



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CONOCIMIENTOS DE ALIMENTACIÓN  
COMPLEMENTARIA EN MADRES, ASOCIADO AL  
ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE SEIS MESES A  
DOS AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD  
EDIFICADORES MISTI, AREQUIPA, 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN  
ENFERMERÍA**

**VICTOR HUGO RODRIGUEZ WAYNA**

<b>ASESOR PRINCIPAL</b>	<b>: Mg. Hortencia Peralta T.</b>
<b>ASESOR METODÓLOGO</b>	<b>: Dra. Victoria Segovia de R.</b>
<b>ASESOR DE REDACCIÓN</b>	<b>: Lic. Ricardo Sotomayor Z.</b>

**AREQUIPA – PERÚ  
2015**

## DEDICATORIA

A mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento gracias por darme la oportunidad de estudiar una carrera para mi futuro y por creer en mí aunque pasamos momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome su amor. Los quiero con todo mi corazón, este trabajo se los dedico a ustedes pues es fruto de todo el apoyo y esfuerzo que siempre me brindaron. Gracias

## AGRADECIMIENTO

*Agradezco a Dios por haberme encaminado a la elección de esta noble carrera.*

*A la Escuela Profesional de Enfermería y a los docentes que contribuyeron a nuestra formación profesional*

*A la Mg. Hortensia Peralta Prieto por su asesoramiento e incondicional apoyo en la realización del presente trabajo de investigación.*

*A la Dra. Victoria Segovia de Romero por asesorarme en los inicios de este trabajo de investigación, por su generosa dedicación.*

## RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar el conocimiento de alimentación complementaria en madres asociado al estado nutricional de niños de seis meses a dos años atendidos en el Centro de Salud Edificadores Misti, Arequipa, 2015. Bajo el enfoque de Watson y Ramona. El estudio es de tipo cuantitativo no experimental de corte transversal, diseño correlacional. La población estuvo conformada por 719 de las cuales 195 madres, obtenida por muestreo no probabilístico por cuotas; para la recolección de datos se aplicó dos instrumentos: un cuestionario conocimiento sobre alimentación complementaria y las tablas de valoración nutricional antropométrica. Concluyendo que las madres tienen un nivel de conocimiento malo sobre alimentación complementaria. Por otro lado el mayor porcentaje de niños de seis meses a dos años tiene un estado nutricional de normal o eutrófico. Finalmente no existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad que asiste al consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Edificadores Misti. Con un 95% de confiabilidad y significancia ( $p\text{Value}<0,05$ , aplicando chi – cuadrado).

**Palabras clave:** *alimentación complementaria, conocimiento, estado nutricional.*

## **ABSTRACT**

This study aims to determine the knowledge of complementary feeding mothers associated with the nutritional status of children aged six months to two years attended at the Health Center Life Builders Misti, Arequipa, 2015. Under the approach of Watson and Ramona. The study is not experimental quantitative transversal correlational design. The population consisted of 719 of which 195 mothers, obtained by non-probability quota sampling; a questionnaire on complementary feeding knowledge and tables anthropometric nutritional assessment: data collection for two instruments are applied. Concluding that mothers have a level of knowledge on complementary feeding bad. On the other hand the highest percentage of children aged six months to two years has a normal nutritional status or eutrophic. Finally there is no significant relationship between the level of knowledge of the mother on complementary feeding and nutritional status of children aged 6 to 24 months old who attends the office of Growth and Development in the Health Center LifeBuilders Misti. With 95% reliability and significance (pValue <0.05, using chi - square).

Key words: complementary feeding, knowledge and nutritional condition.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b>	
<b>AGRADECIMIENTO</b>	
<b>RESUMEN</b>	<b>i</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>ii</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>iii</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS</b>	<b>v</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>vii</b>
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos de la Investigación	4
Objetivo general	4
Objetivos específicos	4
1.4. Justificación	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL</b>	
2.1 Antecedentes investigativos	7
2.1.1. A nivel internacional	7
2.1.2. A nivel nacional	8
2.1.3. A nivel local	11
2.2 Bases teóricas	13
2.3 Definición de Términos	34
2.4 Hipótesis y variables	34
2.4.1. Hipótesis general	34
2.4.2. Hipótesis específicas	35

2.5. Variables	35
2.5.1. Definición conceptual de la variable	36
2.5.2. Definición operacional de la variable	36
2.5.3 Operacionalización de la variable	37
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1. Tipo y nivel de Investigación	39
3.2. Descripción del ámbito de la Investigación	40
3.3 Población y Muestra	41
3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	43
3.5 Validez y Confiabilidad del Instrumento	45
3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos	46
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	47
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	61
<b>CONCLUSIONES</b>	65
<b>RECOMENDACIONES</b>	66
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	67
<b>ANEXOS</b>	73

## ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
<b>Tabla 3</b>	Distribución de frecuencia y porcentaje por edad de las madres de niños de seis meses a dos años atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti, Arequipa, 2015.	47
<b>Tabla 4</b>	Distribución frecuencia y porcentaje por grado instrucción de las madres de niños de seis meses a dos años atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti, Arequipa, 2015.	48
<b>Tabla 5</b>	Distribución frecuencia y porcentaje por ocupación de las madres de niños de seis meses a dos años atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti, Arequipa, 2015.	49
<b>Tabla 6</b>	Distribución frecuencia y porcentaje por estado civil de las madres de niños de seis meses a dos años atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti, Arequipa, 2015.	50
<b>Tabla 7</b>	Distribución del nivel conocimiento sobre alimentación complementaria madres de niños de seis meses a dos años atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti, Arequipa, 2015.	51

<b>Tabla 8</b>	Distribución de frecuencia y porcentaje según indicador peso para la talla, madres de niños de seis meses a dos años atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti, Arequipa, 2015.	52
<b>Tabla 9</b>	Distribución de frecuencia y porcentaje según indicador talla para la edad, madres de niños de seis meses a dos años atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti, Arequipa, 2015.	53
<b>Tabla 10</b>	Distribución de frecuencia y porcentaje según indicador peso para la edad, madres de niños de seis meses a dos años atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti, Arequipa, 2015.	54
<b>Tabla 11</b>	Relación del conocimiento sobre alimentación complementaria y peso para la talla	55
<b>Tabla 12</b>	Relación del conocimiento sobre alimentación complementaria y talla para la edad	57
<b>Tabla 13</b>	Relación del conocimiento sobre alimentación complementaria y peso para la edad	59

## INTRODUCCION

El retraso de crecimiento infantil continúa siendo un importante problema de Salud Pública en los países en vías de desarrollo. Para el año 2010, se estimó que 171 millones de niños menores de cinco años a nivel mundial tuvieron retraso de crecimiento (27% del total de la población mundial en este rango de edad), y de ellos, el 96% provino de países en vías de desarrollo. (1)

En perspectiva con los demás países de la región de América del Sur, el Perú en el año 2012 fue el tercer país con mayores prevalencias de retraso de crecimiento, siendo superado únicamente por Ecuador y Bolivia. (2)

El conocimiento constituye la base teórica indispensable para determinar la alimentación ideal del niño durante los primeros meses.

La nutrición es uno de los pilares de la salud y el desarrollo en personas de todas las edades una nutrición mejor permite reforzar el sistema inmunitario, contraer menos enfermedades y gozar de una buena salud, el estado nutricional de un individuo es el resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes.

Es importante que los conocimientos de la madre o las personas encargadas de la alimentación del niño estén en relación con el estado nutricional, lo cual se vincula con los hábitos y costumbres que tiene sobre la administración de los alimentos como la frecuencia, consistencia, cantidad e inclusión oportuna de los alimentos según la edad. Si los niños reciben una alimentación adecuada, para evitar alteraciones nutricionales por defecto o por exceso y trastornos en su crecimiento y desarrollo.

La presente investigación determina la relación entre conocimiento de alimentación complementaria en madres asociado al estado nutricional de niños de seis meses a dos años atendidos en el Centro de Salud Edificadores Misti, Arequipa.

Este trabajo presenta los siguientes capítulos:

En el capítulo I, se presenta el planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos, la justificación.

En el capítulo II, se abordan los aspectos teóricos relacionados con conocimiento de alimentación complementaria y estado nutricional de niños de seis meses a dos años.

En el capítulo III, aspectos relacionado con la metodología que se aplicó en la investigación.

En el capítulo IV se ofrece la interpretación de los resultados de dicha investigación.

En el capítulo V se presenta la discusión, conclusiones y recomendaciones de esta Tesis.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En América Latina y el Caribe casi en todos los países de medianos ingresos, el problema es la desigualdad, registrándose diferencias de hasta 14 puntos porcentuales en los niveles de desnutrición entre las zonas rurales y las zonas urbanas. En el Perú, hubo una reducción lenta de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil. (3)

La desnutrición crónica infantil es un problema social muy importante porque a corto plazo incrementa en el niño su riesgo a morir y enfermarse de ceguera (por falta de vitamina A). Además, produce deterioro neurológico, reduce la función inmune (deficiencia de hierro), retrasa el crecimiento, aumenta la susceptibilidad a las infecciones (deficiencia de zinc). También es importante porque el niño que ha sufrido desnutrición tendrá luego problemas de desempeño escolar y el rendimiento cognitivo: reduce el número de grados completados de la educación básica, aumentan las tasas de deserción escolar, incrementa el tiempo de promoción al siguiente grado y retarda la adquisición de conocimientos. (3)

Al afectarse el rendimiento cognitivo y la educación, la desnutrición repercute posteriormente en bajos salarios y pobre productividad. Se ha demostrado que el aumento del 10 por ciento en el rendimiento cognitivo conduce al incremento de 13% y 22% de aumento en los salarios. También se ha comprobado que los niños que sobreviven a la desnutrición tienen problemas de salud en la adultez. Aquellos niños desnutridos que aumentan de peso rápidamente en la niñez (por ejemplo, sometiéndose a los programas de suplementación alimentaria preescolar y/o escolar), corren más riesgo de contraer enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, coronariopatías) en la edad adulta. (3)

El estado nutricional es el resultado del balance entre lo consumido y lo requerido por el cuerpo, y está determinado por la calidad y cantidad de nutrientes de la dieta y por su utilización asimilación completa en el organismo. (3)

Los problemas en la alimentación y nutrición son diversos. El hambre puede definirse como la “escasez de alimentos básicos que causa carestía y miseria generalizada”; la malnutrición como el “estado patológico debido a la deficiencia, el exceso o la mala asimilación de los alimentos”; la desnutrición como el “estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos” (4)

La desnutrición crónica infantil es el principal problema de nutrición que afronta el país. La desnutrición en la primera etapa de la vida afecta el desarrollo intelectual y físico de niños y niñas aumentando el riesgo de mortalidad, que contribuyen a contraer enfermedades no transmisibles en la etapa adulta (diabetes, enfermedades cardiovasculares, crecimiento, entre otros). Si bien en los últimos 10 años, la tasa de desnutrición crónica infantil (DCI) en el promedio nacional se ha reducido un 31% en el año 2000 a 18,1% en el año 2012 (según resultados de la Encuesta

Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2012), esto significa que en la actualidad cerca de 530,000 niños y niñas menores de 5 años en el país sufren de desnutrición crónica infantil. (4)

De acuerdo a los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú a partir de los 6 meses de edad el niño deben iniciar la alimentación complementaria, es cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y alcanzar un desarrollo adecuado. (5)

Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no solo de que alimentos se le ofrece al niño en sus comidas (que dar de comer), sino también es importante la manera de cómo, cuándo, dónde y quién da de comer a una niño (5)

Según el Ministerio de Salud en la Región Arequipa el índice de desnutrición crónica es 12%, por debajo del índice nacional que es del 23%, este indicador es el promedio de toda la región lo cual no refleja la realidad de algunos distritos que poseen índices por encima del 80%, es decir cada 8 a 10 niños sufren de desnutrición crónica.

La nutrición infantil es el resultado de factores directamente relacionados con la ingesta de alimentos y la salud de individuo. UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) propone para lograr y mantener el bienestar nutricional del niño que es preciso actuar entorno a los siguientes campos: 1) acceso a alimento, 2) adecuadas prácticas de cuidado integral materno infantil y 3) adecuados servicios de salud, abastecimiento de agua segura y saneamiento ambiental. (6)

En la atención del niño sano del Centro de Salud Edificadores Misti se evidencio que las madres tienen muchas dudas sobre la alimentación complementaria, desde cuando empezar la alimentación y como preparar los alimentos en la alimentación de sus niños.

## **1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

### **1.2.1 Problema General**

¿Existe relación entre el conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de seis meses a dos años atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Edificadores Misti?

### **1.2.2 Problema Específicos**

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Edificadores Misti?

¿Cuál es el estado nutricional del niño de seis meses a dos años, hijo de madres atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Edificadores Misti?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la relación entre el conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de sus niños de 6 meses a 2 años atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Edificadores Misti.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Edificadores Misti.

Identificar el estado nutricional del niño de 6 meses a 2 años, hijos de madres atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Edificadores Misti.

#### **1.4 JUSTIFICACIÓN**

La desnutrición infantil puede producirse en distintas etapas de la vida del niño; se inicia con mucha frecuencia en el periodo de 6 meses a 2 años de edad, cuando el niño empieza a comer los mismo alimentos que consume la familia, el niño deja la leche materna como fuente principal de nutrición, de aquí en adelante no ingiere los nutrientes que requiere, ya sea por pobreza o por desconocimiento de las madres y padres de lo que debe ser una adecuada alimentación. (6)

El presente trabajo es pertinente porque está dentro del campo de la profesión de Enfermería. La profesional de enfermería en todo momento trata de lograr que el niño tenga una buena nutrición para ello es que recibiendo alimentos de calidad y tenga buena salud, ya que es una de las actividades fundamentales de la enfermera en la detección y seguimiento de los niños con problemas de estados nutricionales, con la finalidad de dar soluciones y mejorar la calidad de vida de los niños lo que a su vez dependerá de que, el niño sea bien atendido en su casa y comunidad, que su padres sepan escoger, utilizar y preparar sus alimentos con calidad nutritiva e higiene.

La trascendencia del estudio de investigación sirve para evidenciar que es necesario invertir en prevención de la desnutrición infantil. Si un niño no recibe los nutrientes necesarios durante su gestación hasta los 5 años de vida, las probalidades de ser un niño desnutrido se incrementa. Los efectos de la desnutrición son graves y muy costosos para las generaciones actuales y futuras. (7)

El resultado de la presente investigación será de utilidad en la educación comunitaria, destinada a mejorar el conocimiento de alimentaria complementaria relacionada con la salud, la nutrición y el desarrollo del niño de 6 meses a 2 años.

Los resultados del trabajo de investigación servirán de aporte científico actualizado para el personal de enfermería que labora en el servicio de crecimiento y desarrollo, para promover y/o diseñar actividades educativas destinadas a incrementar los conocimientos de alimentación complementaria en las madres con el fin de disminuir el riesgo de adquirir enfermedades carenciales y desnutrición.

La originalidad radica en que después de haber revisado la bibliografía se han encontrado estudios con otros enfoques y no como el presente trabajo donde el análisis de variables es diferente.

La justificación personal se basa en el propósito de obtener el título profesional de Licenciado en Enfermería.

### **1.5 Limitación de la Investigación**

No hubo limitación en la investigación

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

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

**ESPINALES, Z.**, (2012) en Ecuador, realizó un estudio titulado: "Alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses y su trascendencia en el estado nutricional, subcentro de salud, ciudadela Municipal, Junio a Noviembre 2010", el presente trabajo investigación se ha realizado la evaluación nutricional a los niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al subcentro de salud de la Ciudadela Municipal de la Ciudad de Portoviejo, para el muestreo, realizado durante 5 meses, se ha determinado a 100 madres que asisten a dicho subcentro a evaluación medicas rutinarias, cuyas edades comprenden las edades ya establecidas, para realizar una encuesta que consiste en 7 preguntas, la cual tiene como principal objetivo determinar si las madres proporcionan la lactancia materna, el tipo de alimento que sirve a menudo sus hijos, de qué manera son elaborados, cuál es su consistencia, si se le suministra algún tipo de suplemento alimenticio y la importancia de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses, durante y después

de la lactancia materna, hasta los 24 meses de edad, ya que cuando no es la adecuada afecta en el estado nutricional de los niños.

Se ha realizado la elaboración de una guía nutricional, ahí se pueden destacar diferentes tipos de menús, tomando en cuenta los requerimientos de los niños según la edad y las actividades físicas con una alimentación nutritiva y balanceada con la presencia de todos los grupos que conforman la pirámide alimenticia. (8)

**SÁENZ, M.**, realizó un estudio sobre “Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá”, Colombia en el año 2009. El método fue descriptivo, cualitativo y cuantitativo. Entre sus conclusiones se tiene que: El 40 % de las madres mantienen la lactancia materna a los 12 meses, lo cual parece mostrar buenos conocimientos sobre los beneficios de una lactancia prolongada. Por otra parte, el inicio de la alimentación complementaria se hizo en el 63 % de los casos a los 6 meses de vida y en un 28 % a los 4 meses y un pequeño porcentaje tardíamente después de los 12 meses, lo que refleja una buena información sobre la exclusividad de la lactancia en los primeros meses.(9)

### **2.1.2. A nivel nacional**

**BENÍTES C.**, realizó una investigación titulada “Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja”. Lima, en el año 2009, El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 madres. La técnica que se utilizó fue la entrevista. El instrumento fue un formulario y la ficha de evaluación del estado nutricional del lactante. Sus conclusiones fueron: “Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a

12 meses de edad, el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria mayoritariamente fluctúa entre medio y alto, siendo el nivel bajo el de menor porcentaje. (10)

**CÁRDENAS C.**, realizó una investigación titulada “Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas. Santa Anita”. Lima, en el año 2010. El método fue descriptivo transversal, la población estuvo constituida por 58 madres; el instrumento fue un cuestionario tipo escala de Lickert y la ficha de evaluación nutricional del lactante. Entre sus conclusiones se tiene que: El 70% de las madres tienen actitud de indiferencia hacia el inicio de la alimentación complementaria, la consistencia, tipos de alimentos, finalización de la lactancia materna exclusiva, frecuencia de la alimentación y tiempo en especial para alimentar a sus hijos. El 81% de las madres tienen una actitud de indiferencia de acerca del inicio de la alimentación complementaria. El 57 % de los lactantes evaluados tienen un peso normal de acuerdo a su talla y 43% tienen alteraciones nutricionales como obesidad, sobre peso, bajo peso, desnutrición, entre otras. (11)

**CISNEROS, P., VALLEJOS, E. y YACARLY, Y.**, realizó una investigación titulada “Efectividad del programa educativo en conocimientos, practicas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses, Reque”, Chiclayo en el año 2014. La presente investigación es de tipo cuantitativo–cuasiexperimental. La muestra fue constituida por 30 madres del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud de Reque, la recolección de datos se aplicaron 3 instrumentos: un cuestionario de 15 items, una escala de lickert con 11 items y una lista de cotejo, para el procesamiento de datos estadísticos se utilizó el programa SPSS versión 15, y la prueba de la T de student de muestras relacionadas. Asimismo los resultados obtenidos mostraron que con un 95% de confianza se estima que el programa de alimentación complementaria, tiene efecto significativo en el

conocimiento en las madres de los niños de 6 a 24 meses en cuanto al valor T. Los resultados muestran que el Pos Test 96.7% de madres alcanzaron un nivel de conocimientos alto, luego en prácticas se muestra el 76 % de las madres tenían una práctica adecuada, y el 24% practicas inadecuadas, finalmente 6,7 % de madres tienen actitudes inadecuadas, asimismo el 93,3 % de las madres tienen actitudes adecuadas. (12).

**OYOLA, G.**, realizó una investigación titulada "Estado nutricional del niño menor de 5 años en la provincia de Ica-Perú 2010". Se realizó un estudio observacional, descriptivo y ecológico. La metodología empleada involucra una descripción y análisis ecológico de los indicadores de las variables que describen el estado nutricional de los niños menores de 5 años de edad, observadas en la provincia de Ica. Resultados: Durante el año 2010, la prevalencia provincial según los estándares de la Organización Mundial de la Salud fueron: desnutrición crónica 10.4%, desnutrición global 2.2%, desnutrición aguda 2.1%, sobrepeso 8.4% y obesidad 2.0%. La desnutrición crónica tiene una prevalencia de 5.15% en el niño de menor de 6 meses de edad, pero luego sufre un incremento sostenido llegando a 16.44% entre los 18 y 23 meses de edad; momento en el cual comienza un descenso leve hasta 11.95% entre los 48 y 53 meses de edad. Se halló correlación positiva entre la prevalencia desnutrición crónica en niños menores de cinco años y: la incidencia de IRAS no complicadas y EDAS no complicadas, así como con la proporción de: mujeres con instrucción primaria o menos y viviendas cuyo piso era de tierra. Asimismo, se encontró correlación inversa de este problema con la proporción de: viviendas con acceso a red pública de desagüe dentro de la vivienda. En conclusiones: La prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, según Organización Mundial de la Salud es 10.4%. Déficit y exceso de peso coexisten como problemas de igual importancia en la provincia de Ica. El inicio de la alimentación complementaria y la inadecuada nutrición al iniciar la edad escolar podrían ser factores contribuyentes de la

desnutrición infantil, además de las características socioeconómicas de la población. Más del 50% de la prevalencia de malnutrición es explicada por las IRAS y EDAS. Existe inadecuado registro de las actividades preventivo-promocionales relacionadas al estado nutricional del niño. (13)

### **2.1.3. A nivel local**

**CAÑA, L. y LAZARTE, M.**, realizó un estudio sobre “Características de ablactancia y factores maternos que influyen en el estado nutricional en niños de 7 a 11 meses de la Micro Red Mariano Melgar”. Arequipa, en el año 2008. Estudio descriptivo de diseño correlacional analítico. Concluye que el estado nutricional fue normal en un 73%. Los factores maternos sociales que intervienen fueron que la persona encargada del niño fue la madre joven de pocos hijos que vive en Arequipa, con un ingreso económico menor al mínimo vital, destinan entre 5 y 10 soles diarios para alimentos, el nivel de instrucción de la madres fue secundaria en un 64,7% y el nivel de conocimiento sobre ablactancia fue regular. (14)

**GUEVARA, A.**, realizó un estudio titulado “Algunos conocimientos de la madre en la atención nutricional y evolución del crecimiento del niño durante el primer año. Consultorio de CRED del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza”. Arequipa, en el año 2010. El objetivo de determinar la relación entre algunos conocimientos de la madre en atención nutricional y evolución del crecimiento del niño durante año el primer año de vida. El tipo del presente estudio es descriptivo de corte transversal con diseño de correlacion. Como método de recolección de datos se utilizó la encuesta, como técnica la entrevista y como instrumento: un cuestionario que contiene una ficha familiar, una cartilla de pruebas de conocimiento de la madre y el registró de la evolución grafica de crecimiento en los controles. Los resultados del presente estudio fueron que el 50% son madres de 21 a 30 años, que tienen

grado de instrucción superior 47,6%, la mayoría de madres no viven solas tienen algún adulto a su lado y no tiene muchos hijos. Las madres que tienen mayores conocimientos tienen hijos con curva de crecimiento.

Finalmente se concluyó que existe relación entre algunos conocimientos y la situación de curva de crecimiento de los menores de 1 año, que las madres seleccionan correctamente los alimentos para la edad del niño, mas no lo valoran y saben para que realmente sirven por lo que se infiere la tendencia de una alimentación rutinaria mas no sustentada para adopción de la buena práctica de alimentación. (15)

**FRISANCHO, C.,** .realizo un estudio lleva por título "Prevalencia de anemia y su relación con el estado nutricional en niños de 6 meses a 2 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Alto Selva Alegre - Arequipa 2014". La población estuvo constituida por 267 niños de 6 meses a 2 años de edad atendidos en el centro de Salud Alto Selva Alegre, en los meses de noviembre, diciembre 2014 y enero 2015, se trabajó con toda la población. El método fue cuantitativo, nivel de investigación de campo, tipo correlacional, transversal, la técnica fue análisis documental, los instrumentos ficha de registro y tablas de valoración nutricional antropométrica del Ministerio de Salud. Se llegó a las siguientes conclusiones: La prevalencia de anemia en niños de 6 meses a 2 años de edad atendidos en el Centro de Salud Alto Selva Alegre es de 53.2%, prevaleciendo la anemia leve 44.2%, el estado nutricional según el indicador peso/edad es normal en un 73.0%, sin embargo el 25.1 % de niños es desnutrido. El estado nutricional según el indicador talla/edad es normal en un 70,40%, sin embargo el 27.4 % de niños tiene talla baja prevaleciendo la severa 21%. El estado nutricional según el indicador peso/talla es normal en un 70,04%, sin embargo el 13.8% es desnutrido. Existe relación significativa entre la anemia y los indicadores del estado nutricional peso/edad, talla/edad y peso/talla, existe relación de la prevalencia de anemia con el estado nutricional en

niños de 6 meses a 2 años de edad atendidos en el Centro de Salud Alto Selva Alegre. (16)

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **2.2.1. Teoría de Enfermería**

#### **A. Modelo de Jean Watson (17)**

“Teoría del Cuidado Humano”. En esta teoría la enfermería se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, salud y calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal.

#### **Metaparadigmas**

- Persona: Se le considera como un ser único que posee tres esferas: mente - cuerpo – espíritu, las cuales se ven influidas por el auto-concepto, ser que es libre de tomar decisiones, integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es predominante para el cuidado del paciente.
- Salud: La define como la unidad y armonía existente entre cuerpo, alma y espíritu. Así mismo está asociado con el yo percibido y el yo experimentado.
- Enfermería: Es un arte el momento en que la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez es capaz de expresarlos de manera similar a los que experimenta la otra persona.

Además considera que es una ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética.

Cada elemento asistencial describe el proceso, de la forma como un paciente alcanza o mantiene la salud o muere en paz, los tres primeros elementos son interdependientes y constituyen el fundamento filosófico de la ciencia de la asistencia.

Watson expone los supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería:

- El cuidado sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal.
- El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.
- El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia.
- Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser.
- Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado.

El cuidado genera más salud que curación. El cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o promover la salud. Por lo tanto, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia de la curación.

Esta teoría es importante para el estudio de investigación porque se considera muy importante en la profesión de enfermería que debe ponerse en práctica todos los conocimientos en la preventivo y promocional, los cuales deben ser transmitidos a través de la educación en salud.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Watson, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud. Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

### **B. Teoría de Ramona T. Mercer (18)**

“Adopción del rol materno: Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol”:

- Identidad materna, es tener una visión interiorizada de sí misma como madre.
- La flexibilidad de las actitudes de crianza aumenta el desarrollo, las madres más mayores poseen el potencial para responder de modo menos rígido con respeto a sus hijos y para considerar cada situación según las circunstancias.
- Actitudes y creencias maternas sobre la crianza
- Estado de salud; las percepciones de la madre y el padre acerca de su salud anterior, actual, futura; la resistencia susceptibilidad a la enfermedad; la preocupación por la salud; la orientación de la enfermedad y el rechazo del papel de enfermos.

- Tensión debida al rol: El conflicto y una dificultad que una mujer siente cuando debe afrontar la obligación del rol materno.
- Gratificación-satisfacción: la satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad.
- Temperamento del niño: existen temperamentos fáciles y difíciles; estos últimos se relacionan con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre es difícil de interpretar, lo que le crea sentimientos de incompetencia y frustración.
- Estado de salud del niño: se refiere a que las patologías del niño que producen la separación con su madre, interfieren en la vinculación.
- Características del niño: temperamento, apariencia y estado de salud.
- Padre o compañero: proceso de adopción del rol materno como no puede hacerlo ninguna otra persona. las interacciones del padre ayudan a diluir las tensiones y facilitan la adopción del rol materno.
- Estrés: sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo y variantes ambientales.

### **Metaparadigmas**

- **Persona:** “La individualización de una mujer puede aumentar su conciencia como persona. Los conceptos de autoestima y confianza en sí mismo son importantes para la adopción del rol maternal. La madre como persona se

considera una entidad independiente pero en interacción con el niño, el padre u otra persona significativa”.

- **Cuidado de enfermería:** “Enfermería es una profesión dinámica con tres focos principales: fomentar la salud y prevenir la enfermedad, proporcionar cuidados a quienes necesitan asistencia profesional para conseguir su nivel óptimo de salud y funcionamiento e investigar para mejorar las base del conocimiento para proporcionar un cuidado enfermero excelente; la enfermera proporciona asistencia a través de la formación y del apoyo, proporcionando cuidados con el cliente incapaz de proporcionárselos el mismo y se interpone entre el entorno y el cliente”.

“Enfermería se refiere a una ciencia que está evolucionando desde una adolescencia turbulenta a la edad adulta. Las enfermeras son las responsables de proveer salud, dada la continua interacción con la gestante durante toda la maternidad”.

- **Salud:** “Define el estado de salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura, la resistencia susceptibilidad a la enfermedad, la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo del rol enfermo. El estado de salud de la familia se ve perjudicado por el estrés preparto. La salud también se considera como un objetivo deseable para el niño y está influida por variables tanto maternas como infantiles.”

- **Entorno:** “Describe la cultura del individuo, la pareja, la familia o red de apoyo y la forma como dicha red se relaciona con la adopción del papel maternal. El amor, el apoyo y la contribución por parte del cónyuge, los

familiares y los amigos son factores importantes para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre”.

### **2.2.2. CONOCIMIENTO**

El conocimiento es un conjunto de información, reglas, interpretación y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento solo puede residir dentro de un conocedor, una persona determina que lo interioriza racional o irracionalmente.

#### **A. Características de Conocimiento**

- 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(es decir, de su propio hacer, ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal estando convencidas de su significado e implicaciones, articulando como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas piezas.
- Su utilización puede repetirse sin que el conocimiento” se consuma” como ocurre con otros bienes físicos, permite entender los fenómenos que las personas perciben (cada una a su manera, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado), y también evaluarlos, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismo para cada una en cada momento.

#### **B. Tipos de Conocimientos**

- Conocimiento científico; este es un pensamiento dinámico el cual utiliza métodos científicos investigación, experimentación, para aproximarse a la realidad o dar soluciones a un determinado problema. Este utiliza modelos, métodos, procedimientos e

información abstracta con el fin de determinar y explicar porque suceden las cosas. Todos los resultados que se adquieren del conocimiento científico es fundamentado en la realidad y en la investigación.

- Conocimiento artístico; es aquel que se utiliza para comunicarse emociones, pensamientos, sentimientos además de descubrir la belleza y sencillez de las cosas. El conocimiento artístico no se puede comunicar o transmitir, este es propio del individuo lo que posee y solo puede ser desarrollado por él.
- Conocimiento revelado; este conocimiento tiene dos formas; el conocimiento revelado por DIOS, y el conocimiento revelado por nuestra conciencia. Este viene dado por una representación de fe, en el que cualquier individuo que desea conocer algo, lo conoce de forma oculta o misteriosa. Es más aplicada a la teología o identidades religiosas.
- Conocimiento empírico; es el conocimiento que se da por casualidad de la vida, es decir, al azar, permitiendo a los seres humanos conducirse en su vida y las diferentes actividades que desarrollan, les permite salir de su rutina. Este conocimiento es propio las personas sin formación, pero que tiene conocimiento del mundo exterior, lo que se les permite actuar y determinar acciones, hechos y respuestas casi por instinto, de aquí que su fuente principal de conocimiento son los sentidos. (19)

### **2.2.3. ESTADO NUTRICIONAL**

#### **A. Nutrición**

La nutrición, es uno de los pilares de la salud y el desarrollo. En personas de todas las edades una nutrición mejor, permites reforzar el sistema inmunitario, contraer menos enfermedades y gozar de una buena salud. (20)

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo, una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.

Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. (21)

### **B. Estado nutricional**

Es el resultado dinámico de la relación que existe entre los requerimientos calóricos proteicos diarios para vivir y cubrir las actividades cotidianas y los aportes provenientes de los alimentos en sus diferentes presentaciones. Se entiende por estado nutricional óptimo a la verificación de normalidad de los diferentes elementos constitutivos del organismo con los valores referenciales según grupo etario. (22)

Los indicadores más comúnmente utilizados para evaluar el crecimiento del niño son: (23)

- Peso/edad: refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la estatura y por el peso relativo.
- Talla/edad: refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits se relacionan con alteraciones acumulativas de largo plazo en el estado de salud y nutrición.
- Peso/talla: refleja el peso relativo para una talla dada y define la proporcionalidad de la masa corporal. Un bajo peso/talla es indicador de emaciación desnutrición aguda. Un alto peso/talla es indicador de sobrepeso
- Índice de masa corporal/edad: es el peso relativo al cuadrado de la talla ( $\text{peso}/\text{talla}^2$ ) el cual, en el caso de niños, debe ser

relacionado con la edad. Su interpretación es similar a la mencionada para el peso/talla.

### **C. Valoración del estado nutricional**

La valoración de las deficiencias nutricionales es un enfoque integral, que realizara la enfermera para definir el estado nutricional del niño, recurriendo a una versión de los antecedentes nutricionales, a una exploración física, mediciones de peso, talla, constitución física y exámenes de laboratorio.

- Identificar a individuos que requieren de un apoyo nutricional intensivo.
- Restablecer o mantener un estado nutricional individual.
- Identificar la dieta adecuada al tratamiento médico y a la situación del paciente.
- Vigilar la eficacia de estos tratamientos. (24)

### **D. Evaluación del estado nutricional**

En principio, la valoración inicial se basa en la anamnesis, la exploración clínica y el estudio antropométrico, Solamente un número limitado de niños necesitan exámenes complementarios

#### **a. Anamnesis:**

Hay cuatro datos que son del máximo interés:

- El tipo de dieta: es importante reunir información sobre los alimentos que recibe el niño: cuánto, cuándo y dónde come. Es importante entender por qué come ó rehúsa algunos alimentos, así como de llevar a cabo una historia dietética desde el nacimiento.
- La conducta alimentaria.
- La actividad física.
- La existencia de enfermedades que puedan alterar la nutrición

## **b. Exploración clínica**

El examen físico se hará en la forma habitual mediante la exploración sistemática y ordenada de todos los sistemas orgánicos y se intentará detectar la presencia de manifestaciones clínicas sugestivas de carencias nutritivas. En los casos de desnutrición grave se pueden distinguir dos tipos clínicos bien definidos: marasmo y kwashiorkor.

El marasmo se caracteriza por disminución del crecimiento, la desaparición del panículo adiposo y la atrofia muscular. En el kwashiorkor en cambio lo característico es el edema y las lesiones de la piel y mucosa atribuibles a deficiencias vitamínicas. (25)

### - Laboratorio

- Albuminemia: es un indicador de las proteínas viscerales siendo el valor normal 3,5g/dl. Su vida media es de 3 semanas y es muy buen predictor de sobrevida en los pacientes.
- Prealbúmina: proteína transportadora de hormonas tiroideas y de retinol. Se denomina así porque migra antes de la albúmina en la electroforesis. También es indicador de proteínas viscerales, pero tiene una vida media de 3 días. Valor normal  $\geq 20$  mg/dl.
- Recuento de linfocitos a partir del hemograma se calcula según el recuento de leucocitos y el % de linfocitos. Está relacionado a la inmunidad celular y lo normal es 1.500 por mm<sup>3</sup>. (26)

## **E. Estudios antropométricos**

- Peso: Los niños deberán pesarse sin ropa o con la mínima posible, antes de tomar alimentos y previo a la toma hay que calibrar la balanza y confirmar que marca cero.

- Estatura: En los niños menores de 2 años se mide como longitud, el instrumento para medirla es el infantómetro. En los niños mayores de 2 años se mide como altura, el instrumento utilizado es el altímetro o estadiómetro.
- Perímetro cefálico: Es un indicador indirecto del crecimiento encefálico y más indirecto aún del estado nutricional. Se mide sobre un plano horizontal que va del occipucio a las prominencias frontales, pasando por el implante de las orejas con una cinta métrica no elástica. Se utiliza en la práctica clínica como parte del tamizaje para detectar potenciales alteraciones del desarrollo neurológico (hidrocefalia, etc.).
- Circunferencia del brazo (CB): Se toma del brazo izquierdo, a la mitad de la distancia que va del acromión al olecranon. Se pone el brazo flexionado 90 grados y se marca el punto medio, pero la medición se hace con el brazo extendido. Se usa para evaluar en poblaciones el estado nutricional de los niños entre 18 meses y 5 años. Basado en que el brazo incrementa de 15,5 a 16,4 cm independiente de la edad y que es sensible a sufrir decrementos por efectos de la desnutrición 14,5 menos de perímetro indica un elevado riesgo de padecer desnutrición. (23)

#### **2.2.4 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

La alimentación complementaria es la introducción de otros alimentos además de la leche materna, la cual se inicia a partir de los 6 meses, debido a que a partir de esta edad la lactancia materna exclusiva ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica.

El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente entre los 6 y 24 meses de edad, si bien la lactancia materna puede continuar hasta después de los dos años.

La alimentación complementaria no debe retrasarse más allá de los 6 meses de vida; también tener en cuenta que si la introducción se hace muy pronto, puede ocurrir una cesación temprana de la alimentación a pecho. Si la introducción se retrasa, al disminuir el volumen de la leche materna, no se llegaría a cubrir las necesidades de energía, hierro, zinc y otros minerales; respecto al amamantamiento, la Organización Mundial de la Salud recomienda que los lactantes continúen siendo amamantados hasta los dos años de edad, recibiendo a su vez el complemento de alimentos seguros.  
(27)

#### **A. Fases de la Alimentación Complementaria**

La alimentación de un niño se clasifica en tres etapas: lactancia, de transición y modificada del adulto.

- Lactancia Edad: primeros seis meses de vida. Alimentación: láctea exclusivamente.
- De transición Edad: entre los 6 y 8 meses de vida. Alimentación: se introducen alimentos diferentes a la leche y el tamaño de la “porción” va en aumento.
- Modificada de adulto Edad: entre los 8 y 24 meses de vida. Alimentación: los niños manejan los mismos horarios de alimentación que los adultos. Pueden comer casi todos los alimentos, aunque varía la “consistencia”. Cuando el niño consigue con sus dedos hacer el movimiento de pinza, debe fomentarse y promover que “tome” alimentos más sólidos y se los lleve a la boca. Alrededor del año de edad, el niño es capaz de cerrar los labios, apretarlos contra el vaso y tomar líquido del recipiente que otra

persona sostiene. Durante el segundo año de vida, los niños ya pueden tomar líquido del recipiente sin necesidad de ayuda. (28)

### **B. Cantidad de Alimentos**

- 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 (100gr ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales.
- Entre los 9 y 11 meses (150gr ó 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales.
- Finalmente entre los 12 y 24 meses (200gr ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales. (29)

### **C. Condiciones buena Alimentación**

Para dar una buena alimentación a los lactantes, es recomendable establecer y seguir una rutina que permite cumplir cabalmente con esta, se puede hacer:

- Tener horarios establecidos para la hora de las comidas, es mejor que sea siempre en el mismo horario y el mismo lugar
- Implementar desde un primer momento un lugar apropiado para que coma: en el comedor y en su silla de comer
- Desde que se inicia la alimentación complementaria fomentar la participación dentro del grupo familiar a la hora de la comida
- Proporcionar al lactante una cuchara para que coma solo desde que empieza la alimentación complementaria
- A partir de los 2 años debe comer solo con su cuchara, logrando llevar la comida a la boca
- A los 3 años enseñe el uso del tenedor y del cuchillo. (30)

### **D. Consistencia de la Alimentación Complementaria**

En la primera etapa, la incorporación de alimentos actúa como un elemento de estimulación sensorial y psicomotriz. De esta manera el

niño establece el contacto con nuevos estímulos (sabor, olor, textura, consistencia, etc.) que le permitirá una adaptación progresiva a una amplia familia de alimentos. Los alimentos deben incorporarse de forma gradual, de menor a mayor consistencia: Líquidos - Semisólidos (papillas) – Sólidos.

La alimentación complementaria se preparara con alimentos disponibles en la olla familiar y apropiada para su edad. A los 6 meses, se iniciara con alimentos aplastados en forma de papilla o purés; entre los 7 y 8 meses, se dará principalmente alimentos triturados en las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente, entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar. (31)

#### **E. Preparación de Papillas**

- Una vez que el niño ha cumplido los seis meses de edad, se da una a dos cucharaditas de papilla o sopa espesa de cereales y verduras, y se aumenta de forma paulatina la cantidad (aproximadamente 1/2 taza) y agregando una mayor variedad de alimentos, como por ejemplo, purés de frutas y carnes sin grasa.
  
- Al iniciar la alimentación complementaria, además de la edad del niño, es necesario observar si su desarrollo es adecuado. En esta etapa aparecen los primeros dientes y empiezan a poder masticar y deglutir alimentos de consistencia semisólida. Cuando el niño comienza a comer alimentos de distintos sabores, olores y textura, que para él significan nuevas experiencias, lo más probable es que muestre preferencias y rechazos.
  
- Para evitar el rechazo o la preferencia exclusiva por algún alimento, es necesario crear un ambiente tranquilo y agradable a la hora de sus comidas, en lo posible libre de tensiones. Cuando el niño

- rechace un alimento, se le debe volver a presentar preparado de otra forma, para ir incorporándolo poco a poco hasta lograr que lo acepte.
- Se recomienda incorporar cada nuevo alimento por separado y en pequeña cantidad, para detectar posibles cuadros alérgicos. Las comidas deben tener una consistencia de papilla, sopa espesa o puré semisólido.
  
  - Para los niños de 6 meses, la alimentación se inicia con una papilla o puré que debe ser preparada inicialmente con verduras, cereales y una pequeña cantidad de carne molida, pollo o vacuno sin grasa. En el momento de servir se recomienda agregar media cucharadita de aceite vegetal (2,5 a 3 ml).
  
  - Es aconsejable no agregar sal a las comidas, para no acostumbrar al niño(a) al sabor salado. El postre recomendado es el puré de fruta, al que no es necesario agregar azúcar.
  
  - A los 7- 8 meses el niño debería comer aproximadamente 150 gramos de papilla (3/4 de taza), más 100 g de fruta (1/2 taza) al día. A esta edad, algunos bebés comienzan a tratar de comer por sí mismos alimentos que ellos puedan sujetar, como por ejemplo, una banana. Desde los 9 meses las cantidades adecuadas serán de 200 gramos de comida (1 taza) y 100 gramos de fruta al día.
  
  - A partir de los 8 meses se recomienda la introducción progresiva de legumbres pasadas por un cedazo; una porción reemplazará al puré de verduras con carne una a dos veces por semana.
  
  - Se recomienda incorporar el pescado y los huevos a partir de los 11 meses. Es necesario prestar atención a las posibles alergias alimentarias, en especial en los niños con padres o hermanos alérgicos. Al año, la mayoría de los niños ya pueden comer las comidas consumidas por la familia, excepto las que contengan

condimentos picantes o exceso de sal, estimulantes (café, té negro, bebidas gaseosas con cafeína, yerba mate) y las comidas con mucha grasa, por ejemplo frituras.

- Cuando el niño empieza a comer alimentos sólidos se le puede ofrecer agua (hervida si no se cuenta con agua potable apta para el consumo), sin agregar azúcar o miel. Se le puede dar de beber aproximadamente 1/4 a 1/3 de una taza 2 ó 3 veces al día, separándola de los horarios en los que el niño toma leche.
- Los refrescos en polvo, las bebidas azucaradas y las sodas no son recomendados ni necesarios durante los primeros años de vida. No se recomienda dar al niño pequeño alimentos que contengan endulzantes (o edulcorantes) artificiales. (29)

#### **F. Importancia de la Alimentación**

- Proteínas: Alto valor biológico, estas contienen aminoácidos esenciales para la formación de células, tejidos, sistema nervioso (neuronas), huesos. Estas proteínas se encuentran principalmente en las carnes y yema de huevo.
- Hidratos de carbono: Son muy importantes como fuente de energía. Estos hidratos de carbono se pueden encontrar en verduras, frutas, legumbres y cereales integrales, que además aportan vitaminas y minerales, necesarios para distintas reacciones químicas que intervienen en el desarrollo integral del niño.
- Grasas: Son esenciales para la formación de membranas y el establecimiento de las adecuadas conexiones neuronales. Dentro del grupo de las grasas encontramos como fundamentales ácidos grasos poliinsaturados (omega 3, omega 6, omega 9, etc.), ácidos grasos monoinsaturados (ácido oleico, linoleico, linolénico, etc.).

- Hierro: Este mineral es de suma importancia dentro de la alimentación infantil, sobre todo desde el nacimiento hasta los 3 años de edad, ya que es el período de mayor crecimiento tanto intelectual como físico. En esta etapa es donde el niño tiene mayor demanda de nutrientes, entre ellos el hierro. Se puede encontrar en el grupo de las carnes y vegetales de hojas verdes (acelga, espinaca, brócoli, legumbres, etc.)
- Calcio: Este es otro de los minerales fundamentales para la formación ósea. Su aporte se consigue a partir del grupo de los lácteos.
- Zinc: El zinc actúa como catalizador en el desarrollo del sistema inmunológico y en los procesos de desarrollo óseo y muscular de los niños. Se puede encontrar en carnes, sobre todo pescado, leche, vegetales verdes, etc.
- Vitaminas del Complejo B: Se encuentran en los cereales integrales (avena, cebada, germen de trigo, salvado de trigo, maíz, legumbres, etc.). (32)

## **G. Tipos de Alimentos**

- Cereales: están constituidos en un 80% por carbohidratos, se administrarse en forma de papilla para tomar con cuchara. Se utilizan cereales hidrolizados predigeridos, porque la actividad amilasa no alcanza los valores del adulto hasta casi los dos años de edad. Se aconseja introducir el gluten sobre los 8-9 meses para evitar las formas graves de presentación de la enfermedad celíaca. Los cereales lacteados no se recomiendan.
- Frutas: se introducen a partir del 5º mes, sin añadir miel, azúcar o edulcorantes. Las fresas y los melocotones no deben administrarse antes del año porque son potencialmente alergénicos. El niño debe

tomar las frutas con cucharilla, no con biberón. Los zumos tampoco deben ofrecerse en biberón porque favorecen el desarrollo de caries.

- Carnes: se utilizarán pollo, cordero o ternera, en cantidades progresivas, sin pasar de 25 y 40 g/día al principio. Se toleran mejor en puré acompañadas de verdura.
- Hortalizas y verduras: es frecuente comenzar con patata y zanahoria, añadiendo una cucharada de aceite de oliva al puré. Las espinacas, acelgas, coles, nabos y remolacha deben introducirse después de los ocho meses, porque su excesivo contenido en nitritos puede causar metahemoglobinemia en menores de esa edad.
- Pescados: la introducción del pescado se retrasa hasta los once meses por su potencial alergénico. Si existen antecedentes de atopia o alergia alimentaria, se esperará a los 12 meses. A partir de esa edad, sustituirá a la carne en el puré 2-3 veces por semana.
- Huevos: por su poder alergénico, la yema no debe introducirse antes de los 9 meses ni la clara antes del año. Siempre bien cocido y en número de 2 ó 3 por semana.
- Legumbres: a partir de los 12 meses y en pequeña cantidad, porque la fibra que contienen es difícil de digerir hasta el tercer año de edad.
- Yogur: entre los 9 y los 12 meses, mejor el preparado con leche de fórmula adaptada.
- Leche de vaca: es preferible retrasar su introducción después de los dos años de edad. La administración temprana se asocia con: Anemia ferropenia y déficit de hierro sin anemia, que puede originar trastornos en la conducta y el desarrollo psicomotor del niño. (33)

## H. Preparación de Alimentos

Niños de 6 - 8 meses:

- Iniciar la alimentación con comidas espesas y variadas 3 veces al día (purés, papillas, mazamorras.)
- Agregue a sus comidas por lo menos 2 cucharadas de alimentos de origen animal que contienen hierro al menos 3 días a la semana (sangrecita, bazo.)
- Preparar menestras sin cascara (lentejas, habas, arvejas, frijoles) por lo menos 3 días a la semana. Por cada cucharada de menestras sirva 2 cucharadas de arroz, papa, camote, yuca.
- Darle 1 fruta y 1 verdura anaranjada o de color verde oscuro cada día.
- Agregar 1 cucharadita de aceite o grasa en sus comidas.
- Después de su comida darle pecho todas las veces que el niño quiera

Niños de 9-12 meses:

- Continúe dándole comidas espesas (desmenuzado o picadito) y variadas 5 veces al día utilizando alimentos de la olla familiar.
- Agregar a sus comidas por lo menos 2 cucharadas de alimentos de origen animal que contienen hierro, al menos 3 días a la semana (hígado, pescado, sangrecita).
- Preparar menestras sin cáscara, (lentejas, habas, arvejas, frijoles), por lo menos 3 días a la semana. Por cada cucharada de menestras sírvale 2 cucharadas de arroz, quinua, papa, camote, yuca.
- Darle 1 fruta y 1 verdura de color anaranjado o verde oscuro cada día.
- Agregar 1 cucharadita de aceite o grasa en sus comidas.
- Después de la comida darle pecho todas las veces que el niño quiera.

Niños mayores de 12 meses

- Darle comidas espesas (Primero ofrézcale el segundo) 5 veces al día en el plato del niño. El niño ya debe comer 1 plato mediano.
- Agregar a sus comidas por lo menos 2 cucharadas bien servidas de alimentos de origen animal que contienen hierro al menos 3 días a la semana (hígado, pescado, sangrecita).
- Preparar menestras (lentejas, habas, arvejas, frijoles) por lo menos 3 días a la semana. Por cada cucharada de menestras sírvale 2 cucharadas de arroz, quinua, papa, camote, yuca. (34)

## **I. Higiene en los Alimentos**

La higiene se refiere al conjunto de prácticas y comportamientos orientados a mantener unas condiciones de limpieza y aseo que favorezcan la salud de las personas. Esta se divide en: higiene corporal e higiene mental; las dos son importantes para garantizar salud y bienestar para las personas

La Organización Mundial de la Salud, difunde la “Reglas para la preparación higiénica de los alimentos, cuya aplicación sistemática reduce considerablemente el riesgo de la enfermedades de origen alimenticio.

Así se consideran las siguientes medidas de higiene:

- Asegurar la correcta higiene de la persona que va manipular los alimentos y una limpieza adecuada en todas las superficies de la cocina. La persona que manipule los alimentos debe realizar estrictas prácticas higiénicas.
- Consumir alimentos que hayan sido tratados o manipulados higiénicamente. Hay alimentos que sólo son seguros si han sido tratados previamente y conservados a una temperatura adecuada.

- Cocinar correctamente los alimentos, pueden estar contaminados por microorganismos pero si se cocinan bien esos microorganismos son destruidos por el calor.
- Consumir los alimentos inmediatamente después de ser cocinados, es la mejor manera de evitar que los gérmenes proliferen. No dejar nunca a temperatura ambiental los alimentos cocidos.
- Calentar suficientemente los alimentos.
- Evitar el contacto entre los alimentos crudos y los cocinados Un alimento cocinado puede volverse a contaminar por contacto con alimentos crudos o si tiene comunicación con objetos (cuchillos, tablas, trapos, etc. que anteriormente hayan tocado un alimento crudo contaminado).
- Es importante que tenga las manos siempre lavándolas cada vez que haga falta y siempre que haga uso de los servicios higiénicos. En caso de una pequeña herida, se cubrirá con un depósito impermeable. Si la herida está infectada debe apartarse del contacto de los alimentos.
- Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores y animales de compañía. Los animales son portadores de gérmenes patógenos que originan enfermedades de transmisión alimentaría.
- Utilizar exclusivamente agua potable. (35)

## 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**2.3.1 Madre:** personas con o sin lazos consanguíneos que se encarga del cuidado, alimentación y cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo del niño. (36)

**2.3.2 Higiene alimentaria:** conjunto de prácticas y comportamientos orientados a mantener unas condiciones de limpieza y aseo que favorezcan la salud de las personas.

**2.3.3 Proteínas:** son biopolímeros de aminoácidos y su presencia en los seres vivos es indispensables para el desarrollo de múltiples procesos vitales. (37)

**2.3.4 Hidratos de carbono:** los carbohidratos se presentan en forma de azúcares, almidones y fibras, y son uno de los tres principales macronutrientes que aportan energía al cuerpo humano. (37)

**2.3.5 Grasas:** Las grasas se llaman también lípidos, y son compuestos formados por carbono, oxígeno e hidrógeno, insolubles en agua, cuyos constituyentes específicos son los llamados ácidos grasos. (37)

## 2.4 Hipótesis

### 2.4.1 Hipótesis general

Dado que el estado nutricional es la consecuencia de una serie de acciones de cuidado alimenticio y requerimiento nutricional. Es probable que el conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres este asociado significativamente al estado nutricional de niños de 6 meses a 2 años que concurren al consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Edificadores Misti.

### **2.4.2 Hipótesis específicas**

- H1: Es probable que el conocimiento que tengan las madres sobre Alimentación Complementaria en los niños sea deficiente.
- Ho: Es probable que el conocimiento que tengan las madres sobre Alimentación Complementaria en los niños no sea deficiente
- H2: Es probable que el estado nutricional de los niños de seis meses a dos años de edad que reciben alimentación complementaria sea deficiente
- Ho: Es probable que el estado nutricional de los niños de 6 meses a 2 años de edad que reciben alimentación complementaria no sea deficiente

## **2.5 VARIABLES**

### **A. Variables X: Conocimiento de la Alimentación Complementaria**

#### a. Indicadores:

- Concepto
- Fases de alimentación complementaria
- Cantidad de alimentos
- Condiciones para una buena alimentación
- Tipos de alimentos
- Preparación de alimentos

### **C. Variable Y: Estado Nutricional**

#### a. Indicadores:

- Peso para talla
- Peso para edad
- Talla para edad

### **2.5.1 Definición conceptual de las variables**

#### **A. Conocimiento de alimentación complementaria**

Es el conjunto de información, reglas, interpretación y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, relacionada a la alimentación complementaria que debe recibir un niño a partir de los 6 meses de edad.

#### **B. Estado Nutricional**

Un estado nutricional de un individuo es la resultante del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes.

### **2.5.2. Definición operacional de las variables**

#### **A. Conocimiento de alimentación complementaria**

Es el conjunto de información, reglas, interpretación y experiencias que poseen las madres de los niños de 6 meses a 2 años, acerca de la administración de la alimentación complementaria que requieren sus hijos. En el presente estudio será medido en base a indicadores como concepto, cantidad de alimentos, condiciones de alimentación, consistencia, preparación, tipos de alimentos, utilizando para ello un cuestionario elaborado para tal fin.

#### **B. Estado Nutricional**

El estado nutricional de un individuo es la resultante del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En el presente estudio se ha medido en base a indicadores como edad, peso y talla datos que fueron obtenidos de la ficha de recolección de datos según CENAN, elaboración para tal fin.

### 2.5.3 Operacionalización de las variables

Variable	Dimensión	Indicador	Sub Indicador	Nº de ítem	Instrumento	Categoría	Escala
Variable X Conocimiento de alimentación complementaria	Conocimiento  - Científico - Artístico - Revelado - Empírico	1.1 Concepto	- Conocimiento personal - Propias experiencias	1 2		Bueno  Regular  Malo	Ordinal
		1.2 Fases de alimentación complementaria	- Lactancia - De transición - Modificada de adulto	3 4 4	Cuestionario		
		1.3 Cantidad de alimentos	7-8 meses (3 -5 cucharaditas) 9-11 meses (5 -7 cucharaditas) 12-24 meses (7 -10 cucharaditas)	9 10 8	Cuestionario		
		1.4 Condiciones para una buena alimentación	- Ambiente - Participación familiar - Horario establecidos - Independencia	11 12 13 14	Cuestionario		
		1.5 Consistencia alimentación complementaria	- Aplastados - Triturados - Picados - Enteros	5 6 7 8	Cuestionario		
		1.6 Preparación de papillas	- Incorporar nuevos alimentos - Incorporar pescado y huesos	17 18	Cuestionario		
		1.7 Tipos de alimentos	- Cereales - Pescado - Huevos - Legumbres - Yogurