84 * 0.25))}{((0.0025 * 69) + (3.84 * 0.25))}$$

$$n = \frac{(70 * 0.96)}{(0.1725 + 0.96)}$$

$$n = \frac{67.2}{1.1325}$$

$$n = 59.1$$

Muestra: 60 niños de 6 a 12 meses de edad.

En donde:

N = 70(Población de niños menores de 6 a 12 meses. Del ACLAS Cabracancha).

Z = 1.96 (Coeficiente de 95 % de confiabilidad valor Z curva normal).

P = 0.50 (probabilidad de niños sin desnutrición).

Q = 0.50 (probabilidad de niños con desnutrición).

E = 0.05 error (5%), error muestral.

n = tamaño de la muestra.

### **DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA MADRES Y NIÑOS DE 6 A 12 MESES. ACLAS CABRACANCHA CHOTA, 2017**

<b>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sillero Pata Bajo	7	11,7
Lanhebamba	9	15,0
San Antonio de la Iraca	9	15,0
Yurayacu	6	10,0
Cabracancha	10	16,7
Sitacucho	3	5,0
Lingán pata	4	6,7
Pampa la laguna	3	5,0
Iraca Grande	4	6,7
Lingán Grande	5	8,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Reporte de atención de los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, enero- diciembre, 2017.

#### **a. Criterios de inclusión.**

##### **Para la madre:**

Madres que acudieron al Establecimiento de Salud a los controles de crecimiento y desarrollo de sus niños.

Madres que aceptaron participar voluntariamente en el presente estudio.

##### **Para los niños:**

Niños (as) de 6 a 12 meses de edad.

Niños (as) nacidos a término.

#### **b. Criterios de exclusión.**

##### **Para la Madre:**

Madres que no desearon participar en el presente estudio.

Madres que no acuden al control de sus niños al Establecimiento de Salud.

##### **Para el niño:**

Niños (as) mayores 6 a 12 meses de edad.

Niños(as) prematuros.

Niños(as) que estén o hayan tenido una enfermedad los últimos 2 meses.

Niños(as) con anemia desde el nacimiento.

### **4.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.**

#### **4.3.1. Técnicas.**

Una técnica es el concepto universal del procedimiento que se realiza para ejecutar una determinada actividad. En el uso de una técnica se emplean muchas herramientas, con el fin de concretar los objetivos previstos (45). Las técnicas que se a utilizaron en la presente investigación fueron la entrevista, la visita domiciliaria y el análisis documental.

**Entrevista:** Para la recolección de datos la técnica que se utilizó es la entrevista. Según Hernández (45), Es la forma que adopta la encuesta que tiene la particularidad de realizarse mediante un proceso verbal, entre al menos dos individuos. Así la entrevista implica que una persona calificada aplique el cuestionario a los sujetos participantes, en donde el primero hace las preguntas a cada sujeto y anota las respuestas.

**Visita domiciliaria:** Es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas. La visita domiciliaria constituye un instrumento ideal para el levantamiento de condiciones ambientales, culturales o psicosociales que puedan estar causando un problema de salud: enfermedades infecciosas, alergias, hábitos

alimentarios, condiciones de vivienda que puedan estar asociadas a riesgos de accidentes o caídas (ancianos), saneamiento (agua y excretas), basura, roedores y otros vectores etc. (46).

**Análisis Documental:** Según Hernández es un objeto creado por el hombre para la conservación de la información. En algunos casos estos documentos constituyen las fuentes principales de datos, por lo que también pueden jugar un papel importante en la comprobación de la hipótesis y solución de problemas científicos (45). Para la presente investigación la constituyó la Historia clínica.

Esta técnica permitió evaluar el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancho de enero a abril del 2017. La información se registró en una ficha.

#### **Instrumentos:**

Los Instrumentos utilizados fueron una ficha en la que se recabó la información del niño (a) y de la madre de la historia clínica y el cuestionario, en el que se recopiló la información sobre las prácticas de la alimentación complementaria de la madre al niño de 6 a 12 meses de edad.

La Ficha estuvo estructurada de la siguiente manera: En la parte I: corresponde a las características sociodemográficas del niño y de la madre. Del niño se registrará: Sexo, edad y de la madre: edad, grado de instrucción y ocupación. En la parte II: Se registró el estado nutricional del niño según los parámetros de evaluación del ministerio de salud: Peso/Edad, Peso/Talla, Talla/Edad, cuya puntuación está estructurada de la siguiente manera: Medición antropométrica e Indicador en los tres indicadores; además se registró el nivel de hemoglobina del niño.

#### **Peso para la edad:**

Sobre peso:	>+2DE
Normal:	De +2 a -2 DE
Desnutrición:	Debajo de -2 DE -3 DE

#### **Peso para la talla:**

Obesidad:	> de+3 DE
-----------	-----------

Sobrepeso:	>+2DE
Normal:	+2 a -2 DE
Desnutrición aguda:	< -2 DE-3DE
Desnutrición Severa:	<-3 DE
<b>Talla para la edad:</b>	
Alto:	>+2DE= De
Normal:	+2 a -2 DE
Talla baja:	<-2 DE-3DE

### **El Cuestionario.**

Tal como lo define Hernández <sup>(45)</sup>, es un formulario impreso que los individuos responden por sí mismos sirviendo de instrumento para obtener la información deseada, el mismo que está compuesto por preguntas previamente elaboradas que son significativas para la investigación y se aplica al universo o muestra de las unidades de análisis.

El cuestionario que se aplicó en la presente investigación fue el formulado y validado por Díaz, D (2012) <sup>(15)</sup>, quien realizó una investigación relacionada a la presente en la Comunidad de Manchay- Lima. La estructura del cuestionario es la siguiente: en la Parte I, se refiere a los datos generales como: N° de entrevista, historia clínica, nombre del niño, nombre de la madre y dirección. En la Parte II, lo concerniente a las prácticas de la madre sobre la alimentación complementaria, de los niños de 6 a 12 meses atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha. El mismo que está estructurado de 30 preguntas, de las cuales 20 se refieren a las prácticas de ablactancia y 10 sobre higiene. Las primeras 20 preguntas son relacionadas con las prácticas de ablactancia se calificaran como: adecuada, con una puntuación de dos (2); medianamente adecuada, con una puntuación de uno (1) e inadecuada, con una puntuación de cero (0) y las últimas 10 relacionadas con las prácticas de higiene se calificaran como: siempre, con una puntuación de dos (2); a veces con una puntuación de uno (1) y, nunca con una puntuación de cero (0). La suma total del cuestionario llega a 60 puntos, los cuales serán determinados en tres niveles mediante la Escala de Estaninos.

### **Escala de Valoración: Prácticas de ablactancia (Escala De Estaninos).**

<b>DIMENSIONES</b>	<b>INADECUADA</b>	<b>MEDIANAMENTE ADECUADA</b>	<b>ADECUADA</b>	<b>X#0.75DE</b>
Prácticas generales	<35	35-52	>52	43.30#0.75*10.93
Calidad	<11	11-16	>16	13.52#0.75*3.71
Consistencia	<2	2-4	>4	2.62#0.75*1.83
Frecuencia	<6	6-8	>8	6.79#0.75*0.99
Cantidad	<2	2-6	>6	4.02#0.75*2.26
Higiene	<14	14-16	>16	16.35#0.75*3.05

### **Validez y confiabilidad.**

El instrumento para determinar las prácticas elaborado por Díaz, D (2012) (15), fue sometido a juicio de expertos conformado por 9 especialistas tres enfermeras de crecimiento y desarrollo (CRED), dos nutricionistas, tres enfermeras de neonatología, y una profesora de investigación, cuyos resultados fueron validados mediante la prueba binomial, obteniendo como resultado  $P=0.01289$  considerándose como significativa la concordancia entre

Los expertos y la prueba piloto para confiabilidad, dando como resultado general (0.684).

### **Confiabilidad del Instrumento.**

Se midió la consistencia interna del instrumento antes de la aplicación, por tratarse de una realidad diferente, utilizando la prueba alpha de Cronbach, estuvo basada en la prueba piloto equivalente a un total de 10 cuestionarios. Estas no fueron consideradas dentro de la muestra final. Dando como resultado 0.729 (Alto a muy alto) incluyendo los 30 ítems.

#### **4.4. Procedimiento para el recojo de la información.**

Se solicitó la autorización a la gerente del ACLAS- Cabracancha, con la finalidad de contar con las facilidades tanto para el recojo de la información de las historias clínicas, como para la aplicación del cuestionario a las madres de los diferentes establecimientos de salud que conforman este ACLAS.

Luego se procedió a la revisión de las historias clínicas, y el llenado de la ficha que corresponde a la información del estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses que acuden a los establecimientos de salud a su control de crecimiento y desarrollo.

Se aplicó el cuestionario a las madres de los niños de 6 a 12 meses que acuden a los establecimientos de salud a su control, la misma que fue aplicada a través de la visita domiciliaria.

Luego se procesó la información y con los resultados se elaboró el informe de la tesis.

#### **4.5. Técnicas del procesamiento de la información.**

Descripción del proceso de datos. Los datos recolectados fueron consistenciados en forma manual, luego fueron codificados para crear una base de datos en la plataforma del paquete de software estadístico IBM SPSS para Windows versión 24. Luego se procesó utilizando el comando Análisis y subcomando frecuencias, obteniendo tablas de frecuencias absolutas y relativas porcentuales, complementados por diagramas de barras. Los resultados editados son presentados en el programa Microsoft Word 16.

#### **4.6. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.**

##### **Fase Descriptiva.**

El análisis se realizó sobre la base del procesamiento de datos, realizando un análisis cuantitativo de la información. Basándose en las estadísticas obtenidas en el procesamiento de datos; contrastando los resultados obtenidos durante el proceso, con los reportados en el marco teórico (antecedentes y teorías), discutiendo sus coincidencias o diferencias; todo orientado a determinar los objetivos formulados.

##### **Fase Inferencial.**

Se contrastó las hipótesis planteadas, tanto la general como las secundarias, se utilizaron pruebas no paramétricas, siendo seleccionada la D' de Somers, porque contrasta la significación de la asociación entre dos variables de escala ordinal se



determinó; si existe relación estadística significativa entre el estado nutricional de los menores de 6 a 12 meses de edad y las prácticas alimentarias de las madres.

El contraste de las hipótesis, se realizó a un nivel de confianza de 0.95 (95%), es decir:  $NS=\alpha= 0.05$ .

Para todos los casos:

Prácticas alimentarias de las madres.

Estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad.

#### **Regla de Decisión:**

Para cada caso: Si  $NS$  (nivel de sig.)  $=P < 0.05$  se rechaza  $H_0$ . Y se acepta  $H_1$  (Existe una asociación significativa entre el estado nutricional y las prácticas alimentarias de las madres), Caso Contrario se acepta  $H_0$ .

#### **Presentación de los resultados.**

Los resultados se presentan en tablas estadísticas y de doble entrada indicadores estadísticos descriptivos, permitiendo el análisis y discusión y la formulación de las conclusiones.

#### **4.7. Aspectos éticos.**

**El principio de autonomía**, capacidad de autodeterminación, de actuar libremente y conscientemente, sin condicionantes externos. El principio de autonomía da origen a la norma moral, de no coartar la libertad de la persona y nos remite a la obligación de aplicar el consentimiento informado ante la toma de decisiones en el campo de la salud <sup>(48)</sup>.

La participación fue voluntaria así las madres tomaron la decisión de participar o no en el presente proyecto de investigación y para ello firmaron el consentimiento informado.

**Principio de Beneficencia**, los elementos que se incluyen en este principio son todos los que implican una acción de beneficio que haga o fomente el bien, prevenga o contrarreste el mal o daño; adicionalmente, todos los que implican la omisión o la ausencia de actos que pudiesen ocasionar un daño o perjuicio.

En el presente trabajo de investigación no hubo injerencia directa en las personas, sólo se recopiló información y los resultados beneficiarán a las madres al conocer las prácticas alimentarias que corresponde a la alimentación complementaria de sus niños de 6 a 12 meses asimismo como se relaciona esta con el estado nutricional de sus hijos, con la finalidad de mejorar estas prácticas.

**Confidencialidad**, se tendrá en reserva la información brindada por las madres participantes, la información solo será para fines de la investigación (48).

## **CAPÍTULO V**

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

Los resultados que a continuación se presentan nos revela la realidad en cuanto al estado nutricional de los menores de 6 a 12 meses de edad y la relación con las prácticas alimentarias por parte de las madres; pues se observan que estas no son adecuadas tanto en calidad, consistencia, frecuencia y cantidad, iniciando de forma precoz o tardía la alimentación complementaria, los mismos que son influenciados por el grado de instrucción de las madres asimismo por las deficientes prácticas de higiene de los alimentos presentando riesgo y cuadros de desnutrición global, aguda y crónica; además es evidente la anemia por deficiencia de hierro, las mismas que van a repercutir en el normal crecimiento y desarrollo del niño.

A continuación se presentan los resultados en tablas y gráficos, luego de su recopilación y procesamiento a través del programa SPSS. Versión 24 y la prueba estadística D de Somers empleada.

**Tabla 01. MADRES DE LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES SEGÚN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. ACLAS CABRACANCHA CHOTA, 2017**

<b>ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sillero Pata Bajo	7	11,7
Lanchebamba	9	15,0
San Antonio de la Iraca	9	15,0
Yurayacu	6	10,0
CabracanCHA	10	16,7
Shitacucho	3	5,0
Lingán pata	4	6,7
Pampa la laguna	3	5,0
Iraca Grande	4	6,7
Lingán Grande	5	8,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

En la tabla y gráfica 01 se muestra la distribución de las madres de los niños de 6 a 12 meses de edad por establecimiento de salud que corresponden al ACLAS CabracanCHA el 16,7% corresponde a CabracanCHA, seguido de Lanchebamba y san Antonio de la iraca con el 15,0% respectivamente. Siendo estos donde hubo mayor número de niños de 6 a 12 meses; mientras que en Pampa la Laguna y Sitacucho solo tienen el 5%.

**Tabla 02. MADRES DE NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN GRUPO DE EDAD. ACLAS CABRACANCHA-CHOTA, 2017.**

<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
15-19	9	15,0
20 – 24	15	25,0
25-29	15	25,0
30 – 34	9	15,0
35 – 39	9	15,0
40 – 44	3	5,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

En la tabla 02 y gráfica, se muestra la distribución de las madres de los niños de 6 a 12 meses, según grupo de edad, se observa que un 25,0% tienen edades dentro del intervalo de 25 a 29, de 30 – 34 y 35 – 39 años con el 15,0%, solamente en el grupo de 40 – 44 corresponde al 5%.

**Tabla 03. MADRES DE NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN. ACLAS CABRACANCHA-CHOTA, 2017.**

<b>Grado de Instrucción</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Analfabeta	10	16,7
Primaria	34	56,7
Secundaria	12	20,0
Superior	4	6,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora 2018.

En la tabla 03 y gráfica respectiva, se representan los datos de las madres de los niños de 6 a 12 meses según su grado de instrucción; se encontró que la mayor frecuencia tiene primaria 56,7%, seguido de las que tienen secundaria 20,0%, con menor frecuencia las madres con estudios superiores con el 6,7% y analfabetas 16,7%.

**Tabla 04. MADRES DE NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN OCUPACIÓN. ACLAS CABRACANCHA-CHOTA, 2017.**

<b>Ocupación</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Ama de casa	55	91,7
Estudiante	4	6,7
Empleada pública	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

En la tabla 04 y gráfica correspondiente, se encontró que la mayor frecuencia corresponde a las amas de casa con el 91,7%, seguido del 6,7% estudiantes y menos frecuente las empleadas públicas con el 1,7%.

**Tabla 05. NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES SEGÚN SEXO. ACLAS CABRACANCHA-CHOTA, 2017.**

<b>Sexo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Masculino	28	46,7
Femenino	32	53,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

En la tabla 05 y gráfica respectiva se muestra la distribución de los niños de 6 a 12 meses según sexo, observándose que el 53,3% son de sexo femenino y el 46,7% son del sexo masculino



**Tabla 06. NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN EDAD. ACLAS CABRACANCHA-CHOTA, 2017.**

<b>Edad:</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
6	7	11,7
7	6	10,0
8	10	16,7
9	2	3,3
10	16	26,7
11	11	18,3
12	8	13,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

En la tabla 06 y gráfica correspondiente, se muestra la distribución de los niños de 6 a 12 meses, según la edad y se aprecia que el 26,7% corresponde a 10 meses de edad, seguido del 18,3% que tienen 11 meses y el 16,7% de 8 meses la menor frecuencia se encuentra en niños de 9 meses.

**Tabla 07, ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES SEGÚN. PESO EDAD (P/E). ACLAS CABRACANCHA- CHOTA, 2017.**

<b>Estado Nutricional P/E</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Normal	58	96,7
Desnutrición	2	3,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

En la tabla 07 y grafico respectivo, los resultados muestran que el mayor porcentaje 96,7% de niños tienen un estado nutricional según P/E normal y solamente el 3,3% presenta desnutrición.

**Tabla 08, ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES. SEGÚN PESO TALLA (P/T). ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**

<b>Estado Nutricional P/T</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Normal	55	91,7
Desnutrición aguda	4	6,7
Desnutrición severa	1	1,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

En la tabla 08 y gráfico correspondiente los datos muestran que el 91,7% de los niños de 6 a 12 meses presentan estado nutricional según P/T normal, seguido del 6,7% desnutrición aguda y el 1,7% desnutrición severa.

**Tabla 09, ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES SEGÚN TALLA EDAD (T/E). ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**

<b>Estado Nutricional T/E</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Alto	1	1,7
Normal	52	86,7
Talla baja	7	11,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

En la tabla 09 y gráfico respectivo, según los resultados el 86,7% de los niños de 6 a 12 meses tienen talla normal 86,7%, según T/E, seguido del 11,7% que tienen talla baja y el 1,7% presenta talla alta.

**Tabla 10, PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES. ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**

<b>Prácticas Alimentarias</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
INADECUADA	1	1,7
MEDIANAMENTE ADECUADA	50	83,3
ADECUADA	9	15,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

En la tabla 10 y gráfico correspondiente, se observa respecto a las prácticas alimentarias de las madres de los niños de 6 a 12 meses que el 83,3% sus prácticas alimentarias son medianamente adecuadas, seguido del 15% que son adecuadas.

**Tabla 11. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES SEGÚN LA DIMENSIÓN CALIDAD. ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**

<b>DIMENSIÓN CALIDAD</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
INADECUADA	4	6,7
MEDIANAMENTE ADECUADA	54	90,0
ADECUADA	2	3,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

En la tabla 11 y gráfica respectiva, se observa respecto a las prácticas alimentarias de las madres de los niños de 6 a 12 meses que el 90,0% según la dimensión calidad son medianamente adecuadas, el 6,7% inadecuadas y solo 3,3% son prácticas alimentarias adecuadas según la dimensión calidad.

**Tabla 12. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES SEGÚN LA DIMENSIÓN CONSISTENCIA. ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**

<b>DIMENSIÓN CONSISTENCIA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
INADECUADA	5	8,3
MEDIANAMENTE ADECUADA	55	91,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

En la tabla 12 y gráfica respectiva, se observa que las prácticas de alimentación complementaria según la dimensión consistencia el 91,7% son medianamente adecuadas seguido del 8,3% que son inadecuadas.

**Tabla 13, PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES SEGÚN LA DIMENSIÓN FRECUENCIA. ACLAS CABRACANCHA – CHOTA, 2017.**

<b>PRÁCTICAS ALIMENTARIAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
INADECUADA	1	1,7
MEDIANAMENTE ADECUADA	10	16,7
ADECUADA	49	81,7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

En la tabla 13 y gráfica correspondiente, se observa respecto a las prácticas alimentarias de las madres de los niños de 6 a 12 meses que en el 81,7% son adecuadas según la dimensión frecuencia, el 16,7% son medianamente adecuadas y solamente el 1,7% son inadecuadas.



**Tabla 14. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES SEGÚN LA DIMENSIÓN CANTIDAD. ACLAS CABRACANCHA – CHOTA, 2017.**

<b>DIMENSIÓN CANTIDAD</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
MEDIANAMENTE ADECUADA	57	95,0
ADECUADA	3	5,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

En la tabla 14 y gráfica respectiva, se observa respecto a las prácticas alimentarias de las madres de los niños de 6 a 12 meses que el 95,0% según la dimensión cantidad son medianamente adecuadas y en el 5,0% son las prácticas adecuadas.

**Tabla 15. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES SEGÚN LA DIMENSIÓN HIGIENE DE LOS ALIMENTOS. ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**

<b>DIMENSIÓN HIGIENE DE LOS ALIMENTOS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
MEDIANAMENTE ADECUADA	4	6,7
ADECUADA	56	93,3
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

En la tabla 15 y gráfica respectiva, se observa en cuanto a las prácticas alimentarias de las madres, según la dimensión higiene de los alimentos que el 93,3% son adecuada y el 6,7% medianamente adecuadas.

## **CONTRASTE DE HIPOTESIS**

Se realizó el contraste de la hipótesis general y específica teniendo en cuenta lo siguiente:

### **HIPOTESIS GENERAL.**

H1: Existe relación estadística significativa entre el estado nutricional y las prácticas alimentarias de las madres de los niños (as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre de 2017. H0: No existe relación estadística significativa entre el estado nutricional y las prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre de 2017.

Estadística de Prueba: D de Somers (Escala Ordinal).

### **Regla de Decisión:**

Si Nivel de significancia  $NS = P < 0.05$  se rechaza  $H_0$ . Y se acepta  $H_1$ , caso contrario se acepta  $H_0$ . No se cumple la "H1": la relación estadística significativa porque las variables no se relacionan directamente es decir que las prácticas de las madres sobre alimentación complementaria no están influenciadas en el estado nutricional de los niños probablemente estén interviniendo otros factores como las creencias, costumbres, aspectos sanitarios, grado de instrucción.

**Tabla 16. MADRES DE NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y ESTADO NUTRICIONA PESO EDAD (P/E). ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**

PRÁCTICAS GENERALES		Estado Nutricional P/E		
		Normal	Desnutrición	Total
INADECUADA	N°	1	0	1
	%	100,0%	0,0%	100,0%
MEDIANAMENTE ADECUADA	N°	48	2	50
	%	96,0%	4,0%	100,0%
ADECUADA	N°	9	0	9
	%	100,0%	0,0%	100,0%
<b>Total</b>	<b>N°</b>	<b>58</b>	<b>2</b>	<b>60</b>
	<b>%</b>	<b>96,7%</b>	<b>3,3%</b>	<b>100,0%</b>

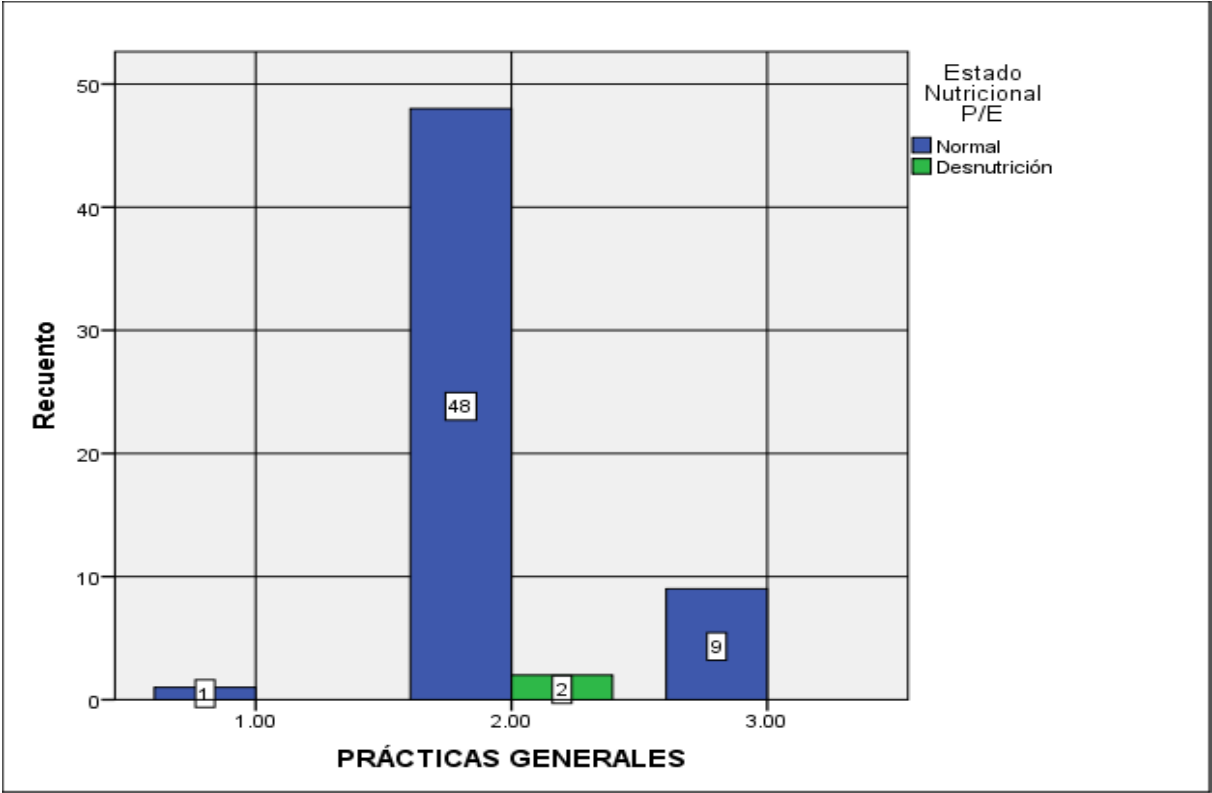
Fuente: Cuestionario aplicado por autora, 2018.

D de Somers =- 0.031

P= 0.193

En la tabla 16, se observa respecto a las prácticas alimentarias de las madres de los niños de 6 a 12 meses que de las madres que presentan prácticas alimentarias inadecuadas el 100,0% de los niños su estado nutricional es normal, según el indicador P/E. En las madres que presentan prácticas medianamente adecuadas el 96,0% su estado nutricional es normal, mientras que el 4,0% presentan desnutrición. Y de las madres con prácticas alimentarias adecuadas el 100,0% el estado nutricional es normal.

**GRÁFICO 16. MADRES DE NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y ESTADO NUTRICIONAL PESO EDAD (P/E). ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**



**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

En la tabla 16 de contingencia y gráfica respectiva las frecuencia relativas nos muestran que las Prácticas alimentarias de las madres y el estado nutricional de los niños a 6 a 12 meses, no muestran una relación estadística significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica D de SOMERS =0.03, puesto que  $P=0.193 > \alpha=0.05$ . En consecuencia podemos afirmar con un 95 % de confianza que las Prácticas Alimentarias; no están relacionadas significativamente con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses en su indicador P/E atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS CabracanCHA.

**Tabla 17. MADRES DE NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y ESTADO NUTRICIONAL PESO TALLA (P/T). ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**

PRÁCTICAS GENERALES		Estado Nutricional P/T			Total
		Normal	Desnutrición aguda	Desnutrición severa	
INADECUADA	N°	1	0	0	1
	%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
MEDIANAMENTE ADECUADA	N°	47	2	1	50
	%	94,0%	4,0%	2,0%	100,0%
ADECUADA	N°	7	2	0	9
	%	77,8%	22,2%	0,0%	100,0%
<b>Total</b>	<b>N°</b>	<b>55</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>60</b>
	<b>%</b>	<b>91,7%</b>	<b>6,7%</b>	<b>1,7%</b>	<b>100,0%</b>

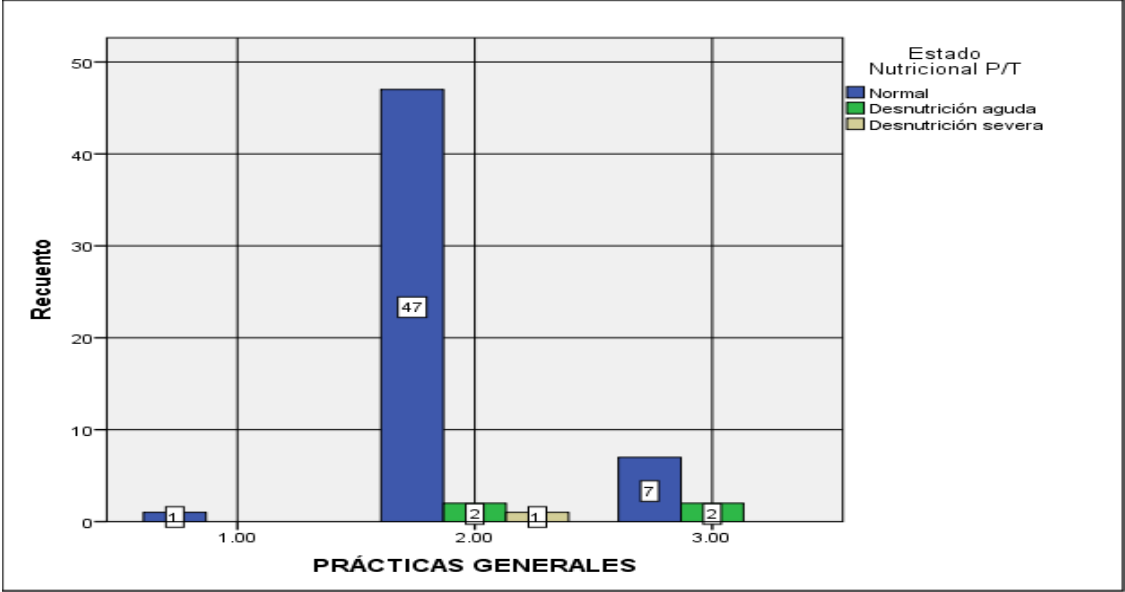
**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

D de Somers = 0.149

P= 0.254

En la tabla 17, se observa respecto a las prácticas alimentarias de las madres de los niños de 6 a 12 meses que las madres que presentan prácticas alimentarias inadecuadas el 100,0% de los niños su estado nutricional es normal, según el indicador P/T. De las madres que presentan prácticas alimentarias medianamente adecuadas el 94,0% su estado nutricional es normal mientras que el 4,0% presentan desnutrición aguda y el 2,0% desnutrición severa. Y de las madres con prácticas alimentarias adecuadas el 77,8% el estado nutricional es normal; mientras que el 22,2% presenta desnutrición aguda.

**GRÁFICO 17. MADRES DE NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y ESTADO NUTRICIONAL PESO TALLA (P/T). ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**



**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

En la tabla 17 de contingencia y gráfica respectiva las frecuencias conjuntas relativas nos muestran que las Prácticas alimentarias de las madres y el estado nutricional de los niños(as) de 6 a 12 meses, no muestran una relación estadística significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica D de SOMERS =0.149, puesto que  $P=0.254 > \alpha=0.05$ . En consecuencia podemos afirmar con un 95 % de confianza que las Prácticas Alimentarias; no están relacionadas significativamente con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses en su indicador P/T atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS CabracanCHA.

**Tabla 18. MADRES DE NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y ESTADO NUTRICIONAL TALLA EDAD (T/E). ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**

PRÁCTICAS GENERALES		Estado Nutricional T/E			Total
		Alto	Normal	Talla baja	
INADECUADA	N°	0	1	0	1
	%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
MEDIANAMENTE ADECUADA	N°	1	43	6	50
	%	2,0%	86,0%	12,0%	100,0%
ADECUADA	N°	0	8	1	9
	%	0,0%	88,9%	11,1%	100,0%
<b>Total</b>	<b>N°</b>	<b>1</b>	<b>52</b>	<b>7</b>	<b>60</b>
	<b>%</b>	<b>1,7%</b>	<b>86,7%</b>	<b>11,7%</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

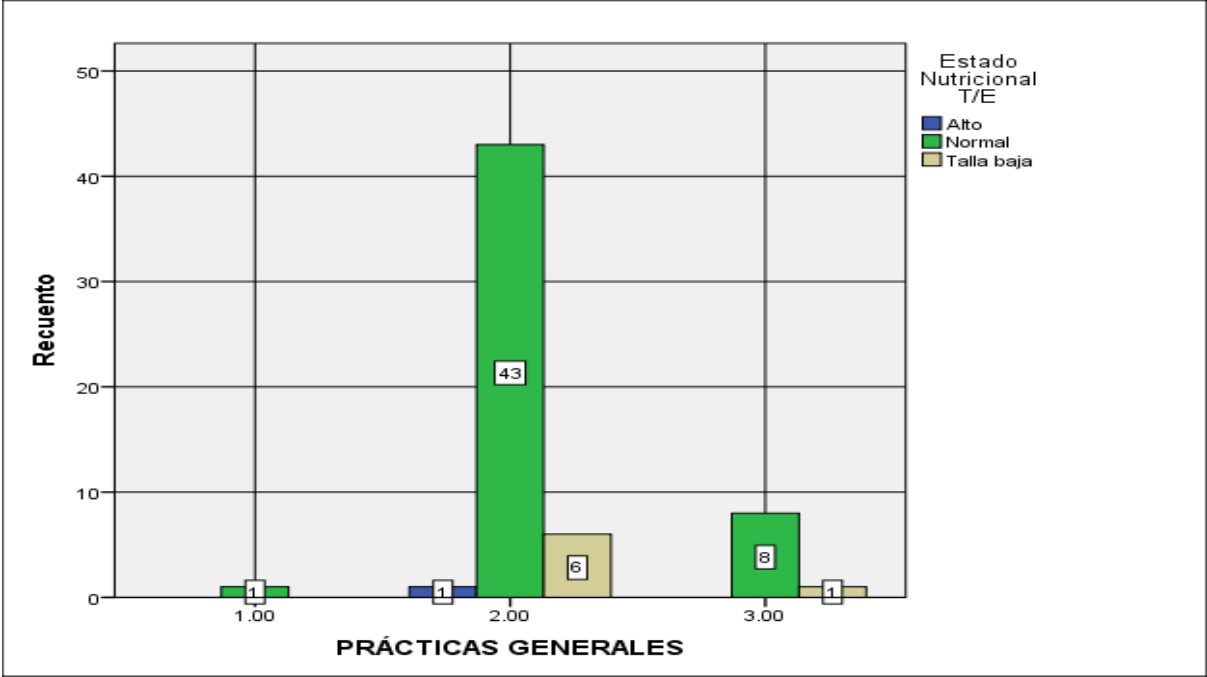
D de Somers = 0.020

P= 0.846

En la tabla 18, se observa respecto a las prácticas alimentarias de las madres de los niños de 6 a 12 meses que las madres que presentan prácticas alimentarias inadecuadas el 100,0% de los niños su estado nutricional es normal, según el indicador P/E. De las madres que presentan prácticas medianamente adecuadas el 86,0% su estado nutricional es normal mientras que el 12,0% tienen una talla baja y el 2,0% son altos. Y de las madres con prácticas alimentarias adecuadas el 88,9% el estado nutricional es normal, seguido del 11,1% que tiene talla baja.



**GRÁFICO 18. MADRES DE NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y ESTADO NUTRICIONAL TALLA EDAD (T/E). ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**



**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

En la tabla 18 de contingencia y gráfica respectiva las frecuencias conjuntas relativas nos muestran que las prácticas alimentarias de las madres con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad, no guardan una relación estadística significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica D de SOMERS =0.20, puesto que  $P=0.846 > \alpha=0.05$ . En consecuencia, podemos afirmar con un 95% de confianza que las Prácticas Alimentarias; no están relacionadas significativamente con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses en su indicador P/E, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS CabracanCHA.

## **CONTRASTE DE HIPOTESIS SECUNDARIAS:**

1. El estado nutricional de los niños(as) de 6 a 12 meses según peso para la edad; peso para la talla y talla para la edad en la mayoría es normal.

Respecto a esta hipótesis los resultados demuestran que en la mayoría de los niños menores de 6 a 12 meses de edad su estado nutricional es normal tanto para el indicador P/E; P/T y T/E.

2. Las prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 meses, en la mayoría será medianamente adecuadas.

Los resultados demuestran que las prácticas alimentarias de las madres en la mayoría son medianamente adecuadas.

3. Las características socio-demográficas de las madres de los niños de 6 a 12 meses de edad están condicionadas significativamente con la edad, su ocupación y grado de instrucción.

A continuación se presentan los resultados en cuanto a esta hipótesis secundaria, donde los resultados evidencian que el grado de instrucción es un condicionante para los resultados de las prácticas alimentarias de las madres estando estas variables relacionadas.

**Tabla 19. MADRES DE NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN GRUPO DE EDAD Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS. ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**

		PRÁCTICAS GENERALES			
		MEDIANAMENTE			
GRUPO DE EDAD		INADECUADA	ADECUADA	ADECUADA	Total
15-19	N°	0	8	1	9
	%	0,0%	88,9%	11,1%	100,0%
20 - 24	N°	0	13	2	15
	%	0,0%	86,7%	13,3%	100,0%
25-29	N°	0	12	3	15
	%	0,0%	80,0%	20,0%	100,0%
30 - 34	N°	0	8	1	9
	%	0,0%	88,9%	11,1%	100,0%
35 - 39	N°	0	8	1	9
	%	0,0%	88,9%	11,1%	100,0%
40 - 44	N°	1	1	1	3
	%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
Total	N°	1	50	9	60
	%	1,7%	83,3%	15,0%	100,0%

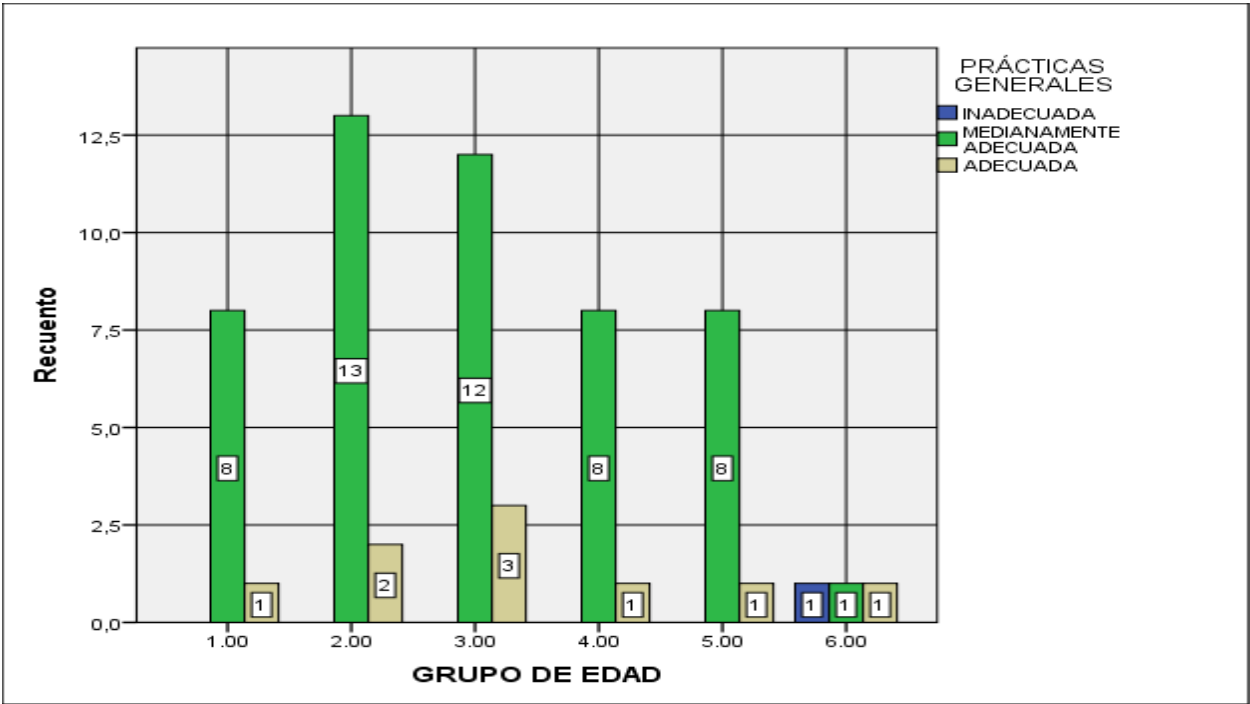
**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

D de Somers = -0.031

P= 0.883

En la tabla 19, se observa respecto a las prácticas alimentarias de las madres de los niños de 6 a 12 meses que el 88,9% de las madres que corresponden a los grupos etarios de 15 a 19 y de 30 a 34 años, las prácticas son medianamente adecuadas; mientras que el 33,3% cuyas prácticas son adecuadas están en el grupo etario de 40 a 44 años de edad; asimismo de las madres cuyas prácticas son inadecuadas con el 33,3%.

**GRÁFICO 19. MADRES DE NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN GRUPO DE EDAD Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS. ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**



**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

En la tabla 19 de contingencia y gráfica respectiva las frecuencias conjuntas relativas nos muestran que las prácticas alimentarias de las madres y la edad de la madre, no muestran una relación estadística significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica D de SOMERS =0.31; puesto que  $P=0.883 > \alpha=0.05$ . En consecuencia podemos afirmar con un 95 % de confianza que las Prácticas Alimentarias; no están relacionadas significativamente con el grupo de edad.

**Tabla 20. MADRES DE NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS. ACLAS CABRACANCHA – CHOTA, 2017.**

Grado de Instrucción		PRÁCTICAS GENERALES			Total
		INADECUADA	MEDIANAMENTE ADECUADA	ADECUADA	
Analfabeta	N°	1	8	1	10
	%	10,0%	80,0%	10,0%	100,0%
Primaria	N°	0	31	3	34
	%	0,0%	91,2%	8,8%	100,0%
Secundaria	N°	0	9	3	12
	%	0,0%	75,0%	25,0%	100,0%
Superior	N°	0	2	2	4
	%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
Total	N°	1	50	9	60
	%	1,7%	83,3%	15,0%	100,0%

**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

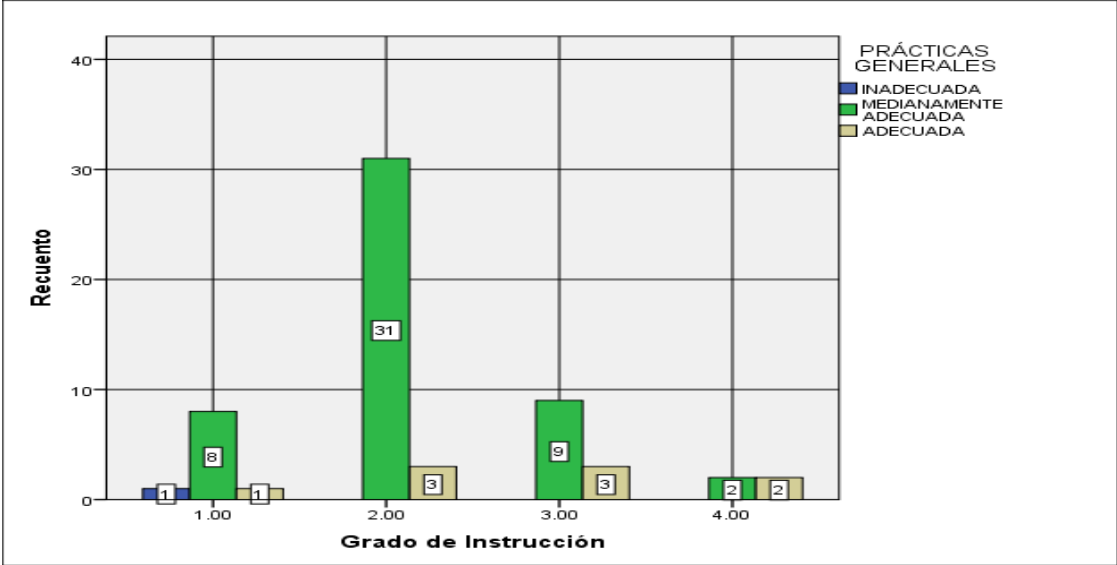
*D de Somers = 0.405*

*P = 0.05*

*Correlación de Spearman = 0.293*

En la tabla 20, se observa respecto a las prácticas alimentarias de las madres y el grado de instrucción que el 80,0% de las madres con prácticas medianamente adecuadas el grado de instrucción es analfabeta; asimismo el 10,0% de las que tienen prácticas adecuadas e inadecuadas. El 91,2% de los que tienen prácticas alimentarias medianamente adecuadas su grado de instrucción es primaria; el 8,8% tienen prácticas adecuadas. El 50,0% de las madres tienen las prácticas medianamente adecuadas y adecuadas respectivamente, su grado de instrucción es superior.

**GRÁFICO 20. MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS. ACLAS CABRACANCHA – CHOTA, 2017.**



**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

En la tabla 20 de contingencia y gráfica correspondiente las frecuencias conjuntas relativas nos muestran que las prácticas alimentarias de las madres de los niños(as) de 6 a 12 meses y el grado de instrucción, muestran una relación estadística significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica D de SOMERS =0.405; puesto que  $P=0.05 > \alpha=0.05$ . Correlación de Spermán =0.293. En consecuencia, podemos afirmar con un 95% de confianza que las Prácticas Alimentarias están relacionadas significativamente con el Grado de Instrucción.

**Tabla 21. MADRES DE NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN OCUPACIÓN Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS. ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**

Ocupación		PRÁCTICAS GENERALES			Total
		INADECUADA	MEDIANAMENTE ADECUADA	ADECUADA	
Ama de casa	Nº	1	47	7	55
	%	1,8%	85,5%	12,7%	100,0%
Estudiante	Nº	0	3	1	4
	%	0,0%	75,0%	25,0%	100,0%
Empleada pública	Nº	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
<b>Total</b>	<b>Nº</b>	<b>1</b>	<b>50</b>	<b>9</b>	<b>60</b>
	<b>%</b>	<b>1,7%</b>	<b>83,3%</b>	<b>15,0%</b>	<b>100%</b>

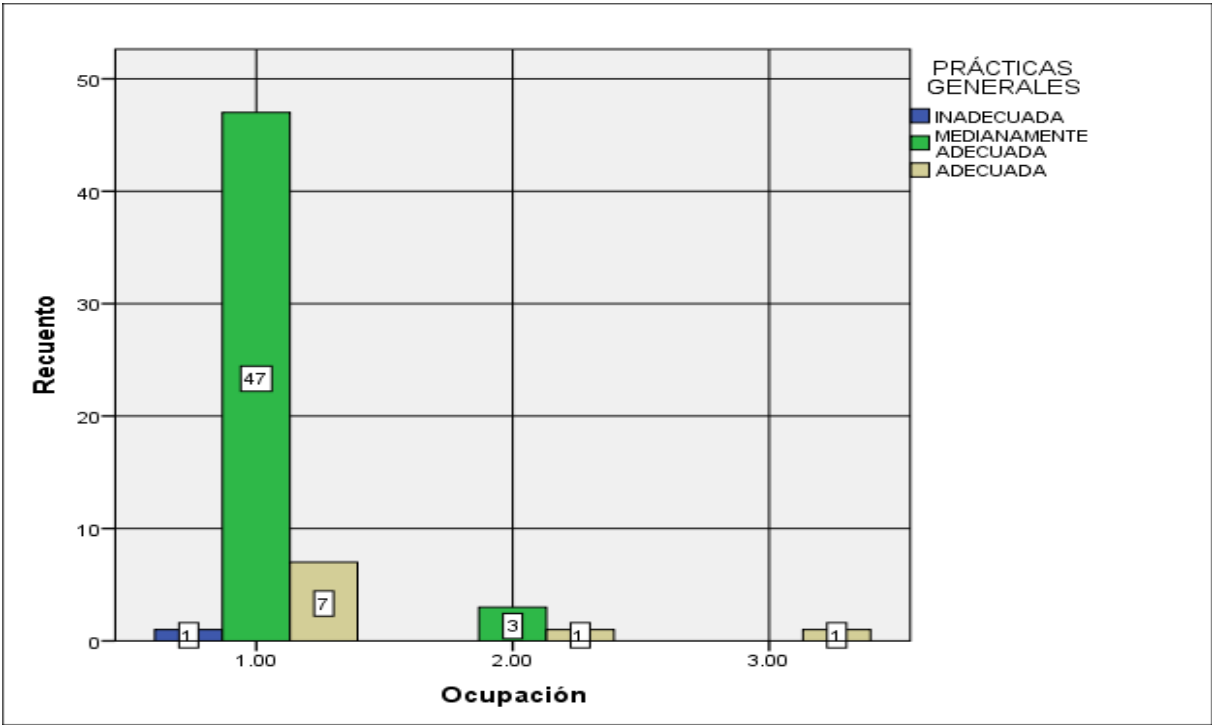
**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

X<sup>2</sup> = 6.26

P=0.181

En la tabla 20, se observa respecto a las prácticas alimentarias de las madres de los niños de 6 a 12 meses y la ocupación que el 85,5% de las madres que tienen prácticas alimentarias medianamente adecuadas su ocupación es ama de casa, seguidos del 12,7% que son adecuadas; mientras que el 1,8% sus prácticas son inadecuadas. El 75% de las madres que tienen prácticas alimentarias medianamente adecuadas su ocupación es estudiante; mientras que en el 25,0% sus prácticas son adecuadas. Asimismo en el 100,0% de las madres con prácticas alimentarias adecuadas su ocupación es empleada pública.

**GRÁFICO 21. MADRES DE NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN OCUPACIÓN Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS. ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**



**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

En la tabla 21 de contingencia y gráfica respectiva las frecuencias conjuntas relativas nos muestran que las prácticas alimentarias de las madres de los niños de 6 a 12 meses con la ocupación de la madre, no muestran una relación estadística significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica  $X_2 = 6.26$ ; puesto que  $P = 0.181 > \alpha = 0.05$ . En consecuencia, podemos afirmar con un 95% de confianza que las Prácticas Alimentarias; no están relacionadas significativamente con la ocupación de las madres.



## DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.

La desnutrición crónica en los niños es un problema evidente en nuestra realidad Nacional, Regional y local afectando a los niños en su normal crecimiento y desarrollo limitándolo que desarrollen sus potencialidades, la misma que se ve agravada de manera considerable con las prácticas alimentarias inadecuadas por parte de las madres o de las personas que intervienen en el cuidado de los niños.

El presente estudio se realizó en los establecimientos de salud que corresponden al ACLAS Cabracancha. Según la tabla 1, se muestra la distribución de las madres de los niños de 6 a 12 meses que participaron en el estudio donde el 16,7% corresponde a Cabracancha, seguido de Lanchebamba y San Antonio de la Iraca con el 15,0% respectivamente, siendo estos establecimientos donde hubo mayor número de niños de 6 a 12 meses seguido de Sillero Pata Bajo con un 11,7%, Ligan Pata 6,7%, Ligan Grande 8,3; mientras que en Sitacucho y Pampa la Laguna correspondió un 5%.

**Respecto a las características sociodemográficas** de las madres de los niños de 6 a 12 meses atendidos en el ACLAS Cabracancha tenemos: **En cuanto a la edad** el 25,0% tenían edades dentro del intervalo de 25 a 29 años y 20 a 24 años respectivamente; seguido de los grupos de 15 a 19, de 30 a 34 y de 35 a 39 años con el 15%, solamente en el grupo de 40 a 44 le corresponde el 5%. Resultados que guardan cierta similitud con lo referido por Díaz, D <sup>(15)</sup>, quien encontró que el 14,7% de madres de los niños de 6 a 12 meses estaban comprendidos en el grupo etario de 30 a 34 años.

La edad puede ser un factor determinante tanto en el conocimiento como en la práctica de alimentación complementaria, las mayores pueden tener más experiencia al tener más de un hijo y las más jóvenes al iniciar su papel de madre deben recibir consejos y sugerencias como es de sus madres y abuelas.

Tal como se observa en los resultados las madres se encuentran en una edad donde ya han adquirido alguna experiencia en cuanto a la crianza de los hijos, esto repercute positivamente en la salud de los niños y la nutrición porque serán madres que identifiquen algunos signos o síntomas que no sean normales y ponga en alerta a la madre y esta actúe oportunamente, evitando que el niño sufra complicaciones; pero

también hay que tener en consideración que existe un grupo entre 15 a 19 años, que son madres adolescentes quienes están aprendiendo a ser madres y muchas de ellas tendrán temores en atender a su hijo, y por tanto no tendrán un conocimiento claro de qué darle de comer, en qué edad, con qué frecuencia y cantidad; es importante darle mayor tiempo a la atención de estas madres jóvenes y de realizar las visitas domiciliarias de seguimiento.

**En cuanto a grado de instrucción,** se encontró que las mayores frecuencias tienen primaria con el 56,7%, seguido de las que tienen secundaria 20,0%, analfabetas el 16,7%, y con menor frecuencia las madres con estudios superiores con el 6,7%. Resultados que no guardan relación con lo referido por Díaz, D <sup>(15)</sup>, quien encontró que el 24,2% tenían primaria, el 67,4% secundaria y el 8,4% estudios superiores.

Los resultados del estudio demuestran que un porcentaje representativo de las mujeres tiene educación, relacionándose con el autocuidado y cuidado de la salud de sus familias; a mayor nivel de instrucción menor son los riesgos de enfermar y morir. Las madres saben cómo actuar en caso de emergencia, identifican riesgos y acuden a un establecimiento de salud. Además, se observa un número representativo de analfabetas 16,7%. Por lo tanto, el personal de salud deberá dar mayor importancia al aspecto educación sanitaria y especialmente los medios que se emplean deberán ser los adecuados.

La educación en cuanto a los aspectos de alimentación de los niños debería darse a través de las demostraciones, porque las madres van a captar los mensajes y también van a participar activamente, a diferencia de si solamente hablamos o mostramos imágenes; es importante tener en cuenta que las madres analfabetas no captarán con facilidad en relación a las que tienen educación secundaria y superior; incluso los resultados nos muestran que el mayor porcentaje tienen primaria.

**Respecto a la ocupación,** la mayor frecuencia corresponde a las amas de casa con el 91,7%. Resultados que guardan similitud con lo encontrado por Díaz, D <sup>(15)</sup>, donde el 97,9% de las madres se dedican a los quehaceres del hogar.

Las mujeres que se dedican a otras actividades muchas veces dejan el cuidado de terceras personas a los niños menores. Por lo que no reciben cuidado directo de su madre, generalmente son los abuelos y los tíos directos los que se hacen cargo. Por lo que es importante que cuando se brinde educación sanitaria, se involucren a los familiares para que ellos también tengan el conocimiento respecto a los cuidados de los niños, especialmente en lo que a alimentación concierne.

Los resultados nos muestran que en la realidad del estudio la mayoría son amas de casa; también es favorable este resultado para los niños, porque son las madres las que están al cuidado de los niños menores de un año, facilitando su atención alimentaria y los cuidados de la salud que la madre le brinda, pero también influye en la generación de la pobreza cuando la madre no genera recursos económicos para poder atender las necesidades de sus hijos especialmente la alimentación.

***En lo que corresponde al estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses.*** Los resultados nos muestran que según el indicador P/E que el 96,7% de los niños tienen estado nutricional normal, y solamente el 3,3% presenta desnutrición. El indicador P/T muestran que el 91,7% presentan estado nutricional normal, el 6,7% desnutrición aguda y el 1,7% desnutrición severa. Además se observa en relación a la T/E que el 86,7% de los niños su talla es normal; seguido del 11,7% que tienen talla baja y el 1,7% talla alta.

Resultados que guardan similitud con lo encontrado por Díaz D <sup>(15)</sup>, quien encontró que según el indicador P/E, el 92,6% su estado nutricional fue normal, y riesgo de desnutrición 7,6%; según el P/T, el 100,0% se encuentran normales. Respecto a la T/E presentan talla baja el 33,7%, riesgo nutricional el 34,7%, y normal el 31,6%.

Además, con lo referido por Nuñez, M <sup>(11)</sup>, se observa que el 89,8% se encuentran dentro de los rangos normales y un 10,2% tienen desnutrición, según el indicador P/E. En cuanto al indicador Peso/Talla del niño se tiene que el 81,6% su estado nutricional es normal, el 16,3% tienen sobrepeso y el 2,1% presenta obesidad. Según el indicador T/E del niño se observa que el 51,0% su estado nutricional se encuentra dentro de los rangos normales y un 49,0% tienen talla baja.

También con lo expresado por Armillón L y Bolaños, M <sup>(16)</sup>, donde el 96,7% eran normales según P/E, el 8,3% desnutrición; T/E, el 83,7% tuvo talla normal, 12% talla baja y el 4,3% talla alta, según P/T el 89,1% se encontró en estado normal, el 7,6% sobrepeso y el 3,3% de niños estuvieron desnutridos. Y, según Amaya, N <sup>(14)</sup>, encontró que en el 89,8% de los niños su estado nutricional fue normal, el 6,8% tiene sobre peso, el 2,3% tiene talla alta y el 1,1% tiene obesidad.

Matorrell. R. (50). Nos indica que el retardo en la talla se da en un momento específico y se produce en todas las poblaciones del mundo, durante los primeros 1000 días de vida, y se da por desnutrición; enfermedades infecciosas, asociándose el retardo del crecimiento a un menor desempeño intelectual, laboral y menor productividad económica. Y. Chumpitaz, CL. Rodríguez, K <sup>(53)</sup>, encontraron que el 56,8% presenta un estado nutricional normal, el 18,5% desnutrición aguda, el 16,1% desnutrición crónica y el 8,6% desnutrición global.

Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo, la nutrición deficiente incrementa el riesgo de padecer enfermedades y es responsable, directa o indirectamente de un tercio de los 9,5 millones de muertes que se ha estimado, también, provocar obesidad en la niñez, la cual es un problema que va incrementando en muchos países <sup>(40)</sup>. No obstante, es bueno recordar que la obesidad en las etapas tempranas de la vida tiene un efecto de arrastre a la obesidad en el adulto.

Un deficiente patrón de crecimiento puede ser provocado por una malnutrición, por defecto, como es el caso de la desnutrición aguda, que es la deficiencia del peso para la talla de un niño en el momento de la medición, en donde el crecimiento en la talla es más lento que en el peso, las deficiencias en talla tienden a ser también lentas y a tomar más tiempo para recuperarse; frecuentemente se puede observar en niños mayores de un año; y la desnutrición global, que es la relación entre el peso real y su peso teórico normal, nos permite conocer si el niño tiene o a tenido adelgazamiento y/o retardo en el crecimiento.

**En cuanto a los niveles de hemoglobina** en los menores de 6 a 12 meses los resultados revelan que el 20,0% presenta anemia leve, el 5,0% anemia moderada y el 75,0% se encuentran normales. La anemia es una de las patologías más frecuentes del mundo por lo que ha sido considerada a lo largo del tiempo, como uno de los mayores problemas de salud pública. La organización Mundial de la Salud posicionó a la anemia en el sétimo lugar dentro de los 10 factores prevenibles de enfermedad, discapacidad y muerte. Así mismo nos dice que la anemia afecta a todo el mundo, a 1629 millones de personas lo que corresponde al 24,8% de la población, la máxima prevalencia es en preescolares de 45,7% a 49,1% (54).

En América Latina al Perú se le ha ubicado en el cuarto lugar en el recuadro de anemia severa en niños y niñas menores de 6 años. En la Encuesta 2016, al 33,3% de niños y niñas menores de 5 años padeció anemia. El 62,1% en los menores de 6 a 8 meses, el 59,3% de 12 a 17 meses. Al 56,7% de 9 a 11 meses de edad. En los infantes de 18 a 23 meses el 43,6%. En los grupos mayores de edad, fueron menores 29,3% entre 24 y 35 meses de edad (8).

Los niveles bajos de hemoglobina hacen que el niño sea inactivo, cansado física e intelectualmente (55). Por ello es necesario brindar una adecuada cantidad y calidad de hierro a través de nutrientes específicos; esto es fundamental para un desarrollo y crecimiento neuronal, para el funcionamiento del cerebro, aún en etapas posteriores. La anemia sufrida antes de los dos años de vida puede tener consecuencias sobre el rendimiento escolar y el aprendizaje (56).

**En cuanto a las prácticas alimentarias** en general de las madres de los menores de 6 a 12 meses se observa, que en el 83,3% sus prácticas alimentarias son medianamente adecuadas, seguido del 15,0% que son adecuadas, y el 1,7% inadecuadas. Guarda relación con el estudio de Cruz, Andrew D, Berti P Larrea S (57), describe que el tipo de alimento complementario que se le dio al infante en general fue inadecuado, de la misma manera Cárdenas L (58), afirma que las madres realizan prácticas desfavorables sobre alimentación complementaria.

Villeda R, Lázaro (13), manifiesta que se debe sensibilizar a las madres acerca de la importancia de las prácticas alimentarias y el estado nutricional de sus hijos, y la

relación del mismo con el apareamiento de enfermedades, para llevar una alimentación adecuada en este periodo tan importante para el crecimiento y desarrollo del niño.

Los resultados permiten evidenciar que las prácticas alimentarias de las madres medianamente adecuadas o inadecuadas en los menores de 6 a 12 meses, se debe principalmente a que las madres saben que alimentos brindarle al niño, pero no la consistencia adecuada y la frecuencia de acuerdo para su edad. Motivo por el cual resulta de suma importancia tener que intervenir en la educación sanitaria de las madres en cuanto a lo que establece el Ministerio de Salud en las Normas de Consejería nutricional, donde claramente describe qué consideraciones tener en cuenta desde el inicio de la alimentación complementaria o ablactancia, estas orientaciones deben darse y reforzarse a la madre cada vez que el personal de salud logre tener contacto con ella, cuando acuda al establecimiento de salud o cuando se realicen las visitas domiciliarias de seguimiento.

**En cuanto a prácticas alimentarias según dimensión Calidad,** se observa que el 90,0% de las prácticas de las madres son medianamente adecuadas, 6,7% inadecuadas y 3,3% adecuada. Resultados que difieren de los reportados por Díaz, D <sup>(15)</sup>, quien refiere que las prácticas de las madres según la dimensión calidad el 37,9% fueron inadecuadas, el 33,7% adecuada y el 28,4% medianamente adecuada.

**Según la dimensión Consistencia,** el 91,7% de las prácticas de las madres son medianamente adecuadas, y en el 8,3% inadecuada. Resultados que guardan cierta similitud con los resultados de Díaz, D <sup>(15)</sup>, en el cual el 88,4% las prácticas fueron medianamente adecuadas en cuanto a la consistencia, seguido del 11,6% que fueron inadecuadas.

**Según la dimensión cantidad,** el 95,0% de las prácticas de las madres son medianamente adecuadas y en el 5,0% son adecuadas. Estos resultados guardan cierta similitud con el trabajo de Díaz, D <sup>(15)</sup>, en donde el 84,2% de las prácticas son medianamente adecuadas y el 15,8% adecuada en cuanto a la dimensión cantidad,

**Según la dimensión frecuencia,** el 81,7% de las prácticas de las madres son adecuadas, el 16,7% medianamente adecuada y el 1,7% inadecuadas. Guarda relación con los resultados de Díaz, D <sup>(15)</sup>, quien observo que según la dimensión

frecuencia el 92,6% de las prácticas son medianamente adecuadas y el 7,4% inadecuada.

***Y según la dimensión Higiene de los alimentos,*** en el 93,3% las prácticas de las madres son inadecuadas y el 6,7% medianamente adecuadas. Resultados que difieren de lo encontrado por Díaz, D <sup>(15)</sup>, donde el 51,6% las prácticas son medianamente adecuadas, el 33,7% inadecuadas y el 14,7% adecuadas.

Los resultados del estudio pudieron deberse a que los alimentos complementarios frecuentemente son dados en forma inadecuada, temprana o tarde y son, en general, nutricionalmente inadecuados e inseguros, de allí la importancia de las prácticas de alimentación complementaria de la madre; por ejemplo, si los alimentos están muy diluidos, no se alimenta el niño con la frecuencia necesaria o las raciones son muy pequeñas, no se elabora una lista de alimentos nutritivos de la zona donde vive.

La alimentación complementaria adecuada depende de una información precisa y de un apoyo competente de la familia, el conocimiento inadecuado de los alimentos y de las prácticas apropiadas de alimentación, haciendo uso de técnicas caseras y comunitarias para aumentar la densidad de nutrientes, la biodisponibilidad y el contenido de micronutrientes de los alimentos locales <sup>(6)</sup>.

Así, en cuanto a la preparación, cantidades y consistencia de los alimentos. La manipulación y elaboración de los alimentos por parte de la familia o cuidadores del niño deben hacerse bajo una buena higiene, procurando servirles inmediatamente y/o o almacenarlos de forma segura para evitar contaminación y reacciones adversas, con esta práctica se estará evitando que los niños sufran enfermedades gastrointestinales las mismas que afectarían a su crecimiento y desarrollo normal.

Es aconsejable empezar dando pequeñas cantidades de cada alimento e ir aumentando gradualmente para una mayor tolerancia. Se recomienda ofrecer los alimentos en forma de purés e ir modificando poco a poco la consistencia de espesa a grumosa y finalmente sólida, para estimular la masticación y facilitar que el niño pueda alimentarse solo.

En cuanto al orden de introducción de los alimentos, no existen normas rígidas en cuanto al orden en que deben ser introducidos los alimentos dependiendo de las costumbres locales, familiares y las preparaciones individuales. En niños con lactancia materna exclusiva es conveniente introducir primero alimentos ricos en hierro. Se aconseja esperar entre 3 - 7 días, según la aceptación del niño, antes de dar otro alimento nuevo para permitir que se acostumbre a los diferentes sabores y texturas, vigilando la aparición de posibles intolerancias y alergias.

Respecto a la frecuencia de consumo, el lactante debe recibir un aporte diario de cereales, frutas y verduras con proteínas animales con la alimentación complementaria, el niño hará unas 4 - 5 tomas al día. El número de comidas dependerá de la densidad energética y la cantidad consumida en cada toma, sin desplazar la leche materna o artificial que debe ser la principal fuente de nutrientes durante el primer año de vida.

Sobre las prácticas de higiene, la Organización Mundial de la salud (OMS), ha definido las "Reglas para la preparación higiénica de los alimentos" cuya aplicación sistemática reduce considerablemente el riesgo de enfermedades de origen alimenticio, puesto que, de no manejar una adecuada higiene, los niños pueden ser contagiados de enfermedades que afecta directamente el tracto gastrointestinal <sup>(59)</sup>

***Respecto al Contraste de hipótesis tenemos.***

***En cuanto a la Hipótesis General.*** No se encontró relación estadística significativa entre las Prácticas alimentarias de las madres y el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses; siendo el valor de ( $P=0.193$ ), según el indicador P/E; para el indicador P/T ( $P=0.149$ ) y para T/E ( $P=0.846$ ); por lo que estos valores son  $>\alpha=0.05$ .

Lo que significa que el estado nutricional de los niños no está directamente relacionado con las prácticas alimentarias de las madres; probablemente estén interviniendo otros factores que hacen que medien en el estado nutricional de los niños, recordemos que el problema nutricional es multifactorial, probablemente existan condiciones sanitarias, disponibilidad de agua, condiciones de la vivienda, nivel educativo entre otros que estén actuando.



Los resultados del presente estudio guardan similitud con lo referido por Nuñez, M <sup>(11)</sup>, quien concluyó que no existe relación estadística significativa entre el estado nutricional y las prácticas de alimentación complementaria del niño de 6 a 12 meses de edad.

Asimismo los resultados guardan relación con lo referido por Nuñez, M <sup>(11)</sup>, quien encontró, según el indicador P/E, que las madres presentaron buenas prácticas de alimentación complementaria, los niños de 6 a 12 meses de edad presentaron estado nutricional normal en un 92,9% y desnutrición en un 7,1%; en las madres que presentaron regulares prácticas de alimentación complementaria, el lactante menor presentó estado nutricional normal en un 71,4%; mientras que el 28,6% presenta desnutrición.

Asimismo, guarda relación con lo encontrado por Nuñez, M <sup>(11)</sup>, según el indicador P/E se observa que las madres presentaron prácticas alimentarias inadecuadas, los niños de 6 a 12 meses de edad presentaron estado nutricional normal en un 100,0%; en las madres que presentaron prácticas alimentarias medianamente adecuadas, el lactante menor presentó estado nutricional normal en un 96,0%; mientras que el 4,0% presentó desnutrición, y de las madres con prácticas alimentarias adecuadas el 100,0% su estado nutricional fue normal. Al relacionar las variables no se encontró relación estadística significativa siendo ( $P=0.193$ ), prácticas alimentarias y el estado nutricional.

También guarda relación con los resultados de Nuñez, M <sup>(11)</sup>, en cuanto al indicador P/T, quien encontró que cuando las madres tienen buenas prácticas de alimentación complementaria, el lactante menor presentó estado nutricional normal en un 81,0%; sobre peso en un 16,7% y obesidad en un 2,4% en las madres que presentaron regulares prácticas de alimentación complementaria, el lactante menor presentó estado nutricional normal en un 85,7% y finalmente el 14,3% sobre peso. Al relacionar las variables no se encontró relación estadística significativa ( $P=0.903$ ), entre el estado nutricional, según P/T y prácticas de alimentación complementaria.

De igual forma los resultados guardan similitud con Nuñez, M <sup>(11)</sup>, en cuanto al indicador T/E, quien observó que cuando las madres presentaron buenas prácticas de

alimentación complementaria, el lactante menor presentó estado nutricional normal en un 54,8%, talla baja 45,2%; en las madres que presentaron regulares prácticas de alimentación complementaria, el lactante menor presentó estado nutricional normal en un 28,6% y talla baja en un 71,4%. Al relacionar las variables no se encontró relación estadística significativa ( $P=0.199$ ) entre las prácticas de alimentación y el estado nutricional T/E.

**Respecto a las Hipótesis secundarias:** Según los resultados tenemos que el estado nutricional de los niños en su mayoría es normal. Las prácticas alimentarias de las madres de los niños de 6 a 12 meses en su mayoría son medianamente adecuadas. En cuanto a las prácticas alimentarias de las madres están condicionadas con la edad, su ocupación y grado de instrucción tenemos: Respecto a la edad ésta no tiene una relación estadística significativa; siendo el valor de ( $P=0.883$ ). Expresando que las prácticas alimentarias no están directamente relacionadas con la edad de la madre, mientras más edad tiene la madre va ganando experiencia en la crianza de los hijos y va mejorando sus prácticas pero estas no van a depender de la edad.

En cuanto a la ocupación no se relaciona significativamente con las prácticas; siendo el valor de ( $P=0.181$ ). De igual forma con este resultado se puede observar que las prácticas de alimentación complementaria de las madres no están directamente relacionadas con la ocupación es decir no dependen de esta variable.

En relación al grado de instrucción si se muestra una relación estadística significativa con las prácticas alimentarias de las madres, siendo el valor de ( $P=0.05$ ). Este resultado nos hace evidenciar que las prácticas de las madres sobre alimentación complementaria están directamente relacionadas con el nivel educativo. Por tanto a mayor nivel educativo mejoraran las prácticas de las madres.

Según la Encuesta demográfica y de salud familiar (2014), refiere que en los diferentes estudios se ha comprobado la influencia del nivel educativo de la madre en el cuidado de la salud y la nutrición de sus hijos/hijas <sup>(49)</sup>.

Sánchez, A <sup>(12)</sup>, en su estudio sobre prácticas de alimentación complementaria en lactantes de 6 a 11 meses 29 días de edad, concluyó que la educación de la madre

es un importante pilar para el buen desarrollo y crecimiento del niño. Además, se determinó que las prácticas de alimentación complementaria que poseen las madres de los infantes no son adecuadas y llegaron a repercutir directamente en el estado nutricional del mismo por falta de cantidad y calidad de alimentos.

La educación de las madres es una de las variables más relacionadas con el estado de salud de una población, comunidad o individuo y por ende las prácticas alimentarias y el estado nutricional se relacionan <sup>(51)</sup>. La alimentación es un hecho de aspecto cultural. Actualmente, la alta disponibilidad de alimentos procesados hipercalóricos, poco nutritivos, con el alto contenido en grasas, azúcares y sal, aleja a la población de una práctica de alimentación saludable por cierto en las áreas urbanas más que en las rurales; pero a la larga van a influir ya que la población está en constante interacción del campo a la ciudad o las grandes ciudades donde se aprecia la oferta de estos productos a mayor escala.

Papalia y Col (2011) a través de sus investigaciones mencionan que el 29% de los lactantes reciben alimentos sólidos antes de los cuatro meses, el 17% toman jugo de frutas antes de los seis meses, y 20% ingieren leche de vaca antes del año. Con este estudio puedo observar que al igual que los niños más grandes y los adultos, muchos lactantes e infantes comen mucho e ingieren comida inadecuada <sup>(60)</sup>.

Las prácticas alimentarias en el presente estudio son medianamente adecuadas en su mayoría, demostrando que existen aspectos que mejorar, y esto dependerá de la madre o cuidador del niño, no obstante, es una responsabilidad compartida con el profesional de salud en especial de enfermería que es la responsable de realizar el control del niño y de orientar a la madre sobre estos aspectos, despojar las dudas que tiene propiciando así una práctica alimentaria correcta o adecuada por parte de la madre.

Así los resultados evidencian que al 6,7% de los niños le comenzaron a dar alimentos a los 5 meses y el 1,7% a los 7 meses el 91,7% del total recibió a los 6 meses de edad y la lactancia materna exclusiva en el 8,3% se dio hasta los 6 meses de edad y en el 91,7% de los niños siguen lactando solamente el 3,3% no lo hace. La práctica de la lactancia materna favorece al lactante; sin embargo, hay que orientar a la madre según

las Normas del Ministerio de Salud, establece hasta los 2 años de edad. Las madres deben conocer que conforme los niños crecen, se vuelven más activos y la leche materna resulta insuficiente para cubrir las necesidades nutricionales, y deben alimentar al niño con otros alimentos además de la leche materna. Sabiendo que los beneficios son muchos entre ellos un mejor desarrollo cerebral, evita retraso en el desarrollo psicomotor.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010) <sup>(40)</sup>, en esta etapa, es donde la madre debe tener en cuenta que la alimentación perceptiva, es decir, alimentar a los lactantes directamente respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción; alimentar despacio pasivamente y animarlos a comer; pero sin forzarles. Si rechazan varios alimentos experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos, minimizar las distracciones durante las horas de comida, si el lactante pierde interés rápidamente recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor, hablar con el niño y mantener el contacto visual.

El ministerio de salud elaboro el “Módulo de abordaje de Promoción de la Salud” en acciones a desarrollar el eje temático de Alimentación y Nutrición Saludable del MINSA 2010; menciona que la decisión de cómo alimentar al niño es de la madre, y si no se le motivó o se preparó a la futura madre sobre los beneficios y manejo de la alimentación a su niño, ella puede tomar decisiones y realizar prácticas equivocadas <sup>(61)</sup>.

Respecto a la alimentación complementaria Cárdenas (2009), señala que complementa la lactancia materna sin desplazarla a partir de los seis meses, este tiempo que a veces no se cumple; nuestra realidad es otra, la mayoría de las madres empieza la alimentación complementaria en forma tardía, temor de la madre, economía para acceder a los alimentos que sugiere el personal de salud o falta de sensibilización a la madre y a la familia <sup>(58)</sup>.

La participación de la enfermera es de gran importancia y responsabilidad en la alimentación del lactante a lo largo del primer año. Por un lado, debe informar a los padres sobre los innumerables beneficios que conlleva la lactancia materna, haciendo

controles, sobre todo en el primer mes de vida, que permite constatar la adecuada ganancia de peso, y animando a la madre para que continúe con la lactancia materna el mayor tiempo posible. Por otro lado, debe decidir el momento de inicio de alimentación complementaria, valorando las necesidades individuales, dando pautas orientadoras sobre los diferentes nutrientes y las formas adecuadas de introducir en la dieta del niño para evitar aportes calóricos excesivos o insuficientes durante el segundo trimestre de vida. Finalmente detectar precozmente incremento rápido de peso que eviten el sobre peso y obesidad <sup>(62)</sup>.

El presente trabajo se sustenta en el modelo de Nola Pender, teniendo en cuenta que los determinantes de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos perceptuales, como percepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que llevan a comportamiento determinados, relacionándose con la toma de decisiones favorecedoras o desfavorecedoras para la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, llevan a las personas a un estado altamente positivo de salud, así los esfuerzos de los gobiernos por acceder al desarrollo económico a largo plazo fracasarán si no aseguran un crecimiento infantil óptimo, en especial a través de más prácticas de alimentación apropiadas <sup>(44)</sup>.

## CONCLUSIONES

1. En cuanto a las Características Socio-demográficas de las madres de los niños de 6 a 12 meses tenemos: El 25,0% tienen edades comprendidas dentro de los grupos etarios de 25 a 29 y 20 a 24 años respectivamente y el 5% en el grupo etario de 40 a 44 años. El 56,7% tienen primaria y el 6,7% superior. En el 91,7% su ocupación es ama de casa y el 1,7% empleada pública.
2. Respecto al estado nutricional de los niños, el 96,7% presentan estado nutricional normal según el indicador P/E y el 3,3% desnutrición. En cuanto al indicador P/T, el 91,7% es normal, seguido del 6,7% con desnutrición aguda y solo el 1,7% presenta desnutrición severa. Y según el indicador T/E el 86,7% es normal, el 11,7% presenta talla baja y el 1,7% Alta.
3. Respecto a las prácticas alimentarias de las madres el 83,3% sus prácticas son medianamente adecuadas; en el 15% son adecuadas y solo el 1,7% son inadecuadas.

Las prácticas alimentarias de las madres según dimensiones tenemos: Que el 90,0% son medianamente adecuadas y en el 6,7% inadecuada, solo el 3,3% son adecuadas. Según la dimensión Consistencia en el 97,7% son medianamente adecuadas; mientras que en el 8,3% son inadecuadas. Las prácticas de las madres según la dimensión Cantidad en el 95,0% son medianamente adecuadas y en el 5,0% adecuada. Según la dimensión frecuencia en el 81,7% es adecuada; en el 16,7% medianamente adecuada y solo en el 1,7% inadecuada. Y las prácticas de las madres según la dimensión Higiene de los alimentos en el 93,3% son adecuadas y en el 6,6% medianamente adecuada.

4. Al contrastar las Hipótesis tenemos: En cuanto a la Hipótesis General. No se encontró relación estadística significativa entre las Prácticas alimentarias de las madres y el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses; siendo el valor de ( $P=0.193$ ), según el indicador P/E; para el indicador P/T ( $P=0.149$ ) y para T/E ( $P=0.846$ ); por lo que estos valores son  $>\alpha=0.05$ .

## **RECOMENDACIONES**

### **A los Directivos del ACLAS Cabracancha.**

1. Formulación, Implementación y Ejecución de Programas Educativos sobre alimentación complementaria y lactancia materna, dirigido a las madres y cuidadoras de los niños menores de 5 meses a más, con la finalidad de mejorar las prácticas alimentarias.

### **Al Personal de los Establecimientos de Salud,**

2. Desarrollo de actividades de promoción y prevención de la salud en temas nutricionales y de crecimiento y desarrollo de los niños(as), priorizando un trabajo multidisciplinario y reforzándolo a través de las demostraciones.
3. Realizar seguimiento domiciliario a los niños con problemas nutricionales, con la finalidad de observar las prácticas alimentarias y de higiene de los alimentos en el momento que lo ejecutan en casa, y poder orientar o reorientar las prácticas negativas y fortalecer las positivas.

### **A la Universidad Alas peruanas,**

4. Continuar investigando con otras variables y tipos de estudio que influyen en las prácticas alimentarias, pareciera que es un tema muy trabajado, pero en la realidad se observa que es un campo para Enfermería con mucho potencial, pocos son los trabajos realizados.
5. Si realizan estudios con el mismo diseño incidir en una clasificación más minuciosa de las prácticas alimentarias. Ya que se observa que las practicas alimentarias con el esquema los considera las prácticas como una constante.
6. Realizar estudios en la misma línea pero realizando estudios casos – controles.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. [En línea]. [citado 03 de agosto 2017]. Disponible en URL:  
  
[http://www.who.int/maternal\\_chil\\_adolescent/topics/newborn/nutrition/global/es](http://www.who.int/maternal_chil_adolescent/topics/newborn/nutrition/global/es).
2. Ministerio de Salud (MINSA). *Especial Nutrición-Ministerio de Salud del Perú-Minsa*. [En línea].; 2007 [citado 04 de agosto 2017]. Disponible en URL:[http://www.minsa.gob.pe/portada/especial/2007nutricion/lactante\\_6\\_2\\_4\\_meses.asp](http://www.minsa.gob.pe/portada/especial/2007nutricion/lactante_6_2_4_meses.asp).
3. Figueiras A, Neves I, Rios V, Benguigui. *Manual para la Vigilancia del desarrollo infantil 0-6 años*. Segunda edición (Serie OPS/FCH/HL) en el contexto de AIEPI. [En línea].; Washinton, D.C.:OPS,2011. [citado 20 de agosto 2017] 20.Disponible en URL:  
  
<http://www.2pho.org/hq/dmdocumentos/Vigilancia2.pdf>.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Alimentación Complementaria*. [En línea].; 2017 [citado 13 de Septiembre 2017].Disponible en URL:  
  
[http://www.who.int/nutrition/topics/complementary\\_feeding/es](http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es).
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alimentación del Lactante y del niño pequeño. [En línea].; 2017 [citado 20 de agosto 2017]. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de textos dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. ISB:978-92-75-33094NLM WS120. Washington, D.C.:OPS. [En línea].; 2010 [citado 10 de agosto 2017]. Disponible en URL:  
  
[http://www.apps.who.int/iris/bristream/10665/44310/1/9789275330944\\_spapdf](http://www.apps.who.int/iris/bristream/10665/44310/1/9789275330944_spapdf).
7. Ceballos Verdugo GA. *“Patrones de alimentación en niños menores de un año de edad que acuden a la consulta externa del Hospital Infantil del estado de Sonora”*. [Tesis], para obtener el Diploma en la especialidad de Pediatría. México: Universidad Nacional Autónoma de México. facultad de Medicina; 2013.



8. Encuesta Demográfica y de salud familiar. Lactancia y Nutrición de niñas, niños y madres. [Online].; 2016 [cited 02 febrero 2017]. Disponible en URL: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1433/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html)

9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Alimentación y Nutrición del Niño pequeño\_ Memoria de la reunión subregional de los países de Sudamérica*. [En línea].; Whington, D.C.POS,2009. Lima-Perú. [citado 22 agosto 2017]. Disponible en URL:

[http://www.unicef.org/lac/Reunion\\_sudamericana\\_de\\_Alimentación\\_y\\_nutrición\\_del\\_niño\\_Pequeño\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Reunion_sudamericana_de_Alimentación_y_nutrición_del_niño_Pequeño(2).pdf)

10. Instituto Nacional de estadística e Informática. Estadísticas nacionales del Perú. [En línea].; 2016 [Citado 23 agosto 2017]. Disponible en URL:

<http://www.inei.gob.pe/>

11. Nuñez Vásquez ME. *Estado Nutricional y Prácticas de Alimentación Complementaria en el niño de 6 a 12 meses de edad en el Centro de Salud Cuyumalca-Chota, 2015*. [Tesis], para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Cuyumalca-Chota: Universidad Nacional de Cajamarca. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2015.

12. Sánchez Cacacho de Rivas A. *Prácticas de Alimentación Complementaria en lactantes de 6 a 11 meses de edad que asisten al Centro de Salud del Municipio de San Juan Sacatepéquez, Guatemala. Julio-Noviembre 2015*. [Tesis] de Grado, para la Licenciatura en Nutrición. Campus Central Guatemala de la Asunción: Universidad Rafael Landívar. Facultad de Ciencias de la Salud; 2016. Organización Mundial de la Salud. Datos sobre la lactancia materna. [Online].; 2013- Italia [citado 28 julio 2017]. Disponible en URL: <http://www.who.int/factiles/breastfeeding/es>.

13. Villeda Rodríguez CS, Galdámez. L. *Prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional en niños y niñas de 0 a 12 meses de edad que asisten a la consulta en centros de atención Permanente de los Municipios de Olopa, San Juan Ermita, Jocotán y Camotán*. [En línea].; Chiquimula durante los meses de agosto 2013 a julio 2014. [citado 20 marzo 2017]. Disponible en URL:

[http://www.cunoi.edu.gt/download/tesis\\_practicas\\_alimentarias.pdf](http://www.cunoi.edu.gt/download/tesis_practicas_alimentarias.pdf).

14. Amaya Mendoza NM. *Prácticas alimentarias de la madre y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses*. Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote-2014. [Tesis], para optar el grado de maestro en Ciencias de

- Enfermería. Chimbote: Universidad Nacional del Santa, Escuela de Post Grado; 2017.
15. Astochado DD. *“Prácticas de ablactancia, estado nutricional y desarrollo psicomotor en lactantes de 6 a 12 meses de edad. Comunidad de Manchay”*. [En línea].; Lima 2012”. Universidad Ricardo Palma, Escuela Padre Luis Tezza, Lima-Perú. [citado 24 enero 2018. Disponible en URL:  
[http://www.ttpcybertesis.urp.edu.pe/bistream/334/1/Diaz\\_d.pdf](http://www.ttpcybertesis.urp.edu.pe/bistream/334/1/Diaz_d.pdf).
  16. Armillón Ybm. *Alimentación Complementaria y Estado Nutricional del Niño(a) al año de Edad*. Puesto de Salud Pacanguilla. La Libertad. [Tesis].; 2011. Universidad Nacional de Trujillo.
  17. Urbano C. *Módulo para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y niño según las normas del Ministerio de salud*. 1ª ed. Lima: Usaid; 2008.
  18. Organización Mundial de la Salud. *Sobrepeso*. Colombia OMS. [En línea].; 2011 [Citado 20 agosto 2017. Disponible en URL:  
<http://www.who.int/topics/obesity/es>.
  19. Instituto nacional de Salud y Nutrición. *Módulo Medidas Antropométricas Registro y Estandarización*. [Citado 20 agosto 2017. Disponible en URL:<http://repositorio.ins.gob.pe/handle/INS/212>
  20. Ministerio de Salud (MINSA). *Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el Niño menor de Cinco Años*. [En línea].; 2011 [citado 14 abril 2017. Disponible en URL:  
<http://www.minsa.Peru.pe>.
  21. Legendre W. *La Desnutrición Infantil*. 2da ed. Madrid: MCGRW-HILL/Interamericana; 2011.
  22. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Definición de desnutrición*. [En línea]. [citado 10 marzo 2017. Disponible en URL:  
<http://www.pobrezamundial.com/tag/oms>.
  23. Martínez C. *Valoración del estado nutricional. Protocolos diagnóstico terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica*. [En línea].; 2012 [citado 02 abril 2017. Disponible en URL:  
<http://enfepdfliteraturkollegum.eu/guía-practica-de-gastroenterología-j-a-vallejo-0363210.pdf>.

24. Gainza G. La Práctica Alimentaria y la historia. [En línea].; 2003 [citado 02 febrero 2017. Disponible en:  
<http://www.urg.es/mcaceres/entretextos/pdf/entre2/gainza1.pdf>.
25. Pérez L. *Alimentación Complementaria*. [En línea].; 2011 [citado 25 agosto 2017 Disponible en URL. Disponible en: <http://www.anmm.org.mx/2012>.
26. Organización Mundial de la Salud. *Alimentación Complementaria*. [En línea].; 2015 [citado 20 febrero 2018. Disponible en URL:  
[http://www.who.int/elena/titles/complementariy\\_feeding/es](http://www.who.int/elena/titles/complementariy_feeding/es)
27. Instituto Nacional de Salud. *Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales*. Revista en Internet. (MONIN 2008-2011-CENAN-DEVAN). Consultado 15 de julio 2016. Disponible en. [En línea]. Disponible en URL:  
<http://www.ins.gob.pe/.informes520indicadores&20PAN%2080111.Formatodearchivo.PDF/aDOBEAcrobat-vistarápida>.
28. PEREZ L A2. Alimentación complementaria. *Gaceta Médica de México* 147(5):39-45. [En Línea]. [Consultado 21 de agosto 2013. Disponible en. URL: <http://www.col.pos-oms.org/sivigila/Indicadores/default.asp>.
29. Organización Mundial de la Salud. Datos sobre la lactancia materna. [En Línea].; 2013- Italia [Citado 28 junio 2017. Disponibles en URL: [www.who.int/factiles/breastfeeding/es](http://www.who.int/factiles/breastfeeding/es).
30. Dominguez, Lázaro M. *Guía de Intercambio de alimentos*. 1ª ed.Lima: Bilioteca del Perú. 2014..
31. Ministerio de Salud (MINSA). *Alimentación Complementaria del niño de 6 a 12 meses*. [En línea].; Lima MINSA; 2015 [citado 14 enero 2017. Disponible en:  
[http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/lactante\\_6\\_24\\_mese.asp](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/lactante_6_24_mese.asp).
32. Regino, P. Nutrición y neurodesarrollo en la primera infancia. En ponencia presentado en 5to encuentro Nacional de Educación Inicial y Parvularia. [En línea].; El Salvador 2010 [citado 27 enero 2018.Disponible en URL: <http://www.encuentroseducaionicial.org/dia2/magisterial1.pdf>.
33. Luque, V. Estructura y propiedades de las proteínas. [en línea].; 2012 [citado 20 enero 2018. Disponible en URL:  
[http://www.uv.es/turnon/pdf/proteinas\\_09.pdf](http://www.uv.es/turnon/pdf/proteinas_09.pdf).

34. Uary R, Olivares. Nutrición Humana desde 1993. Importancia de las grasas y aceites para el crecimiento y desarrollo de los niños. [En línea]. [citado 20 enero 2018]. Disponible en URL:  
<http://www.fao.org/docrep/T4660T/T4660T05.htm>.
35. Prieto M, Romina I.. Vitaminas y minerales. [En línea].; 2012 [citado 20 enero 2018]. Disponible en URL:  
<http://www.nutrinfo.com/pagina/info/vitmin.pdf>.
36. Zavaleta M. Nutrición y desarrollo cognitivo. [En línea].; 2011 [citado 20 enero 2018]. Disponible en URL:  
[http://www.tarea.org.pe/images/Tarea74\\_MaríaT\\_Moreno.pdf](http://www.tarea.org.pe/images/Tarea74_MaríaT_Moreno.pdf).
37. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Lineamientos de nutrición materno infantil del Perú 2004. [En línea]. [citado 20 enero 2017]. Disponible en URL:  
[http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/INS/158\\_linnut.pdf](http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/INS/158_linnut.pdf).
38. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. [En línea].; 2003 [citado 17 agosto 2017]. Disponible en URL:  
[http://www.arped.es/sites/default/files/1-orientacion\\_para\\_la\\_ac.pdf](http://www.arped.es/sites/default/files/1-orientacion_para_la_ac.pdf).
39. Organización Mundial de la Salud (OPS). Departamento de Salud y Desarrollo del niño y Adolescente. [En línea].; 2007 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: <http://www.2.paho.org/hq/dmdcumentos/2009/principios-orientacionespara-la-alimentación-de-los-niños-no-amantados.pdf>.
40. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Principios de orientación para la alimentación*. [En línea].; 2010 [citado 26 agosto 2017]. Disponible en URL: <http://www.whqlibdoc.who.int/publications/blogs.com/2010/12/la-higiene-de-los-alimentos-segun-la.html>.
41. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Inocuidad de los alimentos*. [En línea]. [citado 20 julio 2017]. Disponible en URL:  
[http://fpet.es/pdf/Val\\_NUTRICION.pdf](http://fpet.es/pdf/Val_NUTRICION.pdf).
42. Ministerio de Salud (MINSa). Documento Técnico: *Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de la Salud Materno Infantil. "Cuentame te voy a escuchar"*. Lima 2010.

43. LLUTER. Macro Level approaches to improve the availability of complementary food. Nutrition.
44. TOMEY A . Modelos y Teorías en Enfermería. Sexta edición. Edit elesevier mosby.2007. barcelona-España.
45. Hernández Sampierr FCBL. *Metodología de la Investigación*. Quinta edición ed. Chacón JM, editor. México: MCGrawHill; 2010.
46. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Visitas Domiciliarias. Dirección General de Atención Primaria de la Salud. La Asunción Paraguay. 2012.. [En Línea].; [Acceso 28 mayo 2017. Disponible en URL: <http://www.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2013/11/GU-%C3%AC-DE-VISITAS-DOMICILIARIAS.PDF>.
47. Díaz Astochado D. Prácticas de ablactancia, estado nutricional y desarrollo psicomotor en lactantes de 6 -12 meses de edad. Comunidad de Manchay-Lima 2012. [Tesis]. Para optar el Título en Licenciado en Enfermería. Lima-perú: Escuela de Enfermería Padre Tezza. Afiliada a la Universidad Ricardo Palma.
48. Majarrés, Soraya. Aplicación de los principios éticos a la Metodología de la Investigación. Enfermería en Cardiología N°58-59/1y2cuatrin. 2013
49. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. [En Línea].; 2014 [citado 01 Abril 2018. Disponible en URL: <http://www.inei.gob.pe/media/Menu/Recursiud/publicaciones/digitales/Est/Lib21211/pdf/Libro.pdf>
50. Matorrell.R. La desnutrición crónica en Mesoamérica EE.UU. Entrevista con SM. [En línea].; 2015[citado 01 Abril 2018. Disponible en URL: <http://www.Vimeo.com/49682273>
51. Tejada y Cols. Escolaridad materna y desnutrición del hijo o hija. Centro clínico nutricional Menea de Leoni.covares. Venezuela.[En línea].; 2005[citado 01 Abril 2018. Disponible en URL: <http://www.scielo.org.ve/scielo.Php?Pid=S0798-07522005000248scrip=seiarttext>
52. Ramos Apaza, Jubiza. Plantesmiento de los principales problemas de salud, Puno-monografías.com. [En línea].; [citado 01 Abril 2018. Disponible en URL: <http://www.monografías.com/trabajos109/planteamiento-problemas-salud-publica-puno/planteamiento-principales -problemas-salus-publica>.

53. Chumtitaz, C; Rodriguez Cuzco, K. Prácticas de alimentación complementaria de la madres y el estado nutricional del lactante menor. Hospital Distrital Jerusalén\_la esperanza. [En línea].; 2014[citado 02 Abril 2018. Disponible en URL:  
<http://www.repositorio.upaoo.edu.pe/hotmaille7123456891306>
54. Comisión económica para América Latina y el caribe (CEPAL). “la hora de la igualdad. Brechas por cerrar, caminos por abrir”.; Trigésimo período de sesiones CEPAL. Brasilia, 30 de mayo a 1 de junio del 2010. Santiago de Chile.
55. Pita Rodriguez G, et.al. la anemia aspectos nutricionales. Conceptos actualizados para su prevención y control. [En línea].; 2009[citado 02 Abril 2018. Disponible en URL:  
[http://www.sld/galerias/pdf/sitios/hemoglobina/anemia\\_para\\_profesionales-de\\_la\\_salud\\_aps\\_2009.pdf](http://www.sld/galerias/pdf/sitios/hemoglobina/anemia_para_profesionales-de_la_salud_aps_2009.pdf).
56. Morasso M, Duro E. Nutrición, desarrollo y alfabetización 2da ed abril de 2004. [citado 02 Abril 2018. Disponible en URL:  
[En Línea]. [http://www.unicef.org/argentina/spanich/ar\\_insumos\\_NADI.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanich/ar_insumos_NADI.pdf).
57. Cruz, Andrew D, Berti P, Larrea S. Lactancia materna, alimentación complementaria y malnutrición infantil en los andes de Bolivia. Órgano oficial de la sociedad Latinoamericana de Nutrición. [En línea].; 2010 [citado 02 Abril 2018. Disponible en URL:  
<http://www.Scielo.org.ve/polif/vlon/v60h/estv2.pdf>.
58. Cárdenas, L. Relación entre el nivel de conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita [Tesis], para optar Licenciatura. [En Línea].; Lima- Perú. Universidad mayor de San Marcos [citado 02 Abril 2018. Disponible en URL:  
[http://www.cybertesis.edu.pe/sisbid/2010/cárdenas\\_al/pdf/cárdenas\\_al.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbid/2010/cárdenas_al/pdf/cárdenas_al.pdf).
59. Organización Mundial de la Salud. las Reglas para la preparación higiénica de los alimentos. [En línea].; 2010 [citado 02 Abril 2018. Disponible en URL:  
<https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/salud-estilos-vida/alimentacion-saludable/reglas-oro-oms-preparacion-higienica-alimentos>

60. Papalia, D. Y Coly. Desarrollo Humano 11<sup>o</sup> ed. Mccurawhil. México. [En Línea].; 2011 [citado 02 Abril 2018. Disponible en URL: [http://www.es.scrib.com/duc/162044853/Desarrollohumano-Papalia\\_11%c2%AA\\_Edici3n](http://www.es.scrib.com/duc/162044853/Desarrollohumano-Papalia_11%c2%AA_Edici3n)
61. Ministerio de Salud (MINSa). "M3dulo de abordaje de Promoci3n de la Salud". ; 2010.
62. Perdomo, Giraldi. Pediatría integral alimentaci3n complementaria en el Lactante Menor.; 2015; XIX(4):260-267.

## **ANEXOS**



## ANEXO 1

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS MENORES DE 6 A 12 MESES

**Título del Proyecto: “Estado nutricional y prácticas alimentarias de las madres de los niños de 6 a 12 meses en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha-Chota, 2017”.**

Instrucciones: En la presente ficha se registrará la información requerida para el trabajo de Investigación Titulado: “Estado Nutricional y Prácticas alimentarias de las madres de los niños de 6 a 12 meses de los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha- Chota 2017”.

**Nº de Historia clínica:**.....

**Nº de Ficha:**.....

**Dirección:**.....

#### **I.-Características Sociodemográficas de la Madre:**

1.1 Edad:.....(en años)

1.2 Grado de Instrucción

- 1. Analfabeta ( )
- 2. Primaria ( )
- 3. Secundaria ( )
- 4. Superior ( )

1.3 Ocupación.

- 1. Ama de casa ( )
- 2. Estudiante ( )
- 3. Comerciante ( )
- 4. Empleada pública ( )

#### **II. Datos generales del niño:**

2.1. Sexo:

- 1. Masculino ( )

2. Femenino ( )

2.2. Edad:.....(en meses)

2.3. Estado nutricional:

<b>Medición antropométrica</b>		<b>Diagnóstico</b>
<b>P/E:</b>		
Sobrepeso		
Normal		
Desnutrición		
<b>P/T:</b>		
Obesidad		
Sobrepeso		
Normal		
Desnutrición aguda		
Desnutrición severa		
<b>T/E:</b>		
Alto		
Normal		
Talla baja		

2.4. Nivel de Hemoglobina:.....

2.5. Perímetro cefálico al nacer.....

2.6. Perímetro cefálico actual:.....

2.7. Hasta que mes brindó usted lactancia materna exclusiva:.....

2.8. A qué mes comenzó a darle alimentos a su bebé:.....

2.9. Continúa actualmente dando lactancia materna a su bebé:

1. Si
2. A veces
3. No

## ANEXO Nº 2

### **CUESTIONARIO PARA EVALUAR LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS (AS) DE 6 A 12 MESES ATENDIDOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL ACLAS CABRACANCHA – CHOTA, 2017.**

**Título del Proyecto: “Estado nutricional y prácticas alimentarias de las madres de los niños de 6 a 12 meses en los establecimientos de salud del ACLAS CabracanCHA-Chota, 2017”.**

#### **Instrucciones:**

Señora buenos días mi nombre es Flormira Vásquez Díaz, soy bachiller en enfermería de la Universidad Alas Peruanas, estoy realizando un trabajo de investigación en el ACLAS CabracanCHA. Con el objetivo de: Determinar la relación que existe entre el estado nutricional y las prácticas alimentarias de las madres de los niños de 6 a 12 meses atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS CabracanCHA.

La entrevista durará aproximadamente 20 minutos, las preguntas son sencillas, y la información que brinde será confidencial. Espero que sus respuestas sean lo más veraces posibles y de antemano le agradezco su colaboración.

#### **Instrucciones:**

La entrevistadora leerá las preguntas de manera pausada y clara para que la entrevistada entienda y repita las veces que sea necesario y se procederá a marcar con una x la respuesta que la persona entrevistada elija o responda.

#### **I.- INFORMACIÓN GENERAL**

Nº de entrevista:.....

Fecha de entrevista:.....

Nº de Historia clínica:.....

Nombre del niño o niña:.....

Nombre de la madre:.....

Dirección:.....

## CUESTIONARIO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE ABLACTANCIA.

Lactantes de 6 a 8 meses de edad	Lactantes de 9 a 12 meses de edad
<p>1. Al iniciar con la alimentación usted brinda a su hijo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Agüita de manzanilla.</li> <li>b) Jugo de frutas /caldos</li> <li>c) Papilla aplastada/mazamoras</li> </ul>	<p>1. Al iniciar con la alimentación usted brinda a su hijo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Agüita de manzanilla.</li> <li>b) Jugo de frutas /caldos</li> <li>c) Papilla aplastada/mazamoras</li> </ul>
<p>2. Brinda todos los días a su hijo alimentos ricos en proteínas y hierro, como: sangrecita, pollo, hígado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Siempre</li> <li>b) A veces</li> <li>c) nunca</li> </ul>	<p>2. Brinda todos los días a su hijo alimentos ricos en proteínas y hierro, como: sangrecita, pollo, hígado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Siempre</li> <li>b) A veces</li> <li>c) nunca</li> </ul>
<p>3. Que parte de huevo acostumbra a dar a su hijo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) ¼ clara</li> <li>b) No le da</li> <li>c) ¼ de yema.</li> </ul>	<p>3. Acostumbra a dar a su hijo otras leches (formulas) o los derivados de la leche como: queso, yogurt, mantequilla.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Siempre</li> <li>b) A veces</li> <li>c) Nunca</li> </ul>
<p>4. Ha incluido a la dieta de su hijo alimentos ricos en carbohidratos como: papa, camote, yuca.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Siempre</li> <li>b) A veces</li> <li>c) nunca</li> </ul>	<p>4. Que prefiere que su niño coma más en el almuerzo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Más papa, arroz.</li> <li>b) Toda la porción de carne, más su mazamorra de fruta entera.</li> <li>c) Todo su caldo de carne, más papa o arroz</li> </ul>
<p>5. Ha incluido a la dieta su hijo alimentos ricos en vitaminas como: frutas, verduras.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Siempre</li> <li>b) A veces</li> <li>c) Nunca</li> </ul>	<p>5. En la media mañana que le ofrece a su hijo/a.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Una mazamorra de fruta/huevo</li> <li>b) Una agua de manzanilla/anís</li> <li>c) Un caldito de verduras</li> </ul>

<b>Lactantes de 6 a 8 meses de edad</b>	<b>Lactantes de 9 a 12 meses de edad</b>
<p>6. Acostumbra a colocar una cucharadita de aceite o mantequilla a las comidas de su hijo /a.</p> <p>a) Siempre b) A veces c) Nunca</p>	<p>6. Cuando su hijo no quiere comer usted que hace.</p> <p>a) Le da pecho y trata de hacerlo comer un poco. b) Le hace comer a la mala. c) Trata de hacer diferentes combinaciones de alimentos que le gustan y le anima a comer en el transcurso del día.</p>
<p>7. Cuando su hijo /a enferma, usted como le ofrece los alimentos:</p> <p>a) Le da en pequeñas cantidades más veces al día + leche materna. b) Deja de alimentarle y le da panetelas/yervas. c) Le da solo leche materna y a veces le ofrece comida.</p>	<p>7. Cuando su hijo/a enferma, (diarrea, resfrió) usted como le ofrece los alimentos.</p> <p>a) Le da en pequeñas cantidades más veces al día + leche materna. b) Deja de alimentarle y le da panetelas/yervas. c) Le da solo leche materna y a veces le ofrece comida.</p>
<p>8. Cuando inicio a brindar alimentos a su bebe de qué manera los ofreció.</p> <p>a) Aplastados en forma de papilla b) Licuados c) liquidas</p>	<p>8. Entre los 9-10-11 meses como le da a su hijo los alimentos.</p> <p>a) Licuados b) Aplastados c) Picados</p> <p>8. Entre los 12 meses como le da la comida a su hijo/a.</p> <p>a) Semilíquidos b) Triturados c) De la olla</p>

<b>Lactantes de 6 a 8 meses de edad</b>	<b>Lactantes de 9 a 12 meses de edad</b>
<p>9. Entre los 6,7 y 8 meses de edad como le fue dando los alimentos a su hijo/a.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Líquidos</li> <li>b) Licuados</li> <li>c) Aplastados o triturados</li> </ul>	<p>9. Cuál de estos alimentos consistentes que le voy a leer acostumbra a brindar a su hijo en la media mañana.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Una mazamorra de frutas o pan con huevo</li> <li>b) Agüita de anís</li> <li>c) Caldos o jugos de frutas o refresco con galletas.</li> </ul>
<p>10. Cuantas comidas de consistencia espesa, recibió su hijo el día de ayer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 1 vez/2 veces</li> <li>b) 3 veces/4 veces</li> <li>c) No le da</li> </ul>	<p>10. En el almuerzo cuál de estos alimentos consistentes acostumbra a dar a su hijo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Puré de papa + jugo de fruta</li> <li>b) Puré de papa + pescado o vísceras o pollo + fruta sancochada o jugo de frutas.</li> <li>c) Caldo de res o bazo +jugo de frutas +papa o arroz.</li> </ul>
<p>11. Cuál de estos alimentos consistentes acostumbra a brindar a su hijo en la media mañana.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Una mazamorra de fruta espesa.</li> <li>b) Agüita de anís</li> <li>c) Jugo de frutas</li> </ul>	<p>11. Con que frecuencia brinda a su niño alimentos ricos en proteínas y hierro, como: carne, pollo, vísceras, huevo, pescado, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Una vez a la semana</li> <li>b) Tres veces a la semana</li> <li>c) Todos los días</li> </ul>
<p>12. Con qué frecuencia brinda frutas, verduras a su hijo/a.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Una vez a la semana</li> <li>b) Dos a tres veces a la semana</li> <li>c) Todos los días</li> </ul>	<p>12. Con que frecuencia brinda alimentos ricos en vitaminas como: verduras frutas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 2 veces a la semana</li> <li>b) 3 a 4 veces a la semana</li> <li>c) Todos los días</li> </ul>

<b>Lactantes de 6 a 8 meses de edad</b>	<b>Lactantes de 9 a 12 meses de edad</b>
<p>13. Con que frecuencia brinda alimentos ricos en hierro y proteínas a su hijo/a como sangrecita, hígado, pollo.</p> <p>a) Una vez a la semana b) Dos a tres veces a la semana c) Todos los días</p>	<p>13. Tiene horarios establecidos para alimentar a su hijo.</p> <p>a) Nunca b) A veces c) Siempre</p>
<p>14. Tiene horarios establecidos para alimentar a su hijo.</p> <p>a) Nunca b) A veces c) siempre</p>	<p>14. cuantas comidas al día brinda a su hijo/a.</p> <p>a) 2 comidas b) 3 comidas c) 3 comidas más dos refrigerios</p>
<p>15. De esta combinación de alimentos que le voy a leer cuál de ellas le da con más frecuencia a su hijo/a.</p> <p>a) Puré de papa + mazamorra b) Puré de papa + hígado o pollo + fruta sancochada c) Caldo de res/bazo + papa + jugo de fruta.</p>	<p>15. Entre los meses 9-10-11 meses cuantas cucharadas de comida come en cada comida.</p> <p>a) 2 a 3 cucharadas b) 3 a 4 cucharadas c) 5 a 7 cucharadas</p> <p>15. Entre los 12 meses cuantas cucharadas de comida come en cada comida.</p> <p>a) 2 a 3 cucharadas b) 4 a 5 cucharadas c) 7 a 10 cucharadas</p>
<p>16. Entre los 6 y 7 meses cuantas comidas brindo a su hijo/a.</p> <p>a) 2-3 comidas sin lactancia b) No le da c) 2-3 comidas y lactancia frecuente</p> <p>16. Entre los 7 y 8 meses cuantas comidas brindo a su hijo/a.</p> <p>a) 3 a 4 comidas sin lactancia. b) 1 comida y lactancia frecuente. c) 3-4 comidas y lactancia frecuente.</p>	<p>16. Que es lo que más le gusta y come su hijo en el almuerzo.</p> <p>a) Caldos o sopas con carne b) Segundo completo c) Refrescos o jugos de frutas</p>

<b>Lactantes de 6 a 8 meses de edad</b>	<b>Lactantes de 9 a 12 meses de edad</b>
<p>17. Entre los 6-7 meses cuantas cucharaditas de alimento brindo a su hijo/a.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 1 a 2 cucharadita</li> <li>b) No le da</li> <li>c) 2 a 3 cucharaditas</li> </ul> <p>17. Entre los 7 y 8 meses cuantas cucharadas de alimento brindo a su hijo/a.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) 4 a 5 cucharadas</li> <li>b) 1 a 2 cucharadas</li> <li>c) 2 a 3 cucharadas</li> </ul>	<p>17. Usted ha ido incrementando la cantidad de alimento conforme crece su hijo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nunca</li> <li>b) A veces</li> <li>c) siempre</li> </ul>
<p>18. Cuando su hijo enferma usted aumenta el número de comidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nunca</li> <li>b) A veces</li> <li>c) Siempre</li> </ul>	<p>1. Cuando su hijo enferma usted aumenta el número de comidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nunca</li> <li>b) A veces</li> <li>c) Siempre</li> </ul>
<p>19. Usted ha ido incrementando la cantidad de alimento conforme crece su hijo/a.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) nuca</li> <li>b) a veces</li> <li>c) siempre</li> </ul>	<p>2. Después de que su hijo se ha sanado usted le ofrece alguna comida adicional aparte de las tres comidas principales y las dos adicionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nuca</li> <li>b) a veces</li> <li>c) siempre</li> </ul>
<p>20. Cuando su hijo queda con hambre usted que más le da.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Agua de anís o manzanilla</li> <li>b) Puré de papa o mazamorra</li> <li>c) Le da de lactar</li> </ul>	<p>3. Cuando su hijo queda con hambre usted que más le da.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Agua de anís o manzanilla</li> <li>b) Puré de papa o mazamorra</li> <li>c) Le da de lactar</li> </ul>



Nro.	RESPECTO A LA HIGIENE DE LOS ALIMENTOS	OPCIONES DE RESPUESTAS		
		Nunca	A veces	Siempre
21	Se lava las manos antes de preparar los alimentos.			
22	Lava las frutas y verduras con abundante agua.			
23	Para desinfectar las frutas y verduras usted utiliza gotitas de lejía.			
24	Se entereza porque los platos y cubiertos se encuentren limpios, tapados o cubierto.			
25	Asea a su hijo/a antes de alimentarlo.			
26	Guarda adecuadamente los alimentos cocinados, evitando que estos se contaminen.			
27	Evita el contacto entre alimentos crudos y cocinados.			
28	Manipula con las mano los alimentos que va a comer su hijo/a.			
29	Permite la presencia de animales domésticos (perro, gato) cuando alimenta a su hijo.			
30	Asea a su hijo (a) después de alimentarlo.			

Fuente: Díaz, D (2012)

## ANEXO 4

### MATRÍZ DE CONSISTENCIA: Estado Nutricional y Prácticas alimentarias de las madres de niños(as) de 6 a 12 meses atendidos en el ACLAS –Cabracancha de enero abril, 2017.

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variables	Indicadores	Método
<p><b>PROBLEMA PRINCIPAL</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre el estado nutricional y las prácticas de alimentación de las madres de los niño (a) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre 2017?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <p>¿Cuáles son las características socio-demográficas de las madres de los niños (as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre 2017?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar la relación entre el estado nutricional y las prácticas alimentarias de las madres de los niños (as), de 6 a 12 meses atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre 2017.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>Conocer el estado nutricional de los niños (as) de 6 a 12 meses atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b></p> <p>H1: Existe relación entre el estado nutricional de niños (as) y las prácticas alimentarias de las madres de los niños (as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre 2017</p> <p>H0: No existe relación entre el estado nutricional de niños (as) y las prácticas alimentarias de las madres de los niños (as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre 2017</p>	<p><b>ESTADO NUTRICIONAL</b></p>	<p>En los tres índices se presenta por porcentajes.</p> <p><b>Peso para la edad</b>            &gt;2DE=Sobre peso            De +2 a -2 DE= normal            Debajo de -2 DE -3 DE= desnutrición</p> <p><b>Peso para la talla.</b>            Arriba de +3 DE= Obesidad            De &gt;+2DE = Sobrepeso            De +2 a -2 DE= normal            Debajo de -2 DE-3DE= desnutrición aguda            Debajo de -3 DE= desnutrición aguda Severa</p> <p><b>Talla para la edad</b>            &gt;+2DE=alto            De +2 a -2 DE= normal            Debajo de -2 DE-3DE=Talla baja</p> <p><b>-Perímetro cefálico</b></p> <p><b>-Dosaje de hemoglobina</b></p>	<p>Cuantitativo</p>

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variables	Indicadores	Método
<p>¿Cuál es el estado nutricional de los niños (as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre 2017?</p> <p>¿Cómo son las prácticas alimentarias de las madres de los niños (as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre 2017?</p>	<p>Cabracancha, de enero a diciembre 2017.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>Conocer el estado nutricional de los niños (as) de 6 a 12 meses atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre 2017.</p> <p>Identificar las prácticas alimentarias de las madres de los niños (as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre 2017.</p>	<p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b></p> <p>El estado nutricional de los niños (as) de 6 a 12 meses según peso para la edad; peso para la talla y talla para la edad en la mayoría es normal.</p> <p>Las prácticas alimentarias de las madres de los niños (as) de 6 a 12 meses, en la mayoría son medianamente adecuadas.</p> <p>Las prácticas alimentarias están condicionadas significativamente con la edad, su ocupación y grado de instrucción.</p>	<p><b>PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LAS MADRES NIÑOS DE 6 A 12 MESES:</b></p> <p><b>Calidad:</b></p> <p><b>Consistencia:</b></p>	<p><b>Proteínas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Carnes.</li> <li>-Huevos</li> <li>-Sangrecita.</li> <li>-Hígado.</li> </ul> <p><b>Carbohidratos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Papa.</li> <li>-Camote.</li> <li>-Yuca.</li> <li>-Arroz.</li> </ul> <p><b>Grasas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mantequilla.</li> <li>-Palta.</li> </ul> <p><b>Minerales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Yodo.</li> <li>-Flúor.</li> <li>-Hierro.</li> </ul> <p><b>Vitaminas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Fruta.</li> <li>-Verdura.</li> </ul> <p>-Aplastado</p> <p>-Triturado</p> <p>-Picado</p> <p>-Olla familiar</p>	<p>Cuantitativo</p>

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variables	Indicadores	Método
	<p>Identificar las características socio - demográficas, de las madres de los niños(as) De 6 a 12 meses, Atendidos en el ACLAS Cabracancha, de Enero a diciembre Del 2017.</p> <p>Describir la relación que existe entre las prácticas alimentarias de las madres y el estado nutricional de los niños (as) de 6 a 12 meses, atendidos en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha, de enero a diciembre 2017.</p>		<p><b>Frecuencia:</b></p> <p><b>Cantidad:</b></p> <p><b>Higiene de los alimentos</b></p> <p><b>Características sociodemográficas:</b></p> <p><b>Del niño:</b></p> <p><b>Sexo</b></p> <p><b>Edad</b></p> <p><b>De la madre:</b></p> <p><b>Edad</b></p> <p><b>Instrucción</b></p> <p><b>Ocupación</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1-2 veces al día</li> <li>- 2-3 veces al día</li> <li>- 3 principales y dos adicionales</li> <li>- 2 a 3 cucharaditas</li> <li>- ½ taza</li> <li>- 1 taza</li> <li>- Limpieza en los alimentos</li> <li>- Cuidado en la preparación</li> <li>- Limpieza en los utensilios</li> </ul> <p>Masculino: Femenino:</p> <p>Grupo etario: De 6-7 meses De 8-9 mese De 10 a 12 meses</p> <p>Menor de 18 años De 19 a 35 años De 36 a más</p> <p>Analfabeta Primaria Secundaria Superior</p> <p>Ama de casa Estudiante Comerciante Otro</p>	<p>Cuantitativo</p>

**ANEXO 5**  
**CONSISTENCIA INTERNA DE DATOS**  
**Prueba Piloto**

**Resumen de procesamiento de casos**

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,729	,721	30

### Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	Nº
Al iniciar con la alimentación usted brinda a su hijo:	2,90	,316	10
Brinda todos los días a su hijo alimentos ricos en proteínas y hierro, como: sangrecita, pollo, hígado	2,70	,483	10
Acostumbra a dar a su hijo otras leches (formulas) o los derivados de la leche como: queso, yogurt, mantequilla	2,90	,316	10
Que prefiere que su niño coma más en el almuerzo.	2,40	,699	10
En la media mañana que le ofrece a su hijo/a	1,60	,843	10
Cuando su hijo no quiere comer usted que hace	2,60	,516	10
Cuando su hijo /a enferma, usted como le ofrece los alimentos	2,30	,483	10
Entre los 9-10-11 meses como le da a su hijo los alimentos	2,60	,516	10
Cuál de estos alimentos consistentes que le voy a leer acostumbra a brindar a su hijo en la media mañana	2,70	,483	10
En el almuerzo cuál de estos alimentos consistentes acostumbra a dar a su hijo	2,50	,850	10

	Media	Desviación estándar	Nº
Con que frecuencia brinda a su niño alimentos ricos en proteínas y hierro, como: carne, pollo, vísceras, huevo, pescado, etc.	2,30	,823	10
Con que frecuencia brinda alimentos ricos en vitaminas como: verduras frutas	2,50	,527	10
Tiene horarios establecidos para alimentar a su hijo	2,30	,823	10
cuantas comidas al día brinda a su hijo/a	2,60	,699	10
Entre los meses 9-10-11 meses cuantas cucharadas de comida come en cada comida	2,50	,707	10
Que es lo que más le gusta y come su hijo en el almuerzo	2,70	,483	10
Usted ha ido incrementando la cantidad de alimento conforme crece su hijo.	2,20	,789	10
Cuando su hijo enferma usted aumenta el número de comidas.	2,40	,699	10
Después de que su hijo se ha sanado usted le ofrece alguna comida adicional aparte de las tres comidas principales y las dos adicionales	1,70	,823	10
Cuando su hijo queda con hambre usted que más le da	2,50	,707	10

	Media	Desviación estándar	Nº
Se lava las manos antes de preparar los alimentos.	2,60	,699	10
Lava las frutas y verduras con abundante agua.	,00	,816	10
Para desinfectar las frutas y verduras usted utiliza gotitas de lejía.	2,40	,843	10
Se entereza porque los platos y cubiertos se encuentren limpios, tapados o cubierto.	2,60	,699	10
Asea a su hijo/a antes de alimentarlo.	1,40	,516	10
Guarda adecuadamente los alimentos cocinados, evitando que estos se contaminen.	2,60	,699	10
Evita el contacto entre alimentos crudos y cocinados.	2,60	,699	10
Manipula con las mano los alimentos que va a comer su hijo/a.	1,60	,843	10
Permite la presencia de animales domésticos (perro, gato) cuando alimenta a su hijo.	1,50	,850	10
Asea a su hijo (a) después de alimentarlo.	2,70	,675	10



### Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza
Medias de elemento	2,363	1,400	2,900	1,500	2,071	,171
Varianzas de elemento	,466	,100	,722	,622	7,222	,040

### Estadísticas de elemento de resumen

	N de elementos
Medias de elemento	30
Varianzas de elemento	30

### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlació n múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Al iniciar con la alimentación usted brinda a su hijo:	68,00	45,111	,523	.	,717
Brinda todos los días a su hijo alimentos ricos en proteínas y hierro, como: sangrecita, pollo, hígado	68,20	46,178	,156	.	,727
Acostumbra a dar a su hijo otras leches (formulas) o los derivados de la leche como: queso, yogurt, mantequilla	68,00	45,556	,416	.	,720
Que prefiere que su niño coma más en el almuerzo.	68,50	45,389	,165	.	,728
En la media mañana que le ofrece a su hijo/a	69,30	43,122	,325	.	,717
Cuando su hijo no quiere comer usted que hace	68,30	45,122	,295	.	,721
Cuando su hijo /a enferma, usted como le ofrece los alimentos	68,60	49,156	-,289	.	,746
Entre los 9-10-11 meses como le da a su hijo los alimentos	68,30	49,122	-,270	.	,746
Cuál de estos alimentos consistentes que le voy a leer acostumbra a brindar a su hijo en la media mañana	68,20	46,844	,054	.	,732
En el almuerzo cuál de estos alimentos consistentes acostumbra a dar a su hijo	68,40	44,044	,236	.	,724

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Con que frecuencia brinda a su niño alimentos ricos en proteínas y hierro, como: carne, pollo, vísceras, huevo, pescado, etc.	68,60	39,156	,738	.	,684
Con que frecuencia brinda alimentos ricos en vitaminas como: verduras frutas	68,40	42,044	,748	.	,698
Tiene horarios establecidos para alimentar a su hijo	68,60	43,822	,269	.	,721
cuantas comidas al día brinda a su hijo/a	68,30	46,456	,051	.	,735
Entre los meses 9-10-11 meses cuantas cucharadas de comida come en cada comida	68,40	44,267	,283	.	,720
Que es lo que más le gusta y come su hijo en el almuerzo	68,20	49,067	-,276	.	,745
Usted ha ido incrementando la cantidad de alimento conforme crece su hijo.	68,70	40,233	,657	.	,692
Cuando su hijo enferma usted aumenta el número de comidas.	68,50	44,056	,311	.	,718
Después de que su hijo se ha sanado usted le ofrece alguna comida adicional aparte de las tres comidas principales y las dos adicionales	69,20	42,400	,406	.	,711
Cuando su hijo queda con hambre usted que más le da	68,40	42,044	,533	.	,703
Se lava las manos antes de preparar los alimentos.	68,30	42,678	,467	.	,708

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlació n múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Lava las frutas y verduras con abundante agua.	68,90	46,544	,020	.	,739
Para desinfectar las frutas y verduras usted utiliza gotitas de lejía.	68,50	45,833	,078	.	,736
Se entereza porque los platos y cubiertos se encuentren limpios, tapados o cubierto.	68,30	43,567	,366	.	,715
Asea a su hijo/a antes de alimentarlo.	69,50	46,500	,095	.	,730
Guarda adecuadamente los alimentos cocinados, evitando que estos se contaminen.	68,30	49,122	-,222	.	,751
Evita el contacto entre alimentos crudos y cocinados.	68,30	43,567	,366	.	,715
Manipula con las mano los alimentos que va a comer su hijo/a.	69,30	45,344	,121	.	,732
Permite la presencia de animales domésticos (perro, gato) cuando alimenta a su hijo.	69,40	42,267	,402	.	,711
Asea a su hijo (a) después de alimentarlo.	68,20	43,511	,389	.	,714

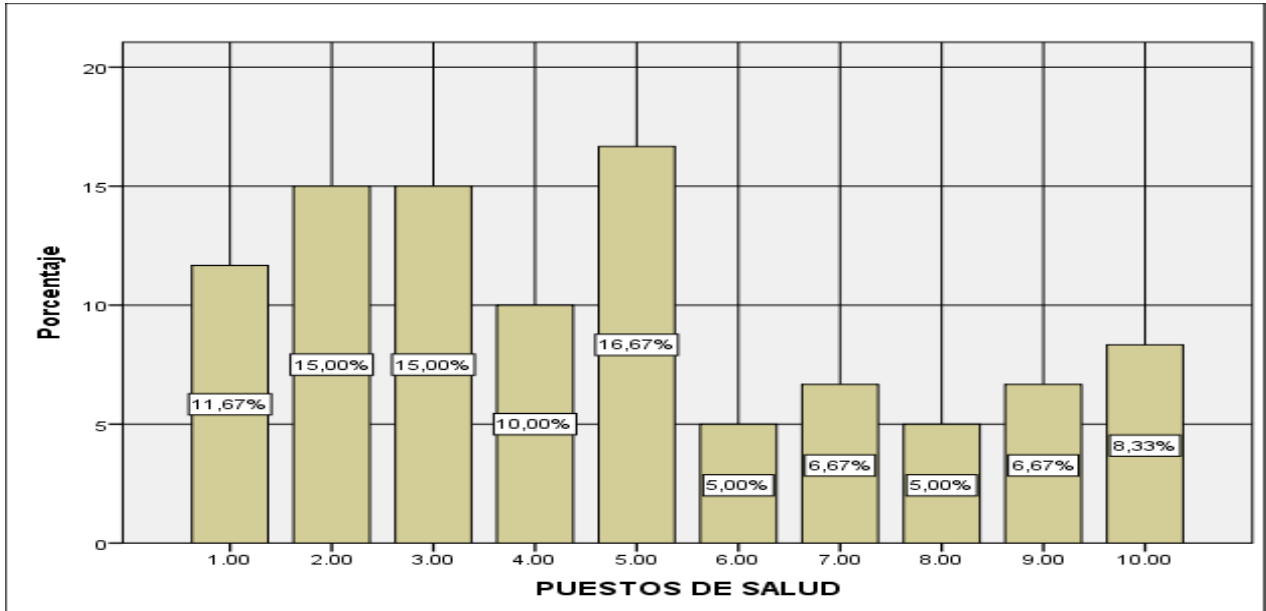
### Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
70,90	47,433	6,887	30

**RESULTADOS.** El instrumento puede ser aplicado, tal como se ha diseñado, puesto que tiene una confiabilidad (Consistencia interna de los datos) medido en base al alpha de Cronbach de **0.729** (Alto a muy alto) incluyendo los 30 ítems.

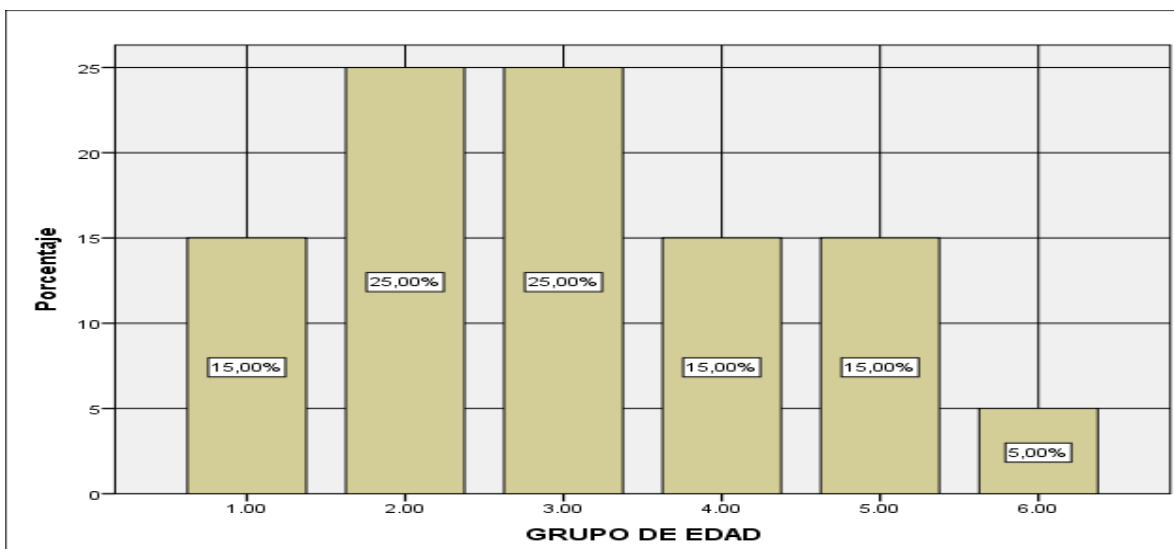
## ANEXO 06

**GRÁFICO N° 1, MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD. ACLAS CABRACANCHA CHOTA, 2017**



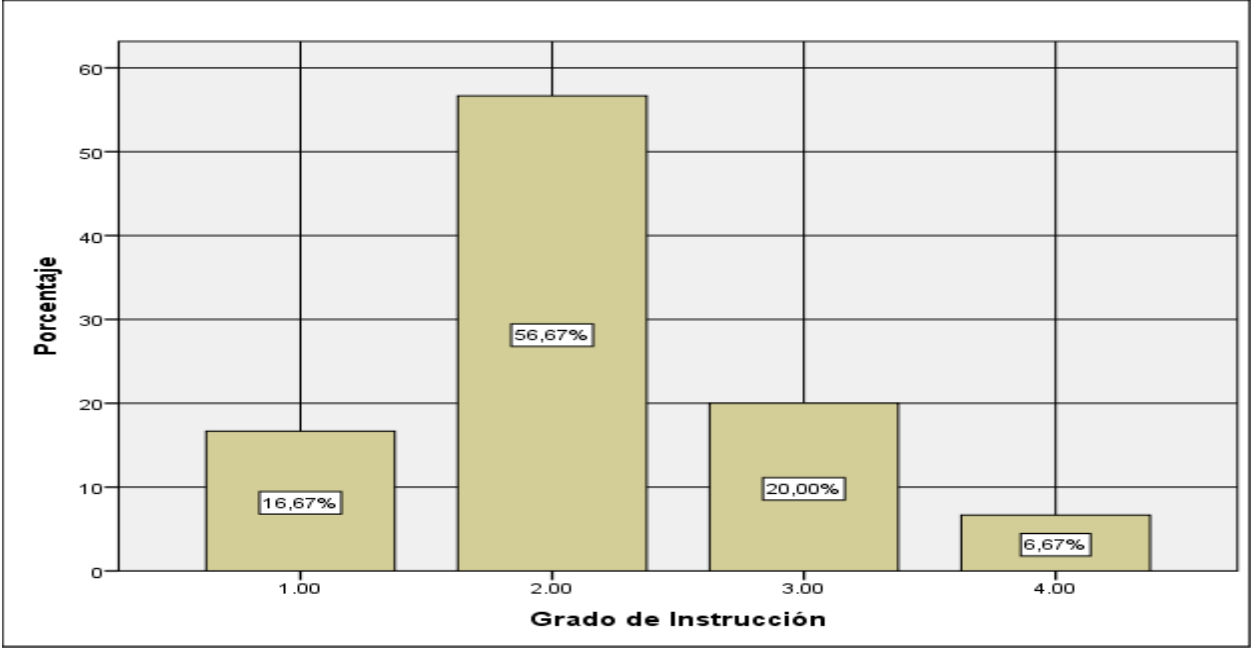
Fuente: Cuestionario aplicado por autora, 2018.

**GRÁFICO N° 2, MADRES DE NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES. SEGÚN GRUPO DE EDAD ACLAS CABRACANCHA-CHOTA, 2017.**



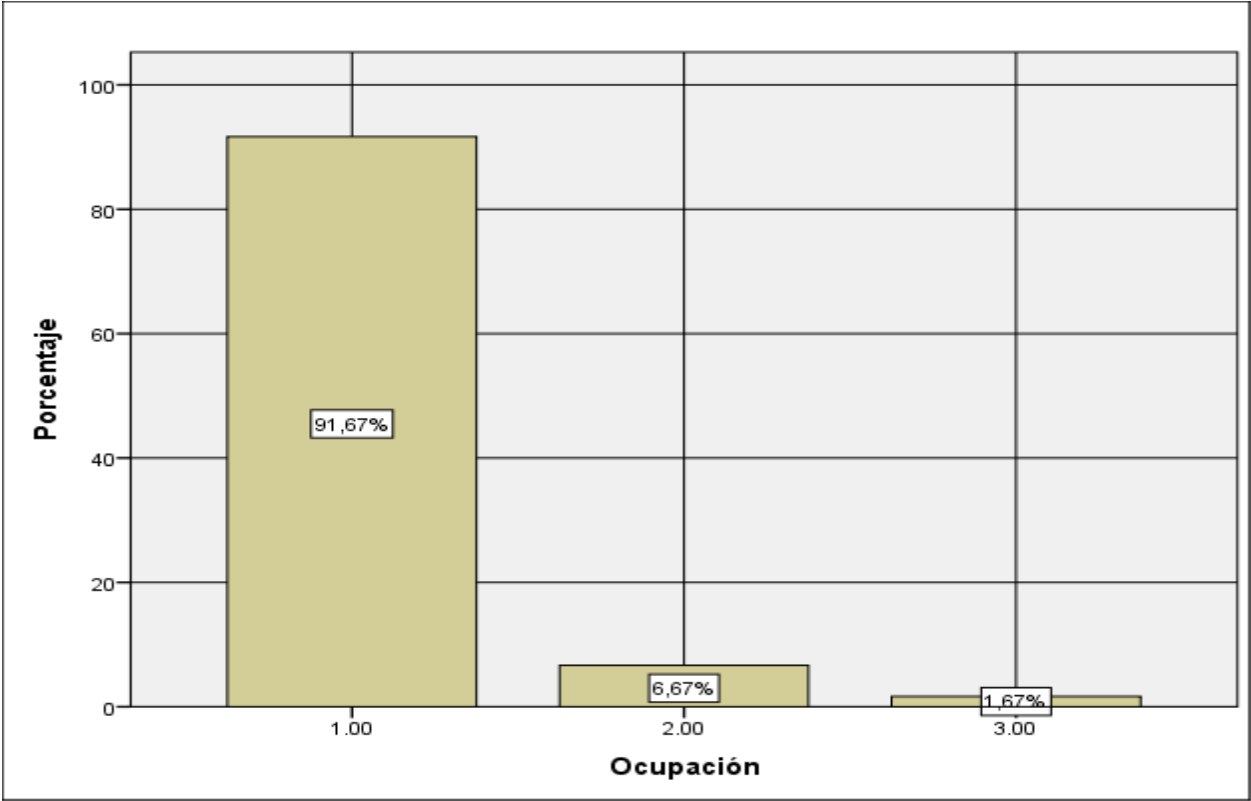
Fuente: Cuestionario aplicado por autora, 2018.

**GRÁFICO Nº 3, MADRES DE NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN. ACLAS CABRACANCHA-CHOTA, 2017.**



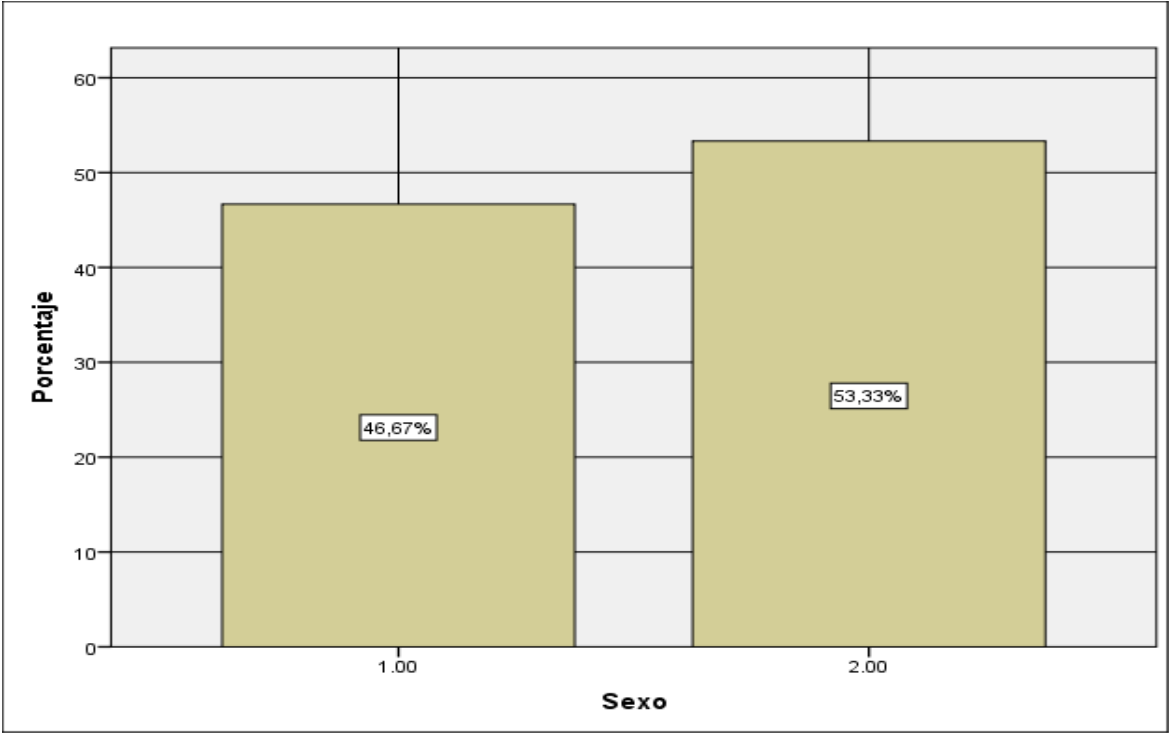
Fuente: Cuestionario aplicado por autora, 2018.

**GRÁFICO Nº 4, MADRES DE NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN OCUPACIÓN ACLAS CABRACANCHA-CHOTA, 2017.**



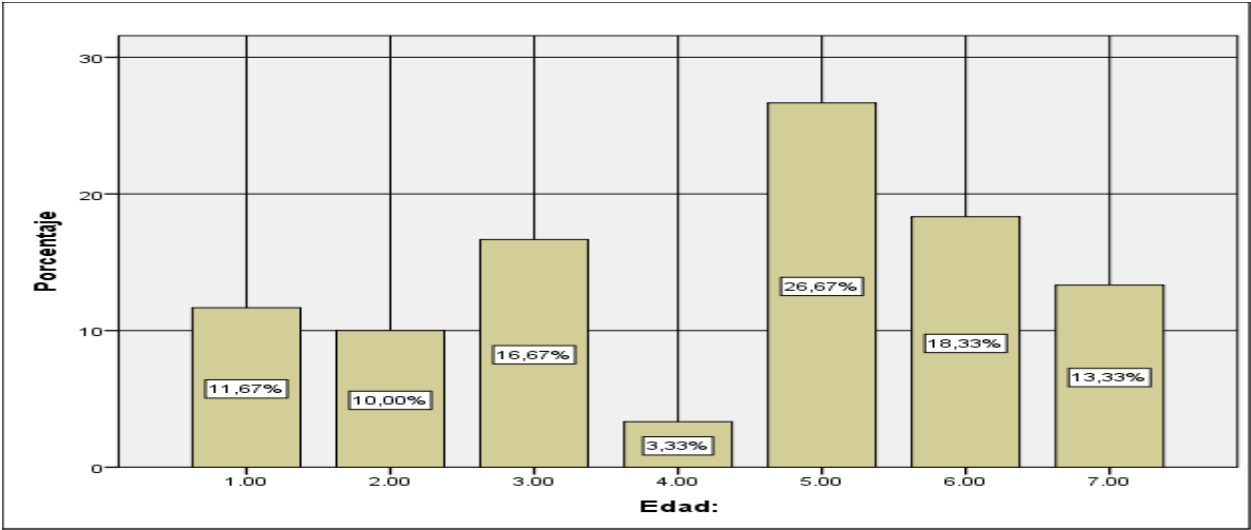
Fuente: Cuestionario aplicado por autora, 2018.

**GRÁFICO Nº 5, NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN SEXO. ACLAS CABRACANCHA-CHOTA, 2017.**



Fuente: Cuestionario aplicado por autora, 2018.

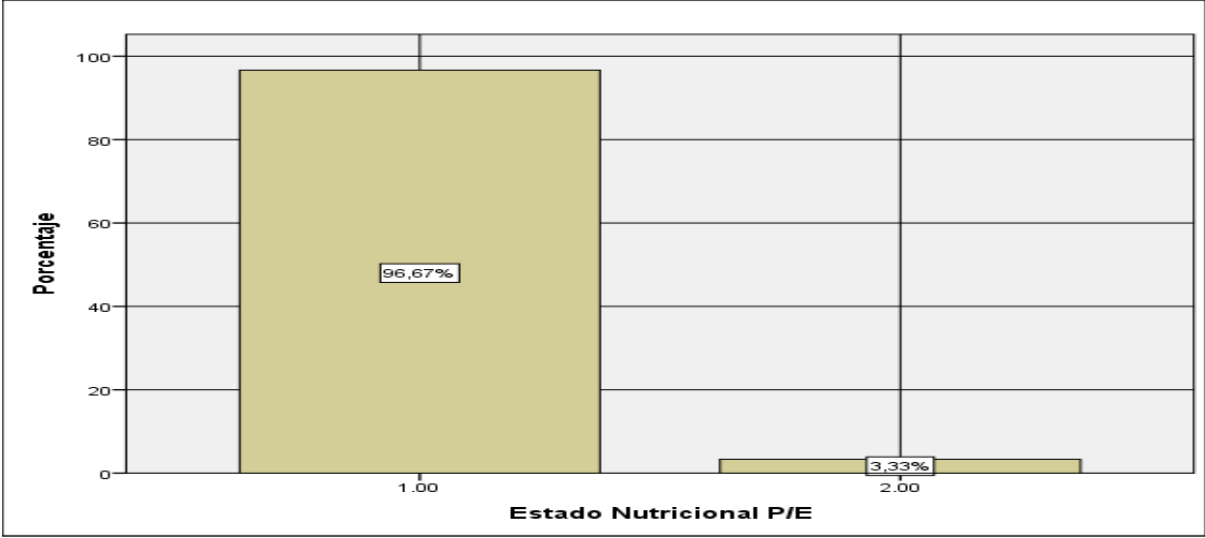
**GRÁFICO Nº 6, NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN EDAD. ACLAS CABRACANCHA-CHOTA, 2017.**



Fuente: Cuestionario aplicado por autora, 2018.

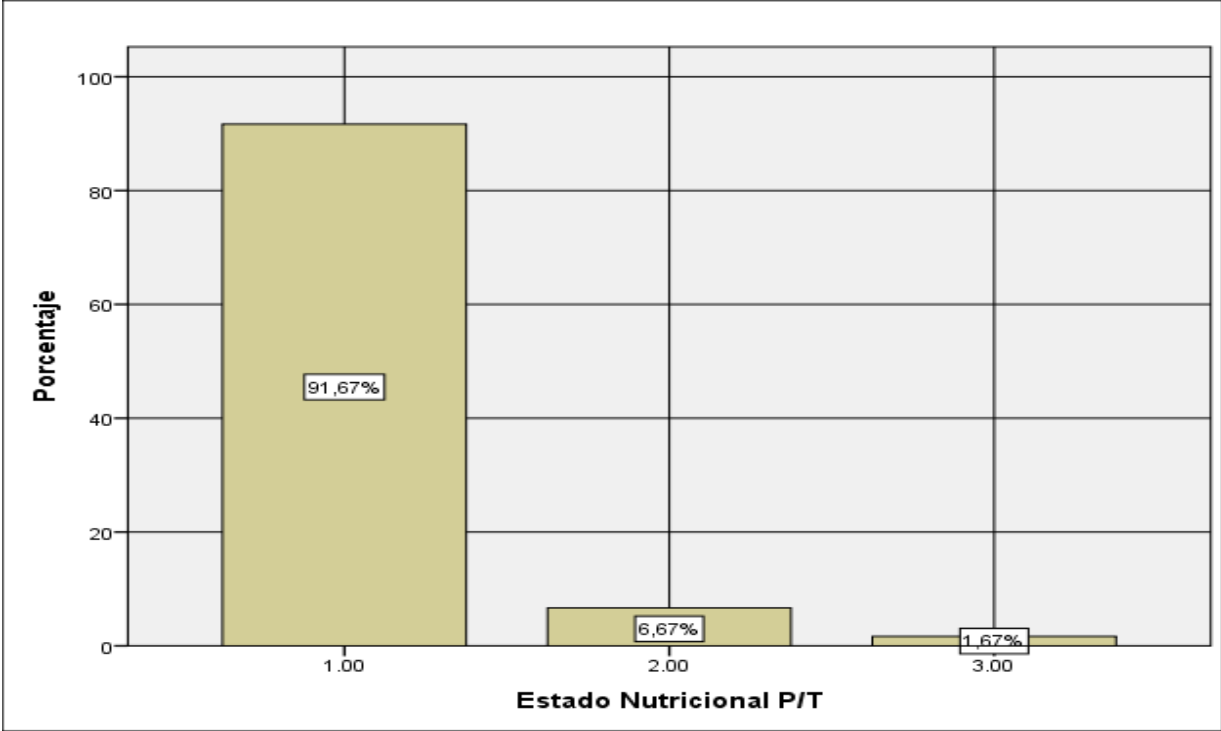


**GRÁFICO N° 7, ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN PESO EDAD (P/E). ACLAS CABRACANCHA- CHOTA, 2017.**



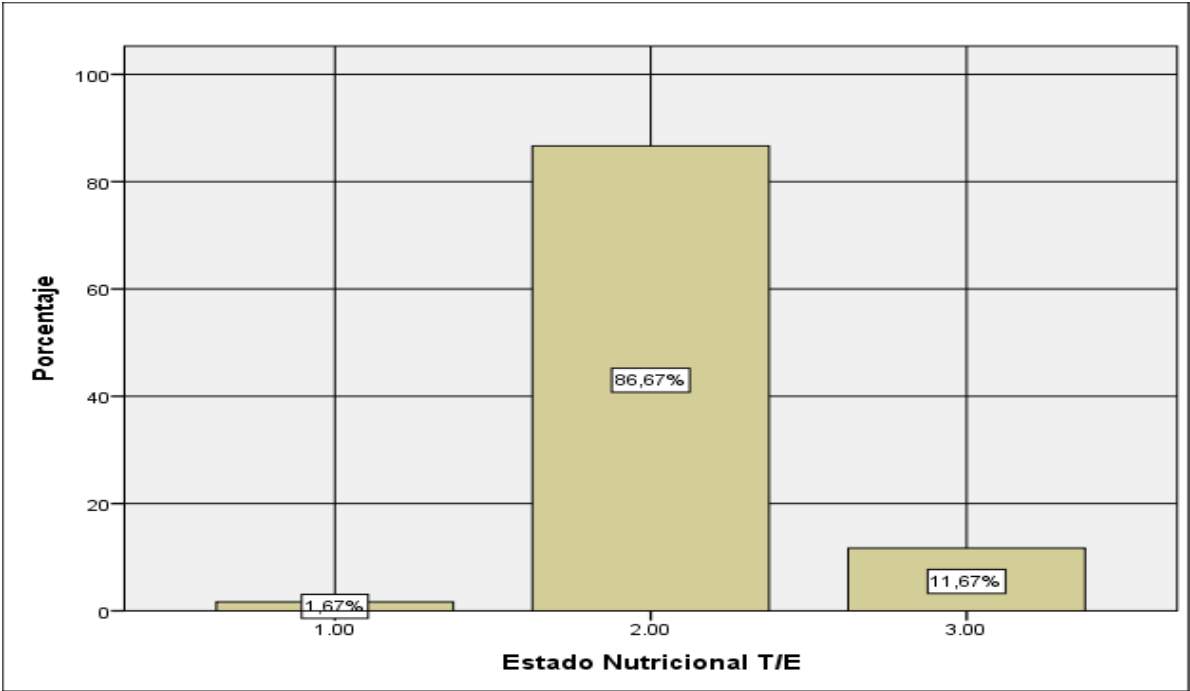
Fuente: Cuestionario aplicado por autora, 2018

**GRÁFICO N° 8, ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES. SEGÚN PESO TALLA (P/T). ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017**



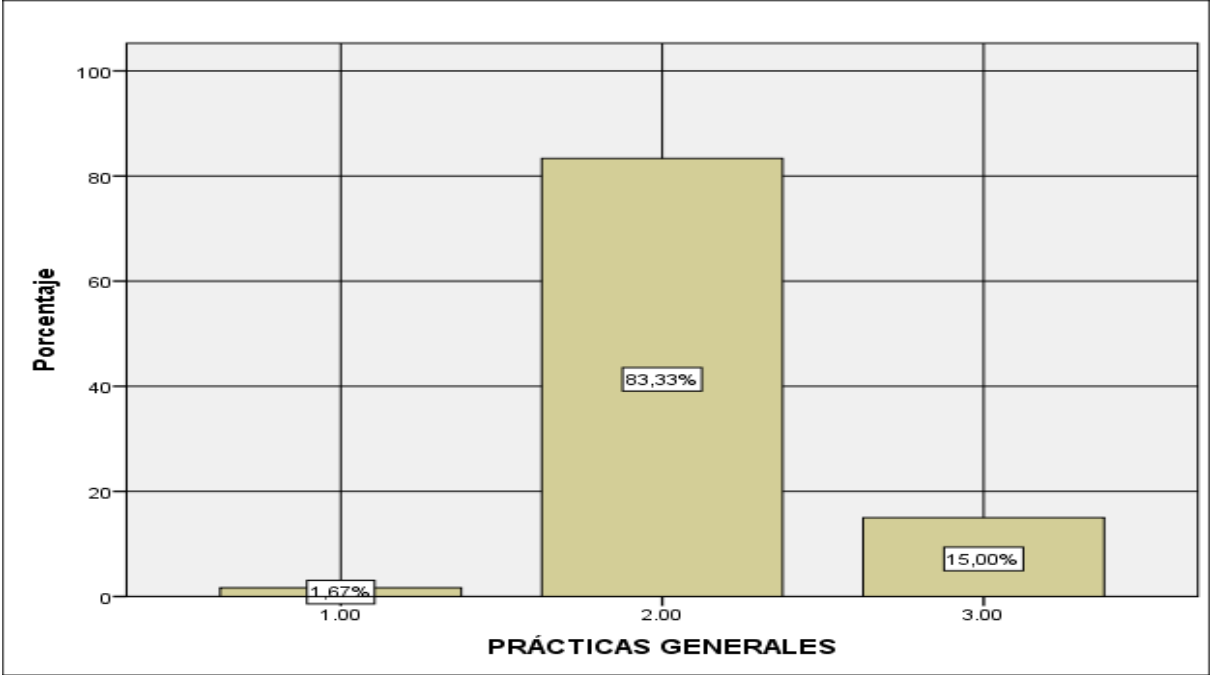
Fuente: Cuestionario aplicado por autora, 2018.

**GRÁFICO Nº 9, ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES, SEGÚN T/E. ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**



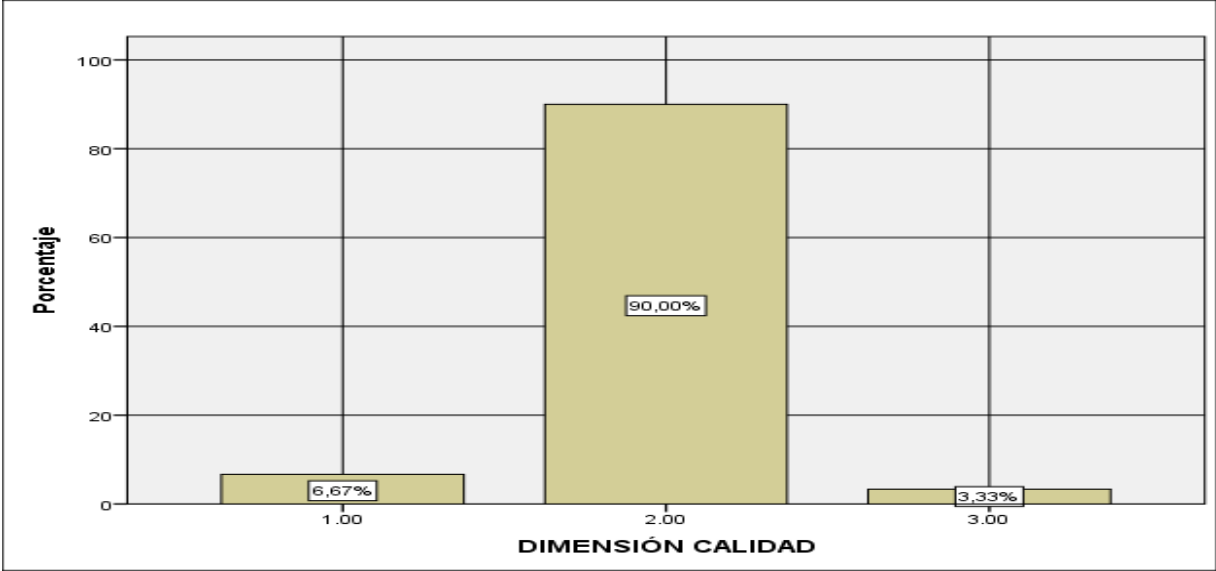
Fuente: Cuestionario aplicado por autora, 2018.

**GRÁFICO Nº 10, PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES. ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**



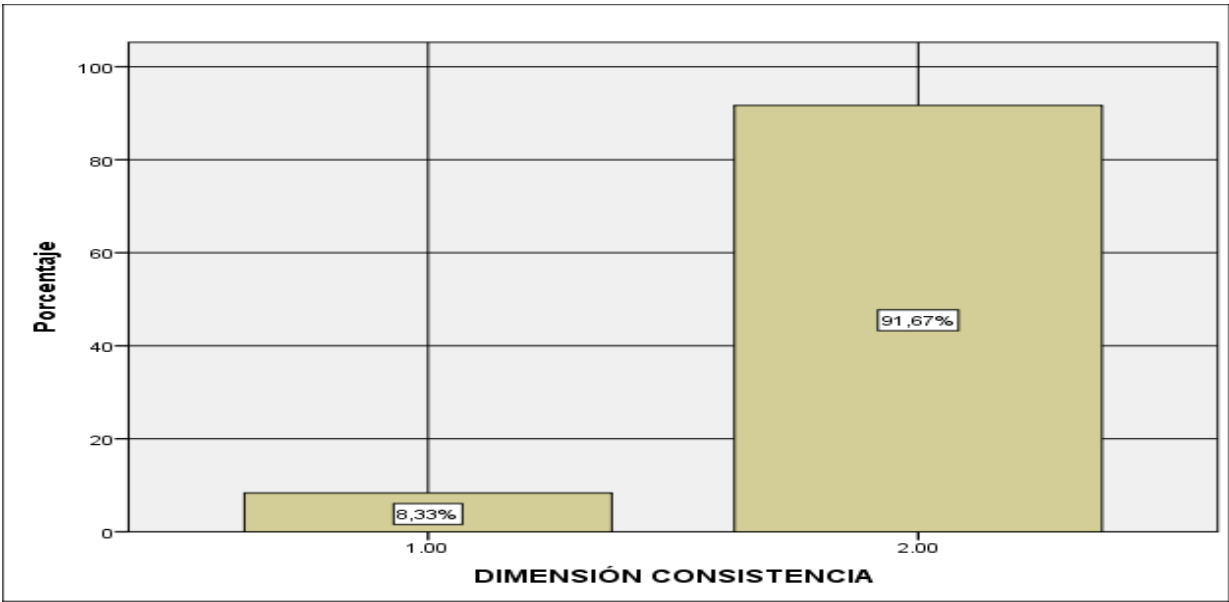
Fuente: Cuestionario aplicado por autora, 2018.

**GRÁFICA N°11, PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES SEGÚN LA DIMENSIÓN CALIDAD. ACLAS CABRACANCHA-CHOTA,2017.**



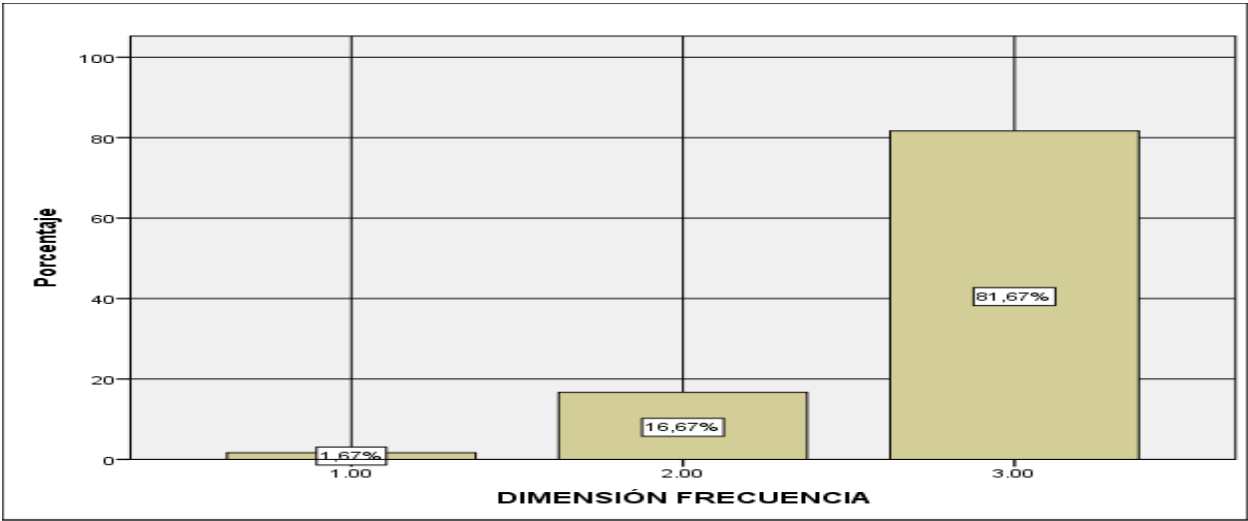
Fuente: Cuestionario aplicado por autora, 2018.

**GRÁFICO N° 12, PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES SEGÚN LA DIMENSIÓN CONSISTENCIA. ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**



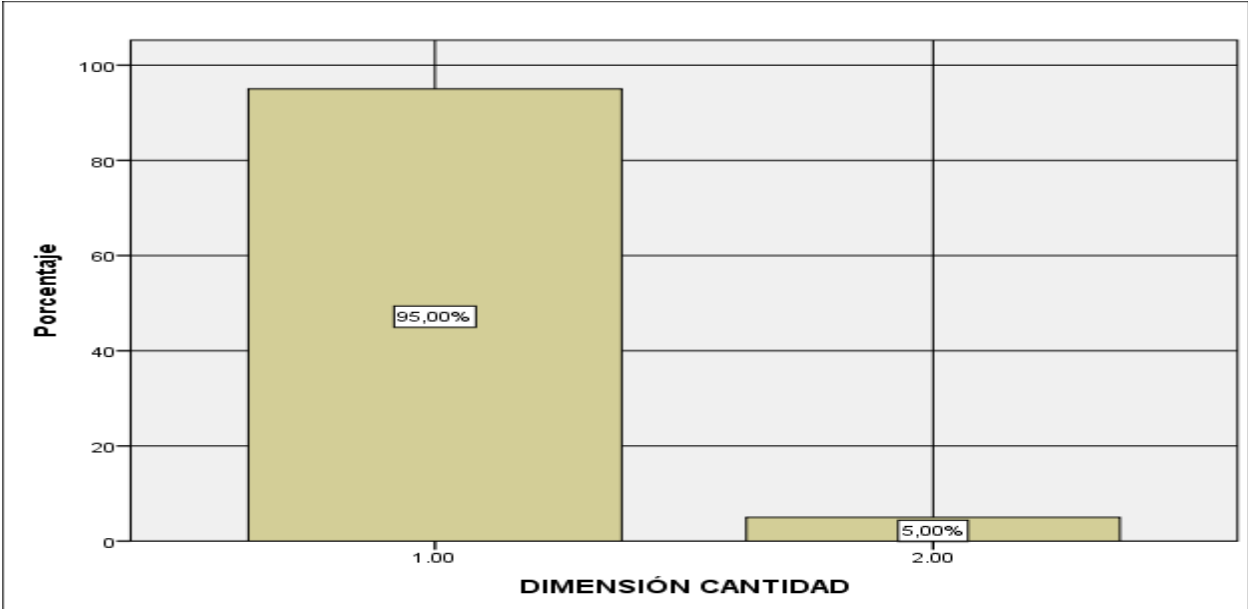
Fuente: Cuestionario aplicado por autora, 2018.

**GRÁFICO 13, PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES SEGÚN LA DIMENSIÓN FRECUENCIA. ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**



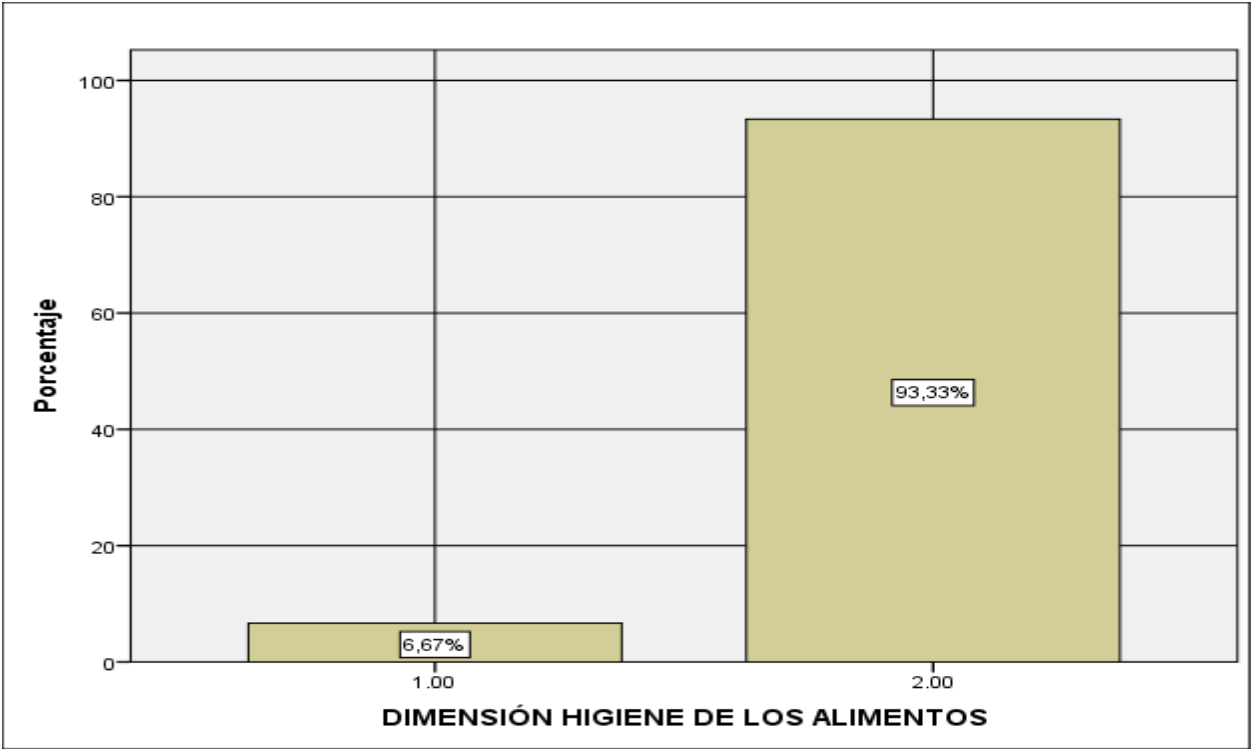
**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

**GRÁFICO Nº 14, PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES SEGÚN LA DIMENSIÓN CANTIDAD. ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**



**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

**GRÁFICO N° 15, PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS(AS) DE 6 A 12 MESES SEGÚN LA DIMENSIÓN HIGIENE DE LOS ALIMENTOS. ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017.**



Fuente: Cuestionario aplicado por autora, 2018.

## Anexo 7

**TABLA 01. NIÑOS DE 6 A 12 MESES, SEGÚN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017**

Hasta que mes brindó usted lactancia materna exclusiva	Nº	%
5 meses	5	8,3
6 meses	55	91,7
A qué mes comenzó a darle alimentos a su bebé		
5 meses	4	6,7
6 meses	55	91,7
7 meses	1	1,7
Continúa dando lactancia materna a su bebé		
Sí	58	96,7
No	2	3,3
Total	60	100,0

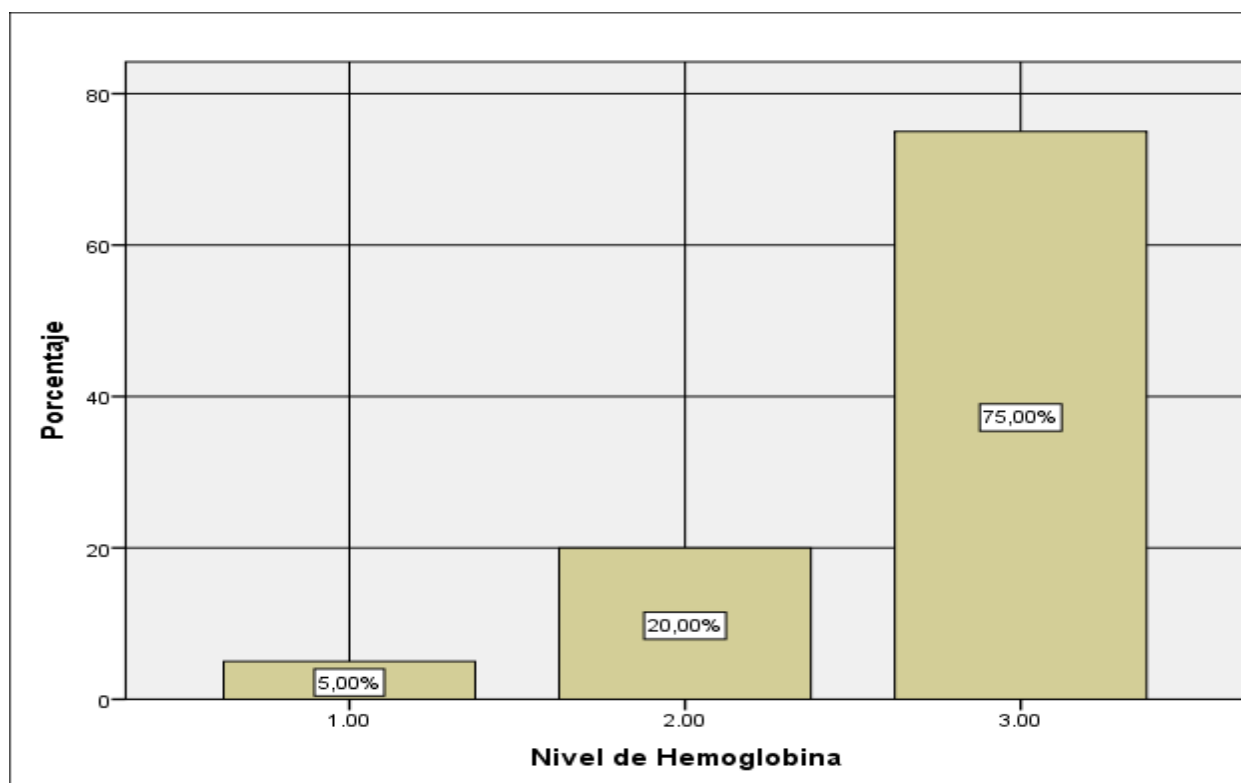
**Fuente:** Cuestionario aplicado por autora, 2018.

**TABLA 02. NIÑOS DE 6 A 12 MESES, SEGÚN NIVEL DE HEMOGLOBINA. ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017**

Nivel de Hemoglobina	Nº	%
Anemia moderada	3	5,0
Anemia leve	12	20,0
normal	45	75,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por autora, 2018.

**GRÁFICO N° 02, NIÑOS DE 6 A 12 MESES, SEGÚN NIVEL DE HEMOGLOBINA. ACLAS CABRACANCHA –CHOTA, 2017**



Fuente: Cuestionario aplicado por autora, 2018.

## **Anexo 8**

### **Consentimiento Informado para participar en el Trabajo de Investigación**

**Título del trabajo:** “Estado nutricional y prácticas alimentarias de las madres de los niños de 6 a 12 meses en los establecimientos de salud del ACLAS Cabracancha-Chota, 2017.

Responsable: Bach. Vásquez Díaz Flormira

De la Universidad Alas Peruanas.

#### **Propósito y descripción de la investigación:**

**Es propósito** es identificar cómo se relacionan las prácticas de ablactancia realizadas por las madres con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses en la población de los establecimientos de salud que corresponden al ACLAS- Cabracancha.

#### **Procedimientos:**

Si usted voluntariamente desea participar del estudio de investigación, al inicio se le hará una entrevista, haciéndole preguntas sobre las prácticas de alimentación e higiene que usted realiza con su hijo el cuestionario consta de 30 preguntas, también se tendrá en cuenta la evaluación del estado nutricional de su niño registrado en el establecimiento de salud cuando usted acudió a su control.

#### **Participación voluntaria:**

La participación en este estudio es voluntaria. Si usted desea participar, en el caso de no aceptar a participar del mismo, no se tomará ningún tipo de represalia en contra de su persona, asimismo, puede usted retirarse del estudio en cualquier momento.

#### **Beneficios:**

Con la participación activa de las madres tendremos una información amplia acerca de las Prácticas de alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses, para luego describir y se puedan formular estrategias para no permitir que las prácticas inadecuadas repercutan en el crecimiento y desarrollo de los lactantes del ámbito de acción de los establecimientos de salud que corresponden al ACLAS Cabracancha.

#### **Riesgos y molestias:**

El lactante no correrá ningún peligro, riesgo físico ni emocional y se evitará toda molestia.



**Privacidad:**

Su nombre no figurará en ningún archivo, ni publicación sobre esta investigación, los datos serán solamente para la presente investigación.

**Remuneración:** Usted no recibirá ninguna remuneración por participar en este estudio, ni su hijo.

**¿Desea participar en el presente estudio Usted y su bebé?**

Confirmando haber leído las declaraciones consignadas en este consentimiento informado. Confirmando que la estudiante encargada de realizar el presente estudio, me ha explicado las actividades a realizar y estoy satisfecha con lo explicado. Además confirmo que la estudiante me ha respondido a las preguntas que le he realizado relacionadas al estudio y han sido aclaradas.

**Consentimiento:**

Nombre:.....

Firma o huella digital.....

Fecha:.....