

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES DE
NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS Y EL ESTADO
NUTRICIONAL DEL NIÑO ATENDIDO EN EL CENTRO DE
SALUD PEDRO PABLO ATUSPARIA. CHICLAYO - 2016.**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

BACHILLER: KATTIA RENE GUEVARA ALARCÓN

LIMA-PERÚ

2017

RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD PEDRO PABLO ATUSPARIAS DE AGOSTO – DICIEMBRE 2016.

RESUMEN

El objetivo general fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de dos años y el estado nutricional del niño atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparia – Chiclayo 2016. La muestra fueron 34 madres de los niños menores de dos años, fue un estudio de tipo cuantitativo, nivel descriptivo y diseño descriptivo correlacional. Entre sus conclusiones están:

Existe relación entre las variables ya que se encontró que 26 niños presentaron un estado nutricional normal y un nivel de conocimiento alto y medio entendiéndose que podrán tener las medidas antropométricas adecuadas para su edad. Asimismo los niños que tienen sobrepeso sus madres obtuvieron un nivel de conocimiento bajo, siendo una situación de riesgo.

Predomina un nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria en el 41%(14) de las madres, seguido del 35%(12) que tienen un nivel alto y el 24% de las madres tienen un nivel bajo.

El estado nutricional que presentan los niños es normal en 26 niños representando por el 74% y solamente el 26% equivalente a 8 niños se encuentran en sobrepeso

Palabras claves: Alimentación complementaria y estado nutricional

ABSTRAC

The general objective was to determine the relationship between the level of knowledge about complementary feeding in mothers of children under two years old and the nutritional status of the child attended in the health center Pedro Pablo Atusparia - Chiclayo 2016. The sample was 34 mothers of children Less than two years old, was a quantitative study, descriptive level and descriptive correlational design. Among its conclusions are:

There is a relationship between the variables since it was found that 26 children had a normal nutritional status and a high and medium level of knowledge, understanding that they could have the appropriate anthropometric measures for their age. Also children who are overweight their mothers obtained a low level of knowledge, being a situation of risk.

The average level of knowledge about complementary feeding predominates in 41% (14) of mothers, followed by 35% (12) who have a high level and 24% of mothers have a low level.

The nutritional status of children is normal in 26 children, accounting for 74%, and only 26% of children are overweight

Key words: Complementary feeding and nutritional status

INDICE

	Pág.
CARATULA	
TÍTULO	
INDICE	I
INTRODUCCIÓN	iii
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	6
1.2.1. Problema General	6
1.2.2. Problemas Específicos	6
1.3. Objetivos de la investigación	7
1.3.1. Objetivo general	7
1.3.2. Objetivos específicos	7
1.4. Justificación del estudio	8
1.5. Limitaciones de la investigación	9
CAPITULOII: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	10
2.2. Base teórica	17
2.3. Definición de términos	41
2.4. Hipótesis	42
2.5. Variables	43
2.5.1. Definición conceptual de la variable	43
2.5.2. Definición operacional de la variable	43
2.5.3. Operacionalización de la variable	46

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	48
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	48
3.3. Población y muestra	49
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	49
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	49
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	50
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	51
CAPÍTULO V: DISCUSION	58
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La alimentación complementaria radica en la adecuada ingesta de alimentos que el niño consuma para cubrir sus necesidades y poder desarrollarse saludablemente; es por ello que el inicio de esta etapa es sumamente de importancia ya que es un factor que lo protegerá de diferentes enfermedades de índole gastrointestinal, nutricional u otras complicaciones que podrían ocasionar riesgos a futuro que luego se van a reflejar en tasas altas de morbimortalidad infantil. Es de este modo que las madres durante la alimentación complementaria emplean sus conocimientos para alimentar a sus niños, la mayoría influenciadas por diversos factores sociales y o culturales y que tienen consecuencia en las

Prácticas alimenticias

La investigación tiene como finalidad principal de establecer la relación del nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de dos años y el estado nutricional del niño atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias de agosto – diciembre 2016.

El presente estudio, responde a una necesidad enfocada específicamente en el cáncer de útero, evaluando la calidad de vida y los recursos de afrontamiento que pueden emplear las mujeres a la hora de aceptar y convivir con esta enfermedad. Las pacientes con cáncer de útero a menudo expresan la necesidad de hablar sobre la incertidumbre en relación con el futuro y sus esperanzas y la fe de enfrentar con éxito cualquier crisis o reto.

La valoración de la calidad de vida está en aumento, al incorporarse estudios de investigación evaluando el impacto del cáncer y su tratamiento en el funcionamiento del individuo; es decir, en qué medida y como afecta la enfermedad a la mujer que la padece. La calidad de vida es un concepto complejo y de amplio debate, debido a las dimensiones que abarca y a la multiplicidad de factores que la determinan. Uno de los aspectos, es el relacionado con la dimensión subjetiva (lo percibido por el individuo, como la satisfacción y felicidad) y la dimensión objetiva (las condiciones materiales, como el estado físico del

individuo); aun cuando la calidad de vida puede estar determinada por factores objetivos, su manifestación esencial se aprecia en el orden subjetivo.

El afrontamiento es una variable que puede afectar en forma positiva o negativa; ya que, es la manera en que las personas manejan los estresores asociados al cáncer de útero y más aún a los tratamientos médicos; estos pueden jugar un papel importante en la incertidumbre ante la enfermedad, la adaptación a los problemas del proceso salud-enfermedad y en el mantenimiento de la calidad de vida.

Dado estos factores como son, la deficiencia de la calidad de vida en las mujeres y el afrontamiento, la presente investigación, está dirigida a brindar información objetiva y relevante a las enfermeras, que les permita elaborar programas preventivos de intervención y consejería, enfocados a brindar estrategias de afrontamiento donde se oriente a las mujeres con cáncer de útero y así lograr que estas se adapten de mejor manera al proceso de la enfermedad.

El trabajo de investigación está Estructurado de la Siguiete manera:

El proyecto de investigación consta de 4 capítulos. El Capítulo I: El problema, consta de: La determinación del problema, la formulación del problema, los objetivos de la investigación, la justificación y las limitaciones y alcances de la investigación. El Capítulo II que es el marco teórico consta de: Los antecedentes del estudio, la base teórica del estudio y el marco conceptual.

En el Capítulo III: Material y métodos se considera: El tipo, nivel y diseño de investigación, la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, las variables, la operacionalización de las mismas, la validez, confiabilidad de los instrumentos, el plan de recolección y procesamiento de datos. En el Capítulo IV: finalmente se presenta los aspectos administrativos, las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes donde se consigna la matriz de consistencia y el instrumento.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La alimentación complementaria radica en la adecuada ingesta de alimentos que el niño consuma para cubrir sus necesidades y poder desarrollarse saludablemente; es por ello que el inicio de esta etapa es sumamente de importancia ya que es un factor que lo protegerá de diferentes enfermedades de índole gastrointestinal, nutricional u otras complicaciones que podrían ocasionar riesgos a futuro que luego se van a reflejar en tasas altas de morbimortalidad infantil.¹

A nivel mundial la desnutrición sigue siendo uno de los problemas mas prevalentes en la sociedad, así podemos apreciar que a pesar de los múltiples programas y actividades destinadas a la nutrición de los niños no se a podido obtener la disminución relevante o la erradicación de dicho problema, teniendo en cuenta que en los últimos estudios realizados en el año 2014 se obtuvo que la prevalencia de baja talla varía desde 8% en Argentina hasta 54.5% en Guatemala, siendo el Perú el sétimo lugar con prevalencia de la desnutrición en niños ,según el nuevo patrón de

crecimiento de la OMS. Si bien ha disminuido la prevalencia en los últimos 20 años, el número total de niños desnutridos puede subir si la población de niños menores de 5 años incrementa, Brasil ha reducido en 50% la desnutrición crónica, focalizando acciones en áreas indígenas y/o de alta prevalencia de pobreza, En general ha habido una tendencia en la reducción en la desnutrición crónica desde los años 80. Bolivia, Perú, Colombia, Ecuador y Guatemala, han reducido la desnutrición, pero después esta tendencia ha sufrido un estancamiento en algunos de ellos, en Perú, el porcentaje de niños desnutridos cuya madre no ha recibido ninguna educación asciende al 70%; por ello, a pesar de que han mejorado algo las brechas, hay que cerrarlas, hay que invertir en educar a las niñas.¹

Así, casi uno de cada cuatro niños menores de 5 años (165 millones, o el 26% en 2015) sufre desnutrición crónica, En Ruanda, en sólo cinco años (de 2010 a 2015), disminuyó de un estimado del 52 al 44%. o En Etiopía, entre 2011 y 2016, disminuyó de un estimado del 57 al 44%. En Haití, los resultados preliminares de encuestas indican que disminuyó de un estimado del 29% en 2011 al 22% en 2016. En el estado de Maharashtra en la India, las estimaciones provisionales indican que se redujo del 39% en 2010-2015 al 23% en 2016. En Nepal, se redujo del 57% en 2010 al 41% en 2015, En Perú, en tan sólo unos pocos años, se redujo en un tercio -de un estimado del 30% en 2010-2013 al 20% en 2015. ²

La desnutrición crónica, o baja estatura para la edad, se asocia con un anormal desarrollo del cerebro, lo que es probable que tenga consecuencias negativas en la vida de un niño a largo plazo. Estudios recientes de Brasil, Guatemala, India, Filipinas y Sudáfrica confirmaron la asociación entre desnutrición crónica y un menor rendimiento y asistencia a la escuela. ²

A pesar de los avances logrados en los países de América del Sur, la malnutrición del niño pequeño es seria y diversa; las persistentes inequidades sociales en la región y las crisis alimentaria y financiera están agravando la magnitud de los problemas de malnutrición infantil y materna. Los principales problemas son las deficiencias de micronutrientes, en especial la anemia, y el retardo en talla o desnutrición crónica.¹

El efecto de la desnutrición infantil en el mundo que contribuye a más de un tercio de la mortalidad de la niñez y es responsable de más del 10% de la carga global de enfermedades.¹

Los días 2, 3 y 4 de diciembre del 2008, se realizó la reunión subregional “Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño”, en la ciudad de Lima-Perú. Participaron alrededor de 100 representantes de países sudamericanos vinculados con áreas de salud y nutrición materno-infantil: equipos técnicos de Salud del Niño, Lactancia Materna y Nutrición de los Ministerios de Salud de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay; de Guatemala y Honduras; miembros de la Red-IBFAN, otras organizaciones no gubernamentales; y funcionarios de OPS, UNICEF y PMA. ¹

En el Perú más de 240 mil niños en el país son afectados por la desnutrición crónica y los mayores índices se registran en los menores de cinco años. Estas alarmantes cifras se recogieron principalmente en las regiones de Ayacucho, Cajamarca, Amazonas y Huancavelica; es justamente esta última la que se encuentra en peor situación, ya que 35 de cada 100 niños tienen desnutrición.⁴

El Jefe del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Dr. Aníbal Sánchez Aguilar dio a conocer que en los últimos tres años la desnutrición crónica infantil, definida como el retardo en el crecimiento de la talla para la edad en niñas y niños menores de cinco años, disminuyó 3,1 puntos porcentuales a nivel nacional, al pasar de 17,5% en el 2013 a 14,4% en el 2015. Cabe precisar que durante los últimos cinco años disminuyó en 5,1 puntos porcentuales. ³

En el año 2015, la desnutrición crónica infantil en niñas y niños menores de cinco años en el área rural alcanzó 27,7%, habiéndose reducido en 4,6 puntos porcentuales en los últimos tres años y 9,3 puntos porcentuales en los últimos cinco años. En el área urbana, la desnutrición crónica infantil disminuyó en 1,1 punto porcentual en los últimos tres años. El Jefe del INEI precisó que la reducción de la desnutrición crónica se explica por las políticas públicas, cuyos resultados no se aprecian mayormente en periodos cortos.³

Por su parte la Dra. Ariela Luna, resaltó la importancia de la ENDES, porque a diferencia de otros países, el Perú puede monitorear la salud materno infantil cada año. Destacó los avances registrados en el área rural como la disminución de la desnutrición crónica y el aumento en la proporción de niñas y niños menores de 36 meses que tienen control de crecimiento y desarrollo (CRED); y también el incremento de niñas y niños de 6 y menores de 36 meses que consumen suplemento de hierro.⁵

En la región Lambayeque, mas 36% se eleva la tasa de desnutrición en niños menores de tres años en la región Lambayeque, siendo el distrito chiclayano de José Leonardo Ortiz (JLO) uno de los más afectados por su densidad poblacional. Ante esta realidad la Gerencia Regional de Salud (Geresa), en acción conjunta con los municipios distritales, fortalecerá las labores en este distrito y además en Chongoyape, Pomalca, Pátapo, Tumán, Chiclayo, Monsefú, Olmos, Mórrope, Motupe, Salas y Pítipo básicamente (por ser los más afectados) para luego extenderse a los demás. “A pesar de que el indicador nos diga que (la tasa) es de 23%, y es menor que en otros distritos; sin embargo, sacando el número de niños, (el porcentaje) es mucho mayor acá en José Leonardo Ortiz y Atusparias e Avila Moron con un 25% por eso nos vamos a concentrar aquí”, enfatizó el gerente regional de Salud, Víctor Torres Anaya.⁵

La alimentación complementaria constituye el segundo paso más importante en la nutrición del niño después de la lactancia materna exclusiva. Cuando la lactancia materna no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales de las niñas y niños, es necesario añadir otros alimentos a la

dieta del niño, es decir, brindarle una alimentación complementaria, adecuada desde el punto de vista nutricional con todos los nutrientes que el niño necesita para desarrollarse adecuadamente; este periodo de inclusión de alimentos diferentes de la leche materna va de los seis a los 24 meses de edad, intervalo en el que la niña y el niño es muy vulnerable ya que está expuesto a diferentes enfermedades. Por tal razón, la importancia que adquieren los alimentos como tal, la consistencia y el proceso de introducción en la alimentación, es una característica definitiva en el análisis del estado nutricional de las niñas y niños.⁵

El estado nutricional de un niño se ve influenciado por múltiples factores, dentro de ellos tenemos principalmente a la alimentación, la salud, y el cuidado que se le brinda al niño. Por otro lado tenemos que el estado nutricional de las niñas y niños está vinculado al desarrollo cognitivo, ya que un estado nutricional deficiente tiene efectos adversos sobre el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar, Asimismo, el estado nutricional está asociado a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, ya que un inadecuado estado nutricional incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad en la temprana infancia tal como nos indican las cifras de UNICEF, en su reporte último.¹

Los efectos de un mal estado nutricional en los primeros años se prolongan a lo largo de la vida, ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas como el sobrepeso, la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras y está asociado a menores logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez. La anemia afectó al 57,6% de niñas y niños de seis a ocho meses de edad y al 57,3% de 9 a 11 meses de edad, siendo aún elevada en niñas y niños de 12 a 17 meses de edad (60,4%) y de 18 a 23 meses de edad (46,5%); mientras, que en los infantes de 24 a 59 meses de edad los porcentajes fueron menores. La anemia afectó y aumentó en niños principalmente que se encuentran en el periodo de inicio de alimentación complementaria donde la ingesta de alimentos ricos en hierro son la parte fundamental ya que el niño se encuentra en una etapa de

crecimiento acelerado y están más propensos a padecer de anemia y consigo una serie de consecuencias ligadas al aspecto cognitivo, de crecimiento y desarrollo.⁶

La experiencia recogida en las rotaciones hospitalarias y comunitarias se pudo destacar que hay madres que tienen costumbres que muchas veces no son adecuadas en la nutrición del niño y 'que perjudican su salud, asimismo tenemos las referencia verbales como ¡El caldito tiene la sustancia....! ¡Las agüitas ayudan para su nutrición y que no se estriña...!; estas no tienen conocimientos e información clara acerca de una alimentación balanceada ni su importancia en el crecimiento y desarrollo del niño.

De lo expuesto anteriormente se ha creído conveniente investigar sobre el siguiente problema. ¿Cuál es el nivel de conocimientos de las madres acerca de alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años?

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de dos años y el estado nutricional del niño atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias de agosto – diciembre 2016?

1.2.2.- Problemas Específicos

- ¿Cuáles son las características socioculturales de las madres de niños menores de dos años atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias de agosto – diciembre 2016?

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de dos años

atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias de agosto – diciembre 2016?

- ¿Cuál es el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad del centro de salud Pedro Pablo Atusparias de agosto – diciembre 2016?

1.3.- OBJETIVOS

1.3.1.- Objetivo General

- ✓ Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de dos años y el estado nutricional del niño atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparia - Chiclayo 2016.

1.3.2.- Objetivos Específicos

- Reconocer las características socioculturales de las madres de niños menores de dos años atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias - Chiclayo 2016
- Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de dos años atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias de agosto – diciembre 2016
- Identificar el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad del centro de salud Pedro Pablo Atusparias de agosto – diciembre 2016.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El estudio de investigación contribuirá en fomentar el nivel preventivo promocional ya que conociendo el nivel de conocimiento sobre una adecuada alimentación durante la infancia y la niñez temprana, se puede prevenir problemas nutricionales y poder actuar oportunamente brindando la información necesaria que sabemos que es vital para que los niños desarrollen su potencial humano y es fundamental para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo especialmente entre el momento de nacer hasta los dos años de edad.

Después de los seis meses, la lactancia materna exclusiva no es suficiente para satisfacer todos los requerimientos nutricionales de los bebés y niños pequeños, por lo que es necesaria la ingesta de alimentos complementarios. Por ello es muy importante que la madre tenga conocimientos veraces acerca de la alimentación complementaria pues es ella quien va a introducir la alimentación en su niño. Asimismo es necesario establecer el grado de conocimiento de madres sobre alimentación complementaria para poder ayudar a dar solución a los problemas que están presentes durante este proceso de inicio de la alimentación. Es por tanto que los resultados a corto y largo plazo de una mejora en la nutrición de los niños parte de un esfuerzo conjunto de los profesionales de salud así como la influencia familiar.

El profesional de Enfermería tiene entre sus actividades permanentes el de impartir conocimientos a los padres de manera que motive en ellos un compromiso de mejorar la calidad de alimentación de sus niños así como disminuir los índices de alteraciones en el estado nutricional como desnutrición y obesidad.

Reconociendo el trabajo que realiza el profesional de entorno al cuidado del niño en las diversas áreas como el de Crecimiento y Desarrollo del niño, en el cual se brinda la educación sanitaria a los padres para el inicio de la

alimentación complementaria y el seguimiento oportuno. Por lo tanto es importante que la enfermera cuente con evidencias objetivas acerca del nivel de conocimientos de los padres con respecto a la alimentación complementaria, para poder brindar un cuidado culturalmente pertinente y adaptado a sus propias necesidades identificadas.

Los resultados del presente estudio servirán como información actualizada, relevante y veraz al equipo de salud, principalmente a las enfermeras que labora en el área de Crecimiento y Desarrollo, así como en las áreas de pediatría e inmunizaciones para que repotencie y motive el proceso de aprendizaje de la madre mediante actividades interactivas apuntadas a incrementar los conocimientos sobre la alimentación complementaria, teniendo en cuenta los valores culturales, la condición social y otros, lo cual contribuirá al crecimiento y desarrollo saludable del niño.

1.5.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La limitación corresponde a que los resultados de la investigación solamente servirán de importancia para la población de estudio, ya que la muestra, son las madres con niños menores de dos años

Otra de las limitaciones se relaciona con la falta de voluntad que podrían tener algunas madres para llenar la el instrumento.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

García de León Cecilia Mercedes, Investigación titulada, Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 2 año de edad, de la comunidad el tablón del municipio de Sololá Quetzaltenango-Guatemala, Octubre de 2013”, el cual tuvo como objetivo general Determinar las prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 2 años de edad, de la comunidad El Tablón del municipio de Sololá.⁷

Cuyos resultados obtenidos fueron, la edad de introducción de alimentos diferentes a la leche materna en la mayoría de la población se dio a los 6 meses como se recomienda. Aún así, la caracterización por grupos de edad demostró que el tipo y variedad de alimentos va aumentando en la mayoría de los niños conforme la edad, sin embargo, la consistencia, preparación y número de comidas al día no se realiza de manera adecuada según el grupo etario.⁷

Gatica, Cristina I. Investigación titulada Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años y influencia del conocimiento materno Buenos Aires nov./dic. 2015, cuyos Objetivos fueron determinar la duración de la lactancia materna (LM) y edad de introducción de alimentación complementaria, su tipo, composición y adulto involucrado, en niños sanos menores de 2 años de las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis, así mismo conocer los factores sociales y demográficos asociados.

Población y métodos. Estudio descriptivo transversal. Médicos pediatras voluntarios, de la Región Cuyo de la Sociedad Argentina de Pediatría, administraron una encuesta sobre prácticas de alimentación a niños sanos.

Resultados. Se obtuvieron 741 encuestas, 51,41% en instituciones públicas. Edad de los niños: $11,3 \pm 6,1$ meses. Prácticas de alimentación al momento de la encuesta: 66,53% recibían LM. El 95,12% que no tenía LM, la había recibido durante $7,8 \pm 5,2$ meses. A menor edad materna mayor frecuencia de LM. El 64,24% recibía puré/papillas desde los 6 meses, enriquecida con aceite, leche o queso; carnes desde los $7,8 \pm 2,1$ meses (intervalo 3-19), huevos desde $8,4 \pm 2,6$ meses (intervalo 3-20); bebidas azucaradas desde $10,49 \pm 3,52$ meses. La madre ofreció la primera comida (88,72%) y la ofrecía habitualmente (91,44%). La TV estaba prendida durante la comida en 50,87%.

Conclusión. Fueron prácticas frecuentes: LM, mayor a menor edad materna; incorporación de comidas al 6to mes, enriquecimiento de la comida inicial; amplio intervalo en la edad de incorporación de huevo y carne; incorporación temprana de bebidas azucaradas y exposición a la televisión durante la comida. La mamá ofrecía la comida habitualmente.⁸

2.1.2.- ANTECEDENTES NACIONALES

Castro Sulca Karen Vanessa- Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa Cred de un C.S SJ.M 2015

El presente estudio de investigación titulado “Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJM 2015, tiene como objetivo general “Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años que asisten al consultorio de CRED del CS Villa San Luis; y como objetivos específicos el determinar el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria, además de determinar el estado nutricional en el que se encuentran los niños menores de 2 años de edad. El estudio de investigación tuvo como finalidad brindar información actualizada y veraz sobre el nivel de conocimientos que poseen las madres y el estado nutricional de sus niños, para que de esta manera se puedan ampliar los conocimientos sobre alimentación complementaria y la adopción de conductas de alimentación adecuada y saludable para el niño. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 madres. La técnica que se utilizó fue la entrevista-encuesta. El instrumento fue el cuestionario y la ficha de evaluación del estado nutricional del lactante. Entre sus conclusiones se tiene que existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de

edad, en relación al nivel de conocimientos que poseen las madres sobre alimentación complementaria se tiene que en su mayoría es bajo. Finalmente y en mención al estado nutricional del niño tenemos que la mayoría de los niños se encuentra entre desnutrición y sobrepeso, seguido de un significativo grupo de niños con estado nutricional normal.⁹

Jiménez Huamani Cesar Orlando “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses de edad que acuden al centro de salud Fortaleza en el año 2008”. Tiene como objetivo: Identificar el inicio de la alimentación complementaria en lactantes menores de 12 meses de edad, Identificar el estado nutricional de los lactantes al inicio de la alimentación complementaria, Identificar el estado nutricional de los lactantes en la evaluación posterior a la alimentación complementaria. La hipótesis planteada es si existe relación entre el inicio de la alimentación complementaria y el estado nutricional. El método que se utilizó fue correlacional de corte transversal, contando con 45 madres y 45 lactantes como muestra, para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista encuesta, y el instrumento fue un cuestionario semiestructurado aplicados a las madres y una lista de chequeo aplicado a los lactantes, estos instrumentos fueron aplicados durante la atención de CRED, en los horario de 8 am. a 2 pm. Referente a los resultados, estos fueron procesados y agrupados de forma que pudieran ser presentados en cuadros estadísticos para facilitar su análisis y comprensión. Dentro de las conclusiones tenemos que: La mayoría de los lactantes del centro de salud “Fortaleza” inicio la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad. Un menor porcentaje xi inicio la alimentación complementaria antes de los 6 meses o después de los 7 meses de edad. Los lactantes que

iniciaron la alimentación complementaria tardía (después de los 7 meses), tienen mayor índice de Desnutrición de Iº, que los lactantes que iniciaron un alimentación precoz (antes de los 6 meses) y normal (6 meses). Los lactantes que iniciaron una alimentación complementaria normal (6 meses), en una evaluación posterior al inicio de la alimentación, tienen un mayor índice de Desnutrición de Iº, que los lactantes que iniciaron una alimentación precoz (antes de los 6 meses). Por lo tanto se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. H0: No existe relación entre el inicio de la alimentación complementaria y el estado nutricional.¹⁰

Arely Yaneth Mendoza Chuquilin y Ana Rosa zapata zarpan, Investigación que lleva por título capacidades y acciones de cuidado de la madre y el estado nutricional del niño menor de 2 años del puesto de salud alto moche Trujillo- Perú 2015, cuyo objetivo principal es Determinar la relación entre capacidades y acciones de cuidado de las madres y el estado nutricional de los niños menores de 2 años del Puesto de salud Alto Moche 2015. Los resultado que se obtuvieron en dicha investigación fueron que El 56% de madres con capacidades y acciones de cuidado buenas los niños presentan un estado nutricional normal, 41% de las madres con niños menores de dos años que acuden al P.S Alto Moche presentaron buenas capacidades de cuidado y el 35% tienen deficientes capacidades de cuidado.

Las madres con niños menores de dos años 43% con buenas acciones de cuidado y 28 % con acciones de cuidado deficientes. Los niños menores de dos años presentaron un 55% con estado nutricional normal.¹¹

Jiménez Huamaní, César Orlando; Investigación titulada “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6

a 12 meses que acuden al centro de salud fortaleza Lima-Perú 2008”, cuyo objetivo fue determinar el inicio de la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses en el centro de salud Fortaleza. El método que se utilizó fue correlacional de corte transversal, para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista encuesta, y el instrumento fue un cuestionario 19 semiestructurado aplicados a las madres y una lista de chequeo aplicado a los lactantes. Dentro de las conclusiones tenemos: “La mayoría de lactantes del centro de salud Fortaleza inició la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad; un menor porcentaje inicio la alimentación complementaria antes de los 6 meses o después de los 7 meses de edad. Los lactantes que iniciaron la alimentación complementaria tardía (después de los 7 meses), tienen mayor índice de Desnutrición de I grado, que los lactantes 10 que iniciaron un alimentación precoz (antes de los 6 meses) y normal (6 meses). Los lactantes que iniciaron una alimentación complementaria normal (6 meses), en una evaluación posterior al inicio de la alimentación, tienen un mayor índice de desnutrición de Iº, que los lactantes que iniciaron una alimentación precoz (antes de los 6 meses).¹²

Cisneros Poma, Evelin Patricia y Vallejos Esquives, Yacarly Yaneth, Chiclayo Investigación conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses - Reque -2014. Teniendo en cuenta que el objetivo fue relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al consultorio de CRED del centro de salud.

Los resultados muestran que el 3.3 % de las madres tiene un conocimiento Bajo sobre alimentación complementaria de niños de 6 – 24 meses, mientras que el 53.3 % y 43.3 % obtuvieron un nivel de conocimiento Medio y Alto respectivamente el 3.3 % de las madres obtuvieron un nivel de conocimiento Medio sobre la alimentación complementaria, mientras que el 96.7 de las madres obtuvieron un nivel de conocimiento Alto posterior a la aplicación del programa educativo. pre test el 13.3 3 % de las madres conoce sobre la alimentación complementaria y el 86.67 % de las madres no conocen, mientras que en el pos test el 100 % de las madres conoce sobre el inicio. 53.55 % de las madres desconoce sobre la cantidad de alimentos que debe recibir el niño y el 43.33 % desconoce, mientras que en el pos test el 46.67 %desconoce y el 56.67 % conocer.¹³

Mónica Arcila Montalvo, M. V. Joisy. Factores socioeconómicos y influencia del estado nutricional en el niño de dos años distrito de Chiclayo- período Lambayeque- Perú 2014,el cual tiene como objetivo principal determinar cuáles son los factores que determinan una adecuada alimentación complementaria de niños menores de dos años. Los resultados obtenidos fueron Según Peso Para la Edad (P/E), se tiene que del 100%(45) lactantes evaluados, el 77.8%(35) presenta un estado nutricional normal al inicio de la alimentación complementaria, el 22.2%(10) presenta una desnutrición de Iº al inicio de la alimentación complementaria. El 84.4%(38) presenta un estado nutricional normal posterior al inicio de la alimentación, el 15.6%(7) presenta una desnutrición de Iº posterior al inicio de la alimentación Según talla para la edad (T/E). Se tiene que del 100%(45) de lactantes evaluados, el 88.9%(40) presenta un estado nutricional normal al inicio de la alimentación complementaria y el

11.1%(5) presenta una desnutrición crónica leve. El 91.1%(41) presenta un estado nutricional normal posterior al inicio de la alimentación y el 8.9%(4) presenta una desnutrición crónica leve posterior al inicio de la alimentación. Según Peso para la Talla (P/T). Se tiene que del 100%(45) de lactantes evaluados, el 80%(36) presentan un estado nutricional normal al inicio de la alimentación complementaria, el 11.1%(5) presenta un sobrepeso al inicio de la alimentación complementaria, el 8.9%(4) presenta una desnutrición aguda leve al inicio de la alimentación complementaria. El 88.9%(40) presenta un estado nutricional normal posterior al inicio de la alimentación, el 6.6%(3) presenta un sobrepeso posterior al inicio de la alimentación, el 4.4%(2) presenta un desnutrición aguda leve posterior al inicio de la alimentación.¹⁴

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1.-CONOCIMIENTO

1. Hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.
2. Lo que se adquiere como contenido intelectual relativo a un campo determinado o a la totalidad del universo.
3. Conciencia o familiaridad adquirida por la experiencia de un hecho o situación.
4. Representa toda certidumbre cognitiva mensurable según la respuesta a «¿por qué?», «¿cómo?», «¿cuándo?» y «¿dónde?».

No existe una única definición de «conocimiento». Sin embargo existen muchas perspectivas desde las que se puede considerar el conocimiento; siendo la consideración de su función y fundamento, un

problema histórico de la reflexión filosófica y de la ciencia. La rama de la filosofía que estudia el conocimiento es la epistemología o teoría del conocimiento. La teoría del conocimiento estudia las posibles formas de relación entre el sujeto y el objeto. Se trata por lo tanto del estudio de la función del entendimiento propia de la persona.

Tradicionalmente, se ha presentado el conocimiento como algo específico del ser humano en relación con la "creencia" en la existencia del alma racional que hace posible intuir la realidad como verdad.

Se consideraba que el conocimiento responde a las facultades intelectivas del alma conforme a los tres grados de perfección de las mismas: alma como principio de vida y auto movimiento vegetativo, alma sensitiva o animal y alma humana o racional.

Según estos postulados todos los seres vivos adquieren información de su entorno por medio de sus facultades o funciones del alma:

- Vegetativa en los vegetales para realizar las funciones mínimas vitales de manera
- innata, nutrición y crecimiento, reproducción y muerte.
- Sensitiva, en los animales que produce adaptación y auto movimiento local e incluye las facultades anteriores. En el grado de perfección superior aparece la memoria, aprendizaje y experiencia, pero en su grado no se puede llegar al "verdadero conocimiento" de la realidad.¹
- Racional en el ser humano que, además de las funciones anteriores, produce el conocimiento por conceptos que hace posible el lenguaje y la conciencia de la verdad.

Los seres meramente materiales, inertes, sin vida y sin alma, no tienen conocimiento ni información alguna acerca del entorno, como seres completamente pasivos, solamente sometidos a la causalidad mecánica material.¹⁵

La experiencia, que es común con los animales dotados de memoria, no ofrece aún una garantía de verdad porque:

- Es un conocimiento subjetivo de quien tiene la experiencia sensible; que es válido solo para quien lo experimenta y solo en el momento en que lo experimenta.
- Ofrece solamente una verdad momentánea, cambiante, y referente a un único caso. Retenida en la memoria, solamente es capaz de aportar un contenido de verdad probable, por analogía, basándose en la semejanza de los casos y situaciones, como inducción.

Por el contrario el conocimiento por conceptos:

- Es propio únicamente del ser humano gracias a la facultad del entendimiento
- Por ser los conceptos inmateriales, independientes de las causas materiales de la experiencia, constituyen una prueba evidente de la existencia del alma racional lo que hace al ser humano un "ser espiritual" en cierto modo independiente de lo material.
- Su verdad no depende de las circunstancias porque su actividad intuitiva penetra y conoce la realidad como tal, la esencia de las cosas y por ello es posible la ciencia.³

Esto es así porque el entendimiento como potencia o facultad del alma, *entendimiento agente* según Aristóteles, es intuitivo y penetra en la esencia de las cosas a partir de la experiencia mediante un proceso de abstracción.

En cuanto a la acción, frente a las meras emociones y sentimientos, que son pasiones porque en estos estados el alma es pasiva,⁴ se encuentra la facultad de la voluntad que permite controlar las pasiones y dirigir una acción propia, como libertad *que no depende de las causas materiales de la experiencia*.

Tanto el entendimiento como la voluntad se consideran facultades activas del alma específica humana, independiente de la acción de las causas materiales.¹⁵

Tanto el conocimiento sensible (experiencia como conocimiento de percepciones almacenadas en la memoria) como la motivación (los afectos o sentimientos considerados como pasiones) se consideraban fruto de la acción material del entorno sobre el alma, (el alma recibe pasivamente estos datos de información), mientras que la conceptualización y la acción libre es fruto de la acción inmaterial propia del "alma racional humana"; esto es posible porque el alma es espiritual e independiente de lo material.¹⁶

El conocimiento: Es un conjunto de información que la persona adquiere como resultado de la experiencia, también se le define como la sumatoria de saberes que se poseen sobre un aspecto de la realidad obtenida a través de un proceso de aprendizaje que ayudará a cambiar las opiniones. Todo conocimiento es objetivo y subjetivo a la vez; objetivo, porque corresponde a la realidad; subjetivo, porque está impregnado de elementos pensantes implícitos en el acto cognoscitivo. El conocimiento vincula procedimientos mentales con actividades prácticas.¹⁷

Existen factores que permiten saber si las personas tienen la capacidad de entender lo relacionado con el cuidado de la salud, está demostrado que el alto nivel de conocimiento en diferentes temas de salud como la lactancia materna exclusiva está asociado con el grado

de instrucción de la persona pues refieren una mayor comprensión sobre el tema mientras que las personas con un nivel bajo de instrucción tienen más dificultades para aprenderlo.¹⁷

Según Selden las madres con menor grado de instrucción tienen menor oportunidad de entender los mensajes escritos que provienen de sus servicios de salud pues el entendimiento de los mensajes transmitidos a través de los medios impresos son para prevención e información Otro factor asociado con el conocimiento, es la edad que está relacionado con la experiencia que tiene la madre en especial cuando se trata del número de hijos y la edad del niño.¹⁷

Aspectos teóricos conceptuales sobre el conocimiento

En nuestra definición, el conocimiento es lo que hace que un individuo pueda utilizar herramientas para aprovechar la información de que dispone y producir un resultado de valor agregado.

Según el filósofo alemán Immanuel Kant menciona que se puede tener conocimiento exacto y certero y que dicho conocimiento es más informativo sobre la estructura del pensamiento que sobre el mundo que se halla al margen del mismo.¹⁷

a).-Tipos de conocimientos

Distinguió tres tipos de conocimiento: analítico a priori, que es exacto y certero pero no informativo, porque sólo aclara lo que está contenido en las definiciones; sintético a posteriori, que transmite información sobre el mundo aprendido a partir de la experiencia, pero está sujeto a los errores de los sentidos, y sintético a priori, que se descubre por la intuición y es a la vez exacto y certero, ya que expresa las condiciones necesarias que la mente impone a todos los objetos de la experiencia. El conocimiento, en su sentido más amplio, es un apreciación de la

posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo. Significa, en definitiva, la posesión de un modelo de la realidad en la mente. El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón. La práctica está relacionada con las actividades que se ponen de manifiesto luego que se conoce o se aprende en base al conocimiento que se tiene.¹⁷

b) Características del conocimiento

Según Andreu y Sieber (2000), lo fundamental son básicamente tres: El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia. Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos. Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).

En general se considera al conocimiento como sinónimo de información. Por ello se considera en muchas culturas que un individuo que tiene mucha información sabe mucho. En la acepción popular existen dos tipos de conocimientos: El intelectual: que tiene que ver con el conocimiento de ideas. El conocimiento real: que tiene que ver con los elementos de la realidad externa que el individuo busca conocer.¹⁷

2.2.2.- Lactancia materna como alimentación ideal y la alimentación complementaria

La historia de la lactancia materna comienza desde el mismo origen de la especie humana, estudios realizados han encontrado códigos, leyes y artículos que señalan la importancia de conservar el alimento máspreciado para el ser humano en sus primeros meses de vida, la Organización Mundial de la Salud (OMS), declara que es un hábito ligado íntimamente a la supervivencia de la especie humana desde tiempo inmemorial, y que como mamífero que es, la cría humana precisa de la leche de su madre para su supervivencia, puesto que sin ella, fallecería inexorablemente.¹⁷

La lactancia materna exclusiva; es la alimentación solo con leche del seno materno durante los seis primeros meses de vida del lactante, contiene todos los elementos nutritivos necesarios para el crecimiento; recomendando el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se considera a la lactancia materna exclusiva como una práctica fundamental en la nutrición infantil con la finalidad de contribuir al desarrollo integral de los niños y niñas.¹⁷

La leche materna favorece al niño porque contiene los nutrientes que necesita para su crecimiento y desarrollo ya que su contenido es perfectamente balanceado y responde a las necesidades nutricionales del bebé.¹⁷

El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente. Es aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla, revaloriza a la lactancia materna como un alimento

óptimo para los primeros tiempos de la vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad. Se entiende por alimentación complementaria como la oferta de alimentos o líquidos

a los lactantes para complementar la leche materna. La edad a la que se inicia esta alimentación es una etapa especialmente sensible en el desarrollo del lactante ya que, como señala la guía para la alimentación del lactante y niño pequeño de la OMS/UNICEF, los primeros 2 ó 3 años de la vida son los más cruciales para un desarrollo físico y mental normales, y los problemas derivados de una nutrición inadecuada en esta etapa de la vida afectan no sólo al desarrollo físico, sino también al sistema inmunitario y al desarrollo intelectual y emocional.

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

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

digestivo, su función renal y el suficiente desarrollo neuro-madurativo para la incorporación de nuevos alimentos.¹⁸

A partir de esta edad es importante iniciar y continuar la alimentación con papillas, preparadas con leche y cereal, purés a base de hortalizas (zanahoria, zapallo y papa), puré de frutas (manzana, banana y pera) y lácteos (postres a base de almidón de maíz) a los que es importante sumar el agregado de carnes para optimizar el aporte de hierro y de aceite para incrementar el aporte energético.¹⁸

El inicio de los alimentos sólidos implica un período de transición entre la alimentación líquida (leche materna) y la alimentación característica del resto de la vida (principalmente sólida). Resulta un proceso complejo y gradual, que, entre otras cosas, requiere de un tiempo prudente para que los sistemas neuromuscular, renal, digestivo e inmunológico del niño adquieran la madurez necesaria. De manera particular, hay que tener en cuenta la maduración física y de los diferentes sistemas para considerar si el bebé está en capacidad de iniciar con alimentos distintos a la leche. Para ello se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:¹⁹

Maduración digestiva: la función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente).¹⁹

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

Desarrollo psicomotor: hacia los 5 meses el bebé empieza a llevarse objetos a la boca; a los 6 meses el lactante inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los 8 meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más espesos; hacia los 10 meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos.¹⁹

Maduración inmune: la introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento

de gran influencia sobre el patrón de inmuno respuesta, y los factores específicos tolero génicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas.¹⁹

El periodo comprendido entre los 6 y 9 meses es el periodo más crítico de la alimentación complementaria por el cambio de sabores, consistencias y texturas nuevas que debe experimentar el niño. El éxito de este periodo es determinante para el éxito de las etapas posteriores. Si no se maneja adecuadamente se convierte en el principal desencadenante de la desnutrición crónica, como lo muestran las estadísticas del Perú y de otros países subdesarrollados. Este hecho es principalmente importante cuando Como la capacidad del estómago en esta etapa es limitada, el niño no puede tener el mismo número de comidas que el adulto, El número apropiado de comidas que se ofrecen a la niña o niño durante el día, depende de la densidad energética de los alimentos

que se usen localmente y de las cantidades consumidas en cada comida.

La frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos

complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0,8 kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada es baja, o si a la niña o niño se le suspende la lactancia materna, requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales. por lo cual es necesario fraccionarlas durante el día con la siguiente guía:

- De 6 a 9 meses: Leche materna más 2-3 comidas al día; 2 comidas principales.
- De 9 a 12 meses: Leche materna más 3-4 comidas al día; tres comidas principales y 1 refrigerio, que puede darse en la media mañana o en la tarde.
- De 12 a 24 meses: Leche materna más 4-5 comidas al día; tres comidas principales y dos refrigerios, 1 refrigerio entre cada comida principal. 14

La consistencia de los alimentos o preparaciones debe incrementarse gradualmente en la medida que el niño va aprendiendo a comer. Entre los 6 y 9 meses la consistencia de los alimentos debe ser semi-sólidos en forma de purés espesos. Luego a partir de esta edad se empieza con los alimentos sólidos- blandos y finalmente a sólidos. El alimento nuevo debe ser introducido uno a la vez, teniendo el cuidado de observar reacciones alérgicas. ¹⁵

La cantidad de alimentos se refiere al volumen de los alimentos en cada comida. El inicio de cada alimento nuevo debe hacerse en pequeñas cantidades y aumentar progresivamente a medida que aumenta la capacidad gástrica del niño. Por ello es muy importante que la madre o quien cuide al niño este atenta a las señales de satisfacción del niño. Nunca se debe forzar al niño a comer más de lo que quiere o lo que su capacidad gástrica lo permita. En niños(as) amamantados de países en vías desarrollo, las necesidades energéticas a cubrir con la alimentación complementaria se estiman en 200, 300 y 550 kcal/día entre las edades de 6 y 8, de 9 y 11 y de 12 y 23 meses, respectivamente. Por otro lado, tenemos que la capacidad gástrica de la niña o niño guarda relación con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida.¹⁵

Alrededor del sexto mes de edad la niña o niño expresa su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia delante. Contrariamente, cuando ya se encuentra satisfecho, demuestra su desinterés por el alimento echándose hacia atrás y volteando la cabeza hacia un lado. La niña o niño participa así activamente de la alimentación y no ingiere indiscriminadamente los alimentos que se le introducen en la boca. Los lactantes aumentan gradualmente su aceptación a los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que aceptan. Los lactantes amamantados parecen aceptar mayores cantidades que los lactantes que toman fórmulas. A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a 1/2 taza (100 g ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a 3/4 de taza (150 g ó 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, más una entre comida adicional;

y finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200 g ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente), tres veces al día, más dos entre comidas adicionales. Desde los 6 meses de edad, la niña o niño debe tener su propio recipiente (plato o taza) y cucharita, para que la madre o la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta y conscientemente aumente la cantidad, de acuerdo con la edad y sus sensaciones de hambre y saciedad.

A medida que mejora la aceptabilidad y la niña o niño recibe mayor cantidad de alimentos se puede aumentar su variedad. La incorporación de un nuevo alimento debe ser en volúmenes pequeños para prevenir posibles intolerancias y/o alergias. Cada nutriente que el niño necesita tiene una función específica que cumplir dentro del organismo. Para asegurar que el niño consuma todos los nutrientes necesarios, es importante que las comidas incluyan alimentos variados. Desde el periodo de los 6 a 9 meses pueden introducirse cereales, menestras, carnes, hígado, queso, verduras, grasas y tubérculos.¹⁶

Las carnes tienen un valor especial por la cantidad y calidad de proteínas que contienen y por el hierro que posee, nutrientes que son esenciales para el crecimiento físico y para el desarrollo y formación del cerebro. Si bien el hierro es pobremente absorbido, es fuente importante de proteína, calcio y vitamina A, nutrientes igualmente necesarios para el crecimiento, sin embargo el inicio de consumo del huevo debe ser a partir del año, pues tienen a generar reacciones alérgicas en algunos niños.¹⁶

Estos alimentos deben ser consumidos diariamente y no pueden ser reemplazados por otros de origen vegetal porque la proteína y el hierro que contienen son de menor calidad. Otro de los nutrientes

esenciales es el yodo, indispensable para el desarrollo mental. Como los alimentos naturales tienen muy poco yodo, es necesario que los alimentos del niño sean preparados con sal adecuadamente yodada y sin abusar de su uso en la preparación de las comidas, resaltando que el inicio en el consumo de sal en niños de 6 a 9 meses debe ser pobre pues el niño aún no ha desarrollado al cien por ciento su mecanismo renal.

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

La elección de los alimentos depende en parte de los factores geográficos, hábitos culturales, disponibilidad, costumbres familiares y nivel socio económico, entre otros. La ingesta o aporte calórico aconsejable, debe cubrir los requerimientos mínimos para mantenimiento, actividad física y crecimiento. Las necesidades energéticas pueden variar con otros factores como la dieta, el clima o la presencia de patología. Los requerimientos energéticos en el recién

nacido son de dos a tres veces superiores a los del adulto, si se expresan por superficie corporal. La cantidad de energía que se requiere para el crecimiento durante el primer año de vida es muy

grande, tanto que aunque los preescolares y escolares son mucho más activos que los lactantes, sus necesidades energéticas son mucho menores en relación al peso

Las necesidades para mantenimiento incluyen el gasto por el metabolismo basal, las pérdidas por excretas y la energía necesaria para la acción dinámico-específica de los alimentos. Son constantes durante el primer año de vida: 70 kcal/kg de peso corporal. Las necesidades para crecimiento son inversamente proporcionales a la edad del niño, variando con la velocidad de crecimiento y con el tipo de tejido preferentemente sintetizado, que es distinto dependiendo de la edad. Los requerimientos para actividad física aumentan con la edad desde 9 kcal/kg en los primeros meses de vida hasta 23 kcal/kg al final del primer año.¹⁸

Necesidades de Vitaminas

La leche materna es deficitaria en vitamina D y vitamina K en los primeros días. Los suplementos vitamínicos son 30 innecesarios a partir del año de edad, porque una alimentación variada cubre todos los requerimientos. Se tiene a las vitaminas liposolubles (A,D,E,K) y las hidrosolubles como la tiamina, riboflavina, niacina, folato, biotina, colina y B6 y B12.¹⁶

Necesidades de Proteínas

Las proteínas son componentes esenciales del organismo, su contenido en la masa corporal aumenta del 11 % en el recién nacido

hasta un 15% al año de edad. Las proteínas son polímeros de aminoácidos de alto peso molecular que cumplen una función estructural y forman parte de unidades bioquímicas especiales como enzimas, hormonas y anticuerpos.¹⁹

Los aminoácidos son utilizados para sintetizar las proteínas corporales. La síntesis de cada una de estas proteínas se realiza a partir de la ingesta adecuada de aminoácidos esenciales y no esenciales. Algunos aminoácidos son considerados como esenciales en la primera infancia, porque las necesidades en esta etapa son mayores que la capacidad de síntesis, debido a la ausencia o bajo rendimiento de las enzimas que intervienen en su inter conversión. Esto es lo que ocurre con la histidina hasta los seis meses y con la cistina en el recién nacido, sobre todo en el pretérmino, dado su papel precursor de la taurina, que juega un papel fundamental en el desarrollo cerebral.¹⁹

Los requerimientos de proteínas en el primer año de vida son: 0-6 meses (2.2 g/kg/día) y desde los 7-12 meses (1.6 g/kg/día).

Necesidades de Grasas.

Las grasas son sustancias orgánicas de bajo peso molecular que se caracterizan por ser solubles en disolventes orgánicos e insolubles en agua. Los lípidos de la dieta son fundamentales para un adecuado crecimiento y sobretodo desarrollo cerebral; están constituidos en su mayor parte por triglicéridos, ésteres de colesterol y fosfolípidos, los cuales contienen ácidos grasos. Los lípidos como los fosfolípidos y glicolípidos forman parte de la estructura de la membrana celular de la mielina y de los órganos intracelulares, así como de importantes sistemas enzimáticos. El colesterol forma parte de la membrana celular, siendo además precursor de hormonas gonadales y adrenales y de ácidos biliares. v Aportan ácidos grasos esenciales: ácido linoléico y ácido araquidónico. Favorece la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E, K).¹⁵

b) Tipos de alimentos:

Cereales: Se introducirán alrededor de los 6 meses y nunca antes de los cuatro. A menudo es el primer elemento distinto de la leche que

se introduce en la dieta de los lactantes. Los cereales contribuyen al aporte energético, y por tanto, existe riesgo de sobrealimentación, si se abusa de su consumo. Se ofrecen en forma de papillas y debe utilizarse la leche habitual y añadir el cereal necesario²⁰

Frutas: Se pueden empezar a ofrecer al lactante a partir del 6 meses como zumo de frutas, y más adelante en forma de papilla, nunca sustituyendo a una toma de leche. Las frutas más recomendadas son plátano, papaya, manzana, pera y se debe evitar las más alergénicas como fresa, frambuesa, kiwi, naranja y melocotón. Se suele introducirlas tras la aceptación de los cereales, aunque la fruta puede ser el primer alimento complementario. No existe razón científica alguna, y puede ser perjudicial, el ofrecer zumos de fruta antes de los 4 meses.¹⁷

Verduras y Hortalizas: Se van introduciendo a partir del 6º mes en forma de puré. Al principio: papas, camotes, zapallo, etc. y más tarde las demás verduras. Se deben evitar inicialmente aquellas que tienen alto contenido en nitratos (betarraga, acelga, nabos,) y también las flatulentas o muy aromáticas (col, coliflor, nabo, espárragos).¹⁷

Carnes: Se empieza principalmente con vísceras como hígado, sangrecita o pollo, a partir del 6º mes, ya que la consistencia es más suave y rica en hierro y proteínas. Posteriormente de acuerdo a la edad se incluirán carnes de res, cordero, etc.

Pescados: Comenzar pasado el 9º mes con pescados blancos: merluza, lenguado. Tienen gran capacidad de producir intolerancias alérgicas. En niños con antecedentes familiares, esperar su introducción hasta pasado el año de edad y/o probar tolerancia brindando al niño en mínimas cantidades observando cuidadosamente las reacciones que pueda presentar; si no hubiere

reacción alguna se recomienda incluir pescado en la alimentación del niño ya que es fuente importante de ácidos grasos y hierro fundamentales en el desarrollo cerebral.

Huevos: Al 9° mes se puede introducir la yema cocida, y el huevo entero hacia el 12° mes. Se recomiendan 2-3 huevos por semana. La yema es buena fuente de grasas esenciales, vitaminas liposolubles y hierro. La clara contiene proteínas de alto valor biológico, entre ellas la ovoalbúmina, de alta capacidad alergénica por ello no es recomendable brindarle al niño la clara de huevo antes de cumplir el año de edad.¹⁷

Legumbres: A partir de los 9 meses se pueden añadir a la alimentación del niño evitando las cascara. Es fundamental por su contenido de fibra, carbohidratos y hierro como en las lentejas, frejoles, etc. Se pueden añadir mezclados con arroz u otros cereales. No sustituyen a las carnes. Se recomienda dar un par de veces a la semana.¹⁷

Combinación de Alimentos:

Cuando hablamos de combinación de alimentos tenemos a los alimentos principales como: cereales, leguminosas (menestras), alimentos de origen animal, tubérculos, verduras, lácteos, (derivados) y frutas, que van a ser mezcladas teniendo en cuenta la disponibilidad en la zona de residencia y su inocuidad. Debido al crecimiento desarrollo rápido durante los primeros 2 años de vida, las necesidades de nutrientes por unidad de peso de los niños(as) son muy altas. La leche materna puede contribuir sustancialmente al consumo de nutrientes entre 6 y 24 meses, sobretodo en proteínas y vitaminas. Sin embargo, su aporte es relativamente bajo en algunos minerales como el hierro y el zinc aun teniendo en cuenta su bio disponibilidad. A partir de los seis meses de edad las necesidades de

hierro así como del zinc y calcio deben ser cubiertas con la alimentación complementaria, porque a los 6 meses de edad se produce un balance negativo especialmente del hierro.¹²

Es necesario asegurar el aporte de la vitamina A en la alimentación del niño(a), porque además de participar en su crecimiento y desarrollo, mantiene la integridad de las células epiteliales de la mucosa de la boca, de los ojos, y del aparato digestivo y respiratorio; los que tienen deficiencia están en mayor riesgo de tener infecciones, especialmente episodios de diarrea y sarampión más frecuentes y severos, así como, anemia por deficiencia de hierro y retardo del crecimiento. Los alimentos de origen animal fuentes de vitamina A son el hígado y carnes.¹⁰

El calcio es un mineral, que participa en la construcción de los huesos, así como para la salud dental, para un adecuado aporte de calcio es necesario incluir leche y/o productos lácteos en la comida de la niña o niño a partir del año de edad, además de continuar con la leche materna. El huevo y el pescado son muy buenos alimentos para la niña o niño y no deben ser restringidos, salvo temporalmente en el caso de una fuerte historia familiar de alergia. El consumo diario de alimentos que contengan vitamina C favorece el mantenimiento de los huesos y cartílagos así como refuerza las defensas orgánicas, sobretodo de las vías respiratorias altas. Por ello se recomienda el consumo de frutas como la naranja, aguaje, camu camu, maracuyá, papaya y las verduras, como el tomate que tienen alto contenido de vitamina C, cuya ingesta después de las comidas, favorece la absorción de hierro proveniente de los vegetales y legumbres. Existe una asociación directa entre el contenido de vitamina C en la dieta y el porcentaje de absorción del hierro de cereales, hortalizas y leguminosas.¹⁰

Se debe enriquecer una de las comidas principales de la niña o niño con una cucharadita de grasa (aceite, mantequilla, margarina). Las grasas provenientes de la alimentación infantil deben proporcionar entre el 30% y 40% de la energía total, aportando ácidos grasos esenciales en niveles similares a los que se encuentran en la leche materna; por lo tanto incrementan la densidad energética de las comidas y mantienen la viscosidad de las comidas independientemente de su temperatura. Una ingesta muy baja de grasa ocasiona una inadecuada ingesta de ácidos grasos y baja densidad energética que puede traducirse en un adelgazamiento infantil y una ingesta excesiva puede incrementar la obesidad infantil y enfermedades cardiovasculares en el futuro.

2.2.3.- Estado Nutricional

Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar.

La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso. Para ello se utilizan métodos médicos, dietéticos, exploraciones de la composición corporal y exámenes de laboratorio; que identifiquen aquellas características que en los seres humanos se asocian con problemas nutricionales. Con ellos es

posible detectar a individuos malnutridos o que se encuentran en situación de riesgo nutricional.

Dos grandes áreas pueden considerarse en la evaluación del estado nutricional:

- 1) estudio de la epidemiología y despistaje de la malnutrición en grandes masas de población, especialmente en países en vías de desarrollo y
- 2) estudios realizados de forma habitual por el médico o el dietólogo, generalmente en países desarrollados, bien de forma individual o bien colectiva, tanto en individuos sanos como en enfermos.

2.2.4.- Tabla de composición de alimentos (cenan)

En 1950 siendo el Dr. Carlos Collazos Chiriboga Jefe del Instituto Nacional de Nutrición, se establece convenio entre el Ministerio de Salud de Perú y el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública de los EE.UU., con la finalidad de fortalecer a los Institutos de Salud, dentro de los que se encontraba el Instituto Nacional de Nutrición, orientando sus actividades a la investigación; es así que durante su gestión, se realizan encuestas para evaluar la situación nutricional del país y analizar los alimentos que la población ingería, mediante análisis de sus componentes, que culminan con la publicación de la Tabla Peruana de Composición de Alimentos, en el año 1953 en los Anales de la Facultad de Medicina de la UNMSM. Desde su primera publicación, se han actualizado datos e incorporado nuevos alimentos, como una de las funciones del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.

La presente versión de las Tablas Peruanas de Composición de Alimentos, forma parte del proceso de actualización de datos de composición de alimentos, tanto de la información de las versiones

anteriores, así como la incorporación de alimentos étnicos y tradicionales, industrializados y cocidos como compromiso de país; incorpora datos de la literatura científica y de tablas de composición de alimentos de otros países. Se tiene que considerar que la composición de los alimentos producidos localmente puede variar de acuerdo al ambiente ecológico de los cultivos y las variedades genéticas. En relación a los alimentos elaborados, las nuevas tecnologías utilizadas en su procesamiento probablemente están introduciendo importantes cambios en su composición química, de los que no se tiene suficiente información. Por otra parte, la gran oferta y consumo de alimentos importados, de distinto origen, no todos los cuales tienen etiquetas informativas de su composición nutricional, dificulta la evaluación del consumo actual de ciertos nutrientes que podrían ser considerados factores de riesgo nutricional.

La publicación de las Tablas Peruanas de Composición de Alimentos, permite el intercambio de datos confiables del contenido de nutrientes de los alimentos, en forma apropiada para satisfacer las necesidades de las instituciones de gobierno, científicos de la nutrición, profesionales de la salud y de la agricultura, planificadores y políticos, productores de alimentos, procesadores y agentes minoristas y consumidores próxima actualización considerará información sobre energía y 19 nutrientes de 925 alimentos consumidos en el Perú.

TABLA ALIMENTARIA

Grupo de alimento	Peso por Ración	Medida casera
Pan, cereales, cereales integrales, arroz, pasta, patata	40-60 gr. de pan 60-80 gr. de pasta y/o arroz 150-200 gr. de patata	3-4 rebanadas ó un panecillo 1 plato normal 1 patata grande ó 2 pequeñas
Leche y derivados	200-250 ml de leche 200-250 g. de yogurt 40-60 gr. de queso curado 80-125 gr. de queso fresco	1 vaso / taza de leche 2 unidades de yogurt 2-3 lonchas de queso 1 porción individual
Verduras y hortalizas	150-200 gr.	1 plato de ensalada variada 1 plato de verdura cocida 1 tomate grande 2 zanahorias
Frutas	150-200 gr.	1 pieza mediana 1 taza de cerezas, fresas 2 rodajas de melón
Aceite de oliva	10 ml.	1 cucharada sopera
Legumbres	60-80 gr.	1 plato normal individual
Frutos secos	20-30 gr.	1 puñado ó ración individual
Pescados y mariscos	125-150 gr.	1 filete individual
Carnes magras y aves	100-125 gr.	1 filete pequeño 1 cuarto de pollo / conejo
Huevos	Mediano 53-62 gr.	1 huevo

2.2.4 TEORICAS QUE DAN SUSTENTO A LA INVESTIGACIÓN

MADELEINE LEININGER

“Cuidados culturales: teoría de la diversidad y la universalidad”

En 1970, Leininger elaboro el modelo de sol naciente el cual representa componentes esenciales de su teoría, este modo resulta un instrumento valioso para estudiar los diversos elementos y componentes se su teoría y para realizar las valoraciones clínicas que sean lógicas en la cultura.²⁰

El modelo del sol naciente describe a los humanos como personas que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno, esto viene siendo un principio fundamental de la teoría de Leininger.

LEININGER, es la fundadora de la enfermería transcultural y líder en la teoría de los cuidados a las personas enfermería transcultural fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria que obtuvo un premio en antropología cultural y social nació en Sutton Nebraska y comenzó su carrera como enfermera después de haberse diplomado en al escuela de enfermería de san Antony denver.²⁰

Leininger se baso en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con

respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad.²⁰

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Leininger afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas. Este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermeras.

- ENFERMERIA TRANSCULTURAL:

Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.²⁰

- ENFERMERIA INTERCULTURAL:

Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médico o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.²⁰

2.3.- DEFINICION DE TERMINOS.

- Conocimiento :

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección.

- Alimentación:

Es la ingesta de alimentos por parte de los organismos para conseguir energía y desarrollarse.

- Complementaria

Que complementa o sirve de complemento y puede contribuir con un fin o de soporte.

- Estado nutricional

Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

Alimentación complementaria: Proceso de introducción de alimentos adicionales diferentes a la leche materna que se inicia a los seis meses hasta los veinticuatro meses de edad.

Conocimiento sobre AC: Esta dado por toda aquella información que tienen las madres sobre Alimentación Complementaria en niños de 6 meses a 24 meses.

Lactante o niño menor de dos años: Niño(a) nacido a término que actualmente tiene una edad comprendida desde los 6 meses hasta los 24 meses, sin complicaciones ni antecedentes patológicos durante su gestación y parto, que es atendido en el consultorio de control del Crecimiento y Desarrollo del Niño.

2.4.- HIPOTESIS

- ✓ Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de dos años y el estado nutricional del niño atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias de agosto – diciembre 2016

- ✓ No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de dos años y el estado nutricional del niño atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias de agosto – diciembre 2016

2.5. VARIABLES

2.5.1.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE.

Variable independiente

Conocimiento sobre alimentación complementaria

Es la información o la adquisición de información entorno a la alimentación complementaria que complementa la alimentación y que sirve de soporte en la nutrición.

Estado nutricional

Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

2.5.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE.

Utilizará con un cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, el cual consta de 16 preguntas con respuestas múltiples.

La valoración estará expresada en niveles:

Alto

Medio y Bajo

Estado nutricional

Con que parámetros vas a valorar el estado nutricional.

El crecimiento se expresa en el incremento del peso y la talla, y el desarrollo es definido como cambios en las estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y de comportamiento, que emergen de manera ordenada y son relativamente duraderas. Es un proceso que comienza desde la vida intra-uterina, y que envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, comportamental, cognitiva, social y afectiva del niño, por ello la evaluación del niño ayuda a contribuir al desarrollo integral de niñas y niños de cero a cinco años y mejorar su salud y nutrición.

Los Factores Condicionantes de la Salud, Nutrición y Desarrollo del Niño Son variables de origen genético y ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psicoemocionales y políticos que condicionan de manera positiva o negativa el proceso de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. Factores Protectores Modelos individuales o de relación tales como actitudes, conductas, circunstancias individuales y colectivas adecuadas, que se van conformando en un medio social y que incluyen aspectos relacionados con la salud, educación, vivienda, afectos y conductas sanas y saludables que favorecen el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.

Para realizar las mediciones se utilizó los instrumentos de evaluación del niño menores de 5 años serán Valoración antropométrica: peso, longitud / talla y perímetro cefálico. el que se mide hasta los 36 meses. Los valores de peso, longitud o talla son utilizados tanto para la evaluación del crecimiento y la valoración del estado nutricional, posteriormente los indicadores P/E, T/E, /PT y PC de los patrones de referencia vigentes establecidos en la norma técnica de control de crecimiento y desarrollo del niño sano- Perú.

El Peso/Edad es un indicador particularmente valioso en el niño menor de un año, pero en edades posteriores, como el grupo que se estudia, es importante relacionarlo con la talla alcanzada por el individuo, ya que muchos niños con peso adecuado para la edad pueden aparecer como muy delgados o con sobrepeso al relacionarlo con su talla. De igual forma, aparecen niños con “bajo peso” o con “peso excesivo” para su edad cronológica que al compararlos con su estatura tienen un crecimiento armónico, Los valores de Peso/Talla que ignoran el efecto que ejerce la edad sobre esta relación son utilizados comúnmente por su simplicidad, para evaluar el Estado Nutricional de los niños pequeños.

Para tomar la talla, el sujeto se coloca en posición de “firmes”, debe coincidir el plano medio sagital del sujeto con la línea media del instrumento (tallímetro), con la región occipital, la curva de cifosis de la columna vertebral, la región glútea y la región posterior de la pantorrilla y talones rozando el plano posterior.

La balanza fue previamente calibrada al inicio de cada día de trabajo. El medidor se cercioró de que el niño (a) estuviera en el centro de la plataforma dicho medidor (balanza) se prestó atención al niño(a) que medirá, en cuanto a evitar que se mueva. Todas los niños fueron pesados con ropa interior y sin zapatos

2.5.3.- OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Variable Independiente</p> <p>Conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Características sociodemográfica ➤ Aspectos básicos sobre alimentación complementaria ➤ Beneficios de la alimentación complementaria 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Edad ➤ Número de hijos ➤ Estado civil ➤ Concepto de alimentación complementaria. ➤ Características de la alimentación complementaria ➤ Consistencia de los alimentos. ➤ Frecuencia de los alimentos. ➤ Cantidad de los alimentos. ➤ Tipos de alimentos ➤ Factores que influyen en la alimentación complementaria. ➤ Entorno del niño ➤ Edad de inicio de la alimentación ➤ Beneficios para el crecimiento ➤ -Beneficios para el desarrollo ➤ Medidas para una alimentación complementaria adecuada. ➤ -Medidas de higiene en la preparación de alimentos

<p>Variable Independiente</p> <p>Estado nutricional del niño menor de 2 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Peso/edad ➤ -Talla/edad ➤ -Peso/talla 	<p>Estado nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> -Normal -Obesidad -Desnutrición
---	---	---

CAPÍTULO III. METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Es tipo cuantitativo dado que los datos obtenidos son susceptibles a medición.

Nivel descriptivo: Porque nos lleva e incita a describir una cambiar u orientar en la realidad ya existente.

Diseño Descriptivo correlacional pues describe al mismo tiempo que relaciona las variables de estudio de la investigación.

Corte transversal porque presenta los hechos tal como son en un determinado tiempo y espacio.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL AMBITO DE ESTUDIO

Centro de Salud Pedro Pablo Atusparias es una institución de servicio que brinda servicios de pediatría, medicina general, emergencia y los programas y/o estrategias de inmunizaciones y Crecimiento y desarrollo.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población:

Estará conformada por un total de 24 madres con niños menores 2 años que asisten al centro de salud Pedro pablo Atusparia.

Muestra:

Estará constituida por las 24 madres, siendo obtenida la muestra de manera no probabilística e intencional considerando a toda la población de 24 madres con niños menores 2 años que asisten al centro de salud Pedro pablo Atusparia.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó las siguientes técnicas de recolección

- **La observación:** esta técnica se realiza percibiendo la realidad con el propósito de obtener datos ; en donde se utiliza la observación estructurada debido a que se detalla que datos se van a recoger y además se sabe exactamente lo que se va a utilizar .
- **Encuesta:** forma específica de interacción social que tiene por objetivo recolectar datos para una indagación, en donde se formulan preguntas a las personas capaces de aportar datos de interés.

3.5.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Se utilizará como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario ya validado y aplicado en otro estudio realizado por Francisco Saúl Unsihuay Uretra y Rocio Delgado Zavaleta

En la confiabilidad se aplicó la prueba piloto con recolección de datos con una muestra significativa de madres. Los resultados sirvieron para hacer los ajustes necesarios, la encuesta consta de un cuestionario con preguntas abiertas.

3.6. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos, se realizarán las coordinaciones previas con el médico jefe del Centro de Salud y la enfermera jefa del centro de salud mediante el documento brindado por la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad alas peruanas , asimismo con la enfermera encargada del consultorio de Crecimiento y Desarrollo del niño.

Luego de recolectar los datos, estos serán procesados mediante el uso de Excel previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz. En cuanto a los resultados serán presentados en gráficos y tablas estadísticos para su mejor comprensión, análisis e interpretación respectiva acorde con los objetivos y con la base teórica. Para realizar el análisis de la Variable Nivel de Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria, se aplicará la prueba de Stanones en tres categorías: Alto, medio y bajo. Asimismo para establecer la relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años del centro de salud Pedro Pablo Atusparia

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA: 1

CARACTERISTICAS DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

Perfil	F	%
Edad de Madre		
17 -25	5	15
27 -35	17	50
36 -45	12	35
Total	34	100
Estado Civil		
Soltera	--	
Conviviente	22	65
Casada	12	35
Total	34	100
Grado Instrucción		
Primaria completa	11	32
Secundaria completa	11	32
Superior	12	34
Total	-	--
Total	34	100
Número de Hijos		
1 – 2 Hijos	34	100
3 a 4 Hijos	22	65
Total	12	35
Total	34	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: El 50% de las madres tienen 25 a 35 años, el 35% tienen 17 a 24 años y el 15% 36 a 45 años. Respecto al estado civil el 65% son convivientes y 35% son casadas, el grado de instrucción en el 32% tienen primaria y secundaria completa respectivamente y el 34% tiene grado de instrucción superior. El número de hijos que tienen las madres en el 65% es de 1 a 2 hijos y el 35% con 3 a 4 hijos.

TABLA: 2

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS**

Niveles	F	%
Alto	12	35
Medio	14	41
Bajo	8	24
Total	34	100.00

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se observa que el 41%(14) madres tienen un nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria, el 35%(12) tienen un nivel alto y el 24% de las madres tienen un nivel bajo

TABLA: 2

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS**

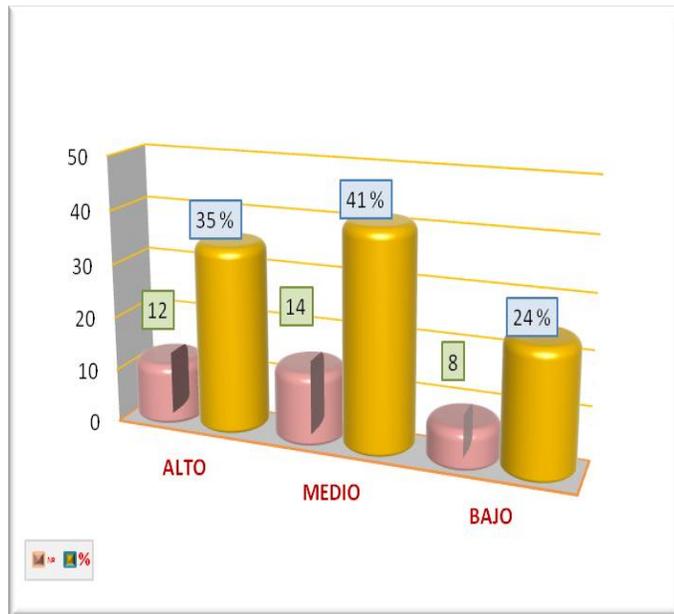


TABLA: 3

**ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS DE EDAD DEL
CENTRO DE SALUD PEDRO PABLO ATUSPARIAS**

Estado Nutricional	f	f%
Desnutrido	0	0
Normal	26	74
Sobrepeso	8	26
Total	60	100

Fuente: Elaborado propia

Interpretación:

Se observa que predomina el estado nutricional Normal en 26 niños representando por el 74% y solamente el 26% equivalente a 8 niños con sobrepeso.

GRAFICO: 3

**ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS DE EDAD DEL
CENTRO DE SALUD PEDRO PABLO ATUSPARIAS**

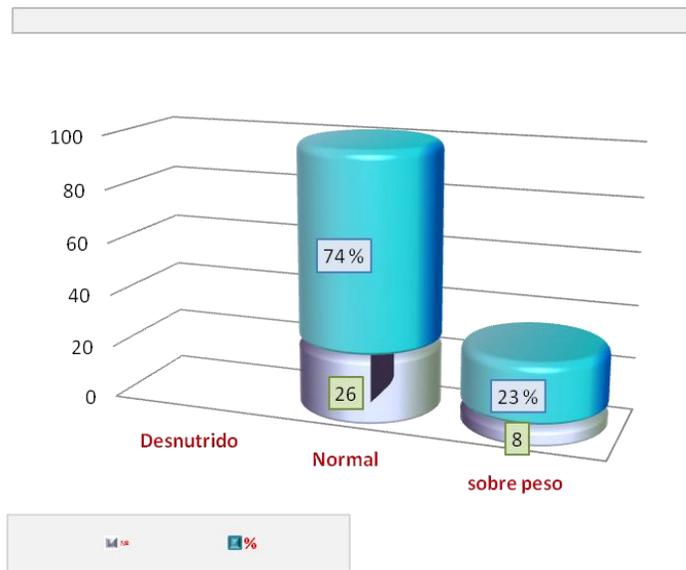


TABLA: 4

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS Y EL
ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO**

RELACIÓN		ESTADO NUTRICIONAL		
Nivel de conocimiento	Desnutrido	Normal	Sobrepeso	Total
Alto	0	16	0	16
Medio	0	10	2	12
Bajo	0	-	6	6
Total	0	26	8	34

Fuente: Elaborado propia

Interpretación: Existe relación entre las variables ya que se encontró que 26 niños presentaron un estado nutricional normal y un nivel de conocimiento alto y medio entendiéndose que podrán tener la medias antropométricas adecuadas para su edad. Asimismo los niños que tienen sobrepeso sus madres obtuvieron un nivel de conocimiento bajo, siendo una situación de riesgo.

CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS

Ha.-Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de dos años y el estado nutricional del niño atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias de agosto – diciembre 2016

H°.No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de dos años y el estado nutricional del niño atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias de agosto – diciembre 2016

ESTADISTICO DE PRUEBA H^a la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres y el estado nutricional, en niños menores de dos años

ESTADISTICO DE PRUEBA: "CHI-CUADRADO" $\chi^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$

- Nivel de significancia = **0.05**



Valor de la Distribución	Grados de Libertad	"p"
$\chi^2 = 7.14$	$(F-1) \times (C-1) = (2-1) \times (2-1) = 1$	0.0075

Interpretación: Debido que la probabilidad del estadístico **p = 0.0075 es menor que 0.05**. Se determina que el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres se relaciona con el estado nutricional de los niños menores de dos años

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Referente al objetivo general que es establecer la relación entre las variables nivel de conocimiento alimentación complementaria y el estado nutricional en niños de dos años de edad encontrándose que el 41%(14) de las madres tienen un nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria, el 35%(12) tienen un nivel alto y el 24% de las madres tienen un nivel bajo. Entonces se encuentra que existe relación entre las variables. Este resultado es semejante al estudio realizado por Barrientos carazas María Luz - “Conocimiento sobre Alimentación adecuada y madurez social en relación al estado nutricional de niños de 3 meses a 9 años de la Cuna Jardín del Instituto Nacional de Salud del Niño” 2009, Perú que concluyo que se encuentra relación entre el conocimiento y el estado nutricional.

Se define a la alimentación complementaria como el proceso mediante el cual el niño adquiere hace inicio de la alimentación necesaria para asegurar su crecimiento y desarrollo de esta manera integramos las funciones intelectuales.

Hay muchas formas de valorar el estado nutricional infantil, pero hay que saber elegir el método más favorable al perfil de los niños (sexo, edad). Para la valoración del perfil nutricional de niños de un año de edad se recomienda utilizar el índice peso/edad, seguido de la talla para la edad, pues en este rango de edad el peso es más sensible y es el primero en modificarse en situaciones de de privación nutricional.

Los resultados obtenidos en este trabajo reflejan un estado nutricional normal, y un porcentaje en minoría nos muestra que está presente el sobrepeso y esto va en concordancia con la idea errónea que ver a un niño gordito es sinónimo de salud. Además, la no detección oportuna de la desnutrición podría interpretarse como consecuencia de la condición de pasividad del sistema de orientación que realiza el Centro de Salud. Cuando se determinó los percentiles correspondientes a los parámetros peso y talla respecto a la edad, se confirmó la predominancia de

un estado nutricional normal y un mínimo pero importante porcentaje de niños que presentaron sobrepeso.

CONCLUSIONES

- Entre las características socio demográficas de las madres se encuentra que el mayor porcentaje de ellas tienen 25 a 35 años, seguido de las que tienen 17 a 24 años. Respecto al estado civil el mayor porcentaje son convivientes, seguido de las madres casadas, el grado de instrucción que mayor porcentaje tiene son la de nivel secundaria y el 34% tiene grado de instrucción superior.
- Existe relación entre el conocimiento sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños, evidenciándose porque cuando el nivel de conocimiento es alto y medio el estado nutricional es normal y sus medidas antropométricas son adecuadas para su edad. Asimismo los niños que tienen sobrepeso sus madres obtuvieron un nivel de conocimiento bajo, siendo una situación de riesgo.
- Predomina un nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria en el 41%(14) de las madres, seguido del 35%(12) que tienen un nivel alto y el 24% de las madres tienen un nivel bajo.
- El estado nutricional que presentan los niños es normal en 26 niños representando por el 74% y solamente el 26% equivalente a 8 niños se encuentran en sobrepeso

RECOMENDACIONES

- ☑ Se recomienda implementar actividades de orientación y promoción de la salud que permita a la madre comprender la relación que debe existir entre el peso y la talla de sus niños la cual indicara un adecuado estado nutricional.
- ☑ Promover orientaciones de alimentación complementaria sin llegar a incorporar cantidad que calidad identificando los factores de una mala alimentación y con ello evitando las consecuencias de la misma como el sobrepeso y la desnutrición
- ☑ Concientizar a las madres de familia, para que acudan a los centros de salud más cercanos para buscar la atención oportuna así como las orientaciones necesarias a través de sesiones educativas y tareas necesarias para la buena nutrición.
- ☑ Tratar de hacer comprender a las madres sobre la necesidad de proporcionar al niño la atención alimentaria necesaria según su edad, lo cual se puede lograr a través de su asistencia al programa de CRED obteniendo las instrucciones necesarias del personal capacitado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- **Martinez S.** Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil México 2007
- 2.- **Caytan M. Huffman S. Piwoz.** Intervenciones para mejorar la ingesta de la alimentación suplementaria. 2008
- 3.- <http://rpp.pe/politica/elecciones/asi-esta-el-peru-2016-desnutricion-y-obesidad-en-nuestro-pais-noticia-940369>
- 4.- <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-infantil-en-ninas-y-ninos-menores-de-cinco-anos-disminuyo-en-31-puntos-porcentuales-8963/>
- 5.- <http://larepublica.pe/impresasociedad/752097-desnutricion-no-disminuye-en-region-lambayeque-y-geresa-intensifica-estrategias>
- 6.- <http://www.minsa.gob.pe/dgps/actividades/promocion-crecer%20.pdf>
- 7.- **García de León Cecilia Mercedes,** Investigación titulada, Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 2 año de edad, de la comunidad el tablón del municipio de Sololá Quetzaltenango-Guatemala, Octubre de 2013”
- 8.- **Gatica, Cristina I.** Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años y influencia del conocimiento materno Buenos Aires nov./dic. 2015
- 9.- **Castro Sulca Karen Vanessa-** Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa Cred de un C.S SJ.M 2015
- 10.- **Jiménez Huamani Cesar Orlando** “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses de edad que acuden al centro de salud Fortaleza en el año 2008

11.-Arely Yaneth Mendoza Chuquilin y Ana Rosa zapata zarpan,
Investigación que lleva por título capacidades y acciones de cuidado de la madre y el estado nutricional del niño menor de 2 años del puesto de salud alto moche Trujillo- Perú 2015

12.-Cisneros Poma, Evelin Patricia y Vallejos Esquives, Yacarly Yaneth, Chiclayo Conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses - Reque -2014

13.- Cisneros Poma, Evelin Patricia y Vallejos Esquives, Yacarly Yaneth, Chiclayo Investigación conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses - Reque - 2014.

14.- Mónica Arcila Montalvo, M. V. Joisy. Factores socioeconómicos y influencia del estado nutricional en el niño de dos años distrito de Chiclayo- período Lambayeque- Perú 2014.

15 Cassirer, E. El problema del conocimiento en la filosofía y en la ciencia modernas, México, [FCE](#), 1979, 4 vols.

16.- Russell, B. (1959). El conocimiento humano: su alcance y sus limitaciones. Madrid. Taurus.

17.-http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje2/estudio-investigacion/NT_CRED_MINSA2011.pdf

18http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4029/1/Garcia_cl.pdf

19.-http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje2/estudio-investigacion/NT_CRED_MINSA2011.pdf

20.-<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/madeleine-leininger.html>

ANEXOS

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	Tipo Diseño Método
<p>Problema General.</p> <p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de dos años y el estado nutricional del niño atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias Chiclayo 2016?</p>	<p>Objetivo General.</p> <p>Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de dos años y el estado nutricional del niño atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias Chiclayo 2016</p> <p>Objetivos Específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Reconocer las características socioculturales de las madres de niños 	<p>Ha.- Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de dos años y el estado nutricional del niño atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria</p>	<p>Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Características sociodemográfica ➤ Aspectos básicos sobre alimentación complementaria 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Edad ➤ Número de hijos ➤ Estado civil ➤ Concepto de alimentación complementaria. ➤ Características de la alimentación complementaria ➤ Consistencia de los alimentos. ➤ Frecuencia de los alimentos. ➤ Cantidad de los alimentos. ➤ Tipos de alimentos ➤ Factores que influyen en la alimentación complementaria. ➤ Entorno del niño ➤ Edad de inicio de la 	<p>Tipo.</p> <p>El estudio responde al tipo de investigación Cuantitativo .</p> <p>Nivel : Descriptivo</p> <p>Diseño.</p> <p>El diseño descriptivo correlacional</p>

	<p>menores de dos años atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias Chiclayo 2016</p> <p>✓ <input type="checkbox"/> Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de dos años atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de dos años y el estado nutricional del niño atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias Chiclayo 2016</p>	<p>a en madres de niños menores de dos años y el estado nutricional del niño atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias Chiclayo 2016</p> <p>✓ H° No Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de dos años y el estado nutricional del niño atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias de la relación entre el nivel de conocimiento</p>	<p>Estado nutricional</p>	<p>➤ Beneficios de la alimentación complementaria</p>	<p>alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Beneficios para el crecimiento ➤ -Beneficios para el desarrollo ➤ Medidas para una alimentación complementaria adecuada. ➤ -Medidas de higiene en la preparación de alimentos 	
--	---	--	---------------------------	---	--	--

	<input type="checkbox"/> Identificar el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad del centro de salud Pedro Pablo Atusparias de agosto – diciembre 2016.	sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de dos años y el estado nutricional del niño atendido en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias Chiclayo 2016				
--	--	---	--	--	--	--



Anexo 02

CUESTIONARIO

Muchas gracias por su colaboración. Cada respuesta correcta vale un punto.

Nombre de la madre	Edad	Grado de instrucción			

Nombre del hijo	Sexo		Edad en meses	Peso	Talla
	M	F			

CONOCIMIENTO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

- 1) ¿Sabe Ud. qué es alimentación complementaria?
 - a) Dar lactancia materna más alimentos como pescado, carnes, verduras, menestra y huevos.
 - b) Darle sólo biberón.
 - c) Dar sólo alimentos sin leche materna.
 - d) Quitar la leche materna y darle solo sopa.

- 2) ¿Para qué le da alimentos a su hijo?
 - a) Para que crezca y se desarrolle bien.
 - b) Para que no tenga hambre y sea inteligente.
 - c) Para que no llore.
 - d) Para que no se enferme.
 - e) Todas son correctas.

- 3) ¿Cuándo cree Ud. que es recomendable iniciar la alimentación de su niño?
- Cuando antoja comer.
 - Cuando no tiene leche materna.
 - A los seis meses de edad.
 - Al año de edad.
 - Cuando coma solo.
- 4) ¿Por qué le da alimentos a su hijo a la edad de seis meses?
- Porque con el pecho ya no se alimenta bien.
 - Porque su barriga esta creciendo.
 - Porque ya coge la cuchara.
 - Porque tiene dientes.
 - Porque ya no tiene leche materna Ud.
- 5) ¿Sabe Ud. con que alimentos se debe iniciar la alimentación de un niño?
- Agüitas.
 - Caldos y/o sopas.
 - Sangrecitas.
 - Papillas, mazamorras.
 - N/S.
- 6) ¿Cuántas veces es recomendable que coma un niño de acuerdo su edad en el día?
- 2 a 3 veces.
 - 4 a 5 veces.
 - 6 a 7 veces.
 - Más de 7 veces.
 - Cuando llore.
- 7) ¿Sabe Ud. Qué alimentos son más nutritivos para su hijo?
- Comidas espesas (segundos, purés, papillas, mazamorras verduras menestras).
 - Caldos y/o sopas.
 - Jugos variados.
 - N/S.
- 8) ¿Es bueno agregar aceite a los purés o papillas?
- Si.
 - No.
- 9) ¿Cuáles son los alimentos más importantes para el crecimiento y desarrollo de su hijo?
- Carnes, papa, lentejas, arroz.
 - Frutas y verduras vitaminas.
 - Aceite, grasas y azúcares, minerales, leche, huevo.
 - Todas.
- 10) ¿En qué momento cree que es bueno dar de lactar a su niño?
- 15 minutos antes que coma.
 - 15 minutos después que coma.
 - A cualquier momento.
 - Entre las comidas.

11. ¿Cuáles cree Ud. que sean las causas de que un niño se desnutra?
- Por que come poco.
 - Porque come caramelo.
 - Toma agua hervida.
 - Porque no toma leche materna.
 - Todas son incorrectas.
12. ¿Considera correcto que un niño se alimente únicamente de leche materna los primeros seis meses de vida?
- Si.
 - No.
13. ¿Cree usted que darle a su hijo sal, azúcar, miel de abeja, huevos y cítricos antes de cumplir el año son recomendables?
- Si.
 - No.
14. ¿Cómo debe ser la consistencia de la papilla?
- sólida.
 - líquida.
 - espesa.
 - como la miel.
15. ¿Que cantidad de puré, papillas o mazamorra come al día su hijo?
- 10 g.
 - 15g.
 - 20g.
 - 100g.
 - Medio plato.
16. ¿A qué edad debe iniciar la alimentación complementaria en su hijo (a) varón o mujer?
- 3 meses.
 - 4 meses.
 - 5 meses.
 - 6 meses.
 - 7 meses.
 - N/S.
17. Diga Ud. cuál es la frecuencia de consumo del siguiente alimento? (Hígado de pollo).
- Diario.
 - Inter diario.
 - tres veces a la semana.
 - una vez al mes.
 - No le doy nada.

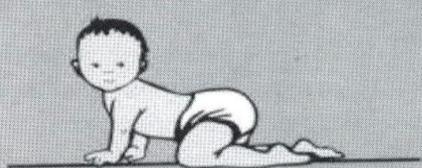
INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

TALLA (cm)	PESO para TALLA Desnutrición Aguda				
	Normal		Sobrepeso		
	Riesgo	Normal	-1 DE	+2DE	
	<-2DE	-2DE	-1 DE	+2DE	>>2DE
45	1.5	1.9	2.9		
46	1.7	2.1	3.1		
47	1.9	2.3	3.4		
48	2.2	2.5	3.8		
49	2.5	2.8	4.2		
50	2.5	2.9	4.4		
51	2.6	3.1	4.6		
52	2.8	3.2	4.8		
53	2.9	3.4	5.0		
54	3.1	3.6	5.3		
55	3.2	3.8	5.6		
56	3.2	4.0	5.9		
57	3.7	4.3	6.1		
58	3.9	4.5	6.4		
59	4.1	4.8	6.7		
60	4.4	5.0	7.1		
61	4.6	5.3	7.4		
62	4.9	5.6	7.7		
63	5.2	5.8	8.0		
64	5.4	6.1	8.3		
65	5.7	6.4	8.7		
66	6.0	6.7	9.0		
67	6.2	7.0	9.3		
68	6.5	7.3	9.6		
69	6.8	7.5	9.9		
70	7.0	7.8	10.2		
71	7.3	8.1	10.5		
72	7.5	8.3	10.8		
73	7.8	8.6	11.1		
74	8.0	8.9	11.4		
75	8.2	9.0	11.6		
76	8.4	9.2	11.9		
77	8.6	9.4	12.1		
78	8.9	9.7	12.4		
79	9.0	9.9	12.6		
80	9.2	10.1	12.9		
81	9.4	10.2	13.1		
82	9.6	10.4	13.3		
83	9.7	10.6	13.5		
84	9.9	10.8	13.8		
85	10.1	11.0	14.0		
86	10.3	11.2	14.2		
87	10.5	11.4	14.4		
88	10.6	11.6	14.7		
89	10.8	11.8	14.9		
90	11.0	12.0	15.1		
Estatura (medido de pie)					
80	8.9	10.0	13.9		
81	9.1	10.2	14.1		
82	9.3	10.4	14.3		
83	9.5	10.6	14.6		
84	9.7	10.8	14.8		
85	9.9	11.0	15.0		
86	10.1	11.2	15.3		
87	10.3	11.5	15.5		
88	10.5	11.7	15.7		
89	10.7	11.9	16.0		
90	10.9	12.1	16.2		
91	11.1	12.3	16.4		
92	11.3	12.5	16.7		
93	11.5	12.8	16.9		
94	11.7	13.0	17.2		
95	11.9	13.2	17.4		
96	12.1	13.4	17.7		
97	12.4	13.7	17.9		
98	12.6	13.9	18.2		
99	12.8	14.1	18.5		
100	13.0	14.4	18.8		
101	13.2	14.6	19.1		
102	13.4	14.9	19.4		
103	13.7	15.1	19.7		
104	13.9	15.4	20.0		
105	14.2	15.6	20.4		
106	14.4	15.9	20.7		
107	14.7	16.2	21.1		
108	14.9	16.5	21.4		
109	15.2	16.8	21.8		
110	15.4	17.1	22.2		
111	15.7	17.4	22.6		
112	16.0	17.7	23.1		
113	16.3	18.0	23.5		
114	16.6	18.3	24.0		
115	16.9	18.6	24.4		
116	17.2	18.9	24.9		
117	17.5	19.3	25.4		
118	17.9	19.6	26.0		
119	18.2	20.0	26.5		
120	18.5	20.4	27.1		

TABLA DE VALORACION NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA

Niños menores de 5 años



PESO para TALLA
Desnutrición Aguda

TALLA (cm)	Peso (kg)				
	Normal		Sobrepeso		
	Riesgo	Normal	-1 DE	+2DE	
	<-2DE	-2DE	-1 DE	+2DE	>+2DE

INSTRUCCIONES:

- Ubique en la columna de TALLA, la talla del niño
- Compare el peso del niño con los valores que aparecen en el recuadro adjunto y clasificar

Si el valor del peso es o se ubica:	Clasificación
Debajo de -2DE	Desnutrido agudo
De -2DE a debajo de -1DE	Normal en riesgo
De -1DE a +2DE	Normal
Mayor a +2DE	Sobrepeso

DE = Desviación Estándar
 Peso por longitud (medido echado) 45 a 90 cm
 Peso por estatura (medido de pie) 80 a 120 cm

Elaboración: María Cornejo - Área de Normas - CDNAH - Teléfono: 465-3016 - J. Tello y Barro 276, José Martí, Lima - Perú 2014 - 4ª Edición

Impreso en: Editorial e Imprenta DESKOPY E.I.R.L. Telef.: 446-3035 Telefax: 446-5902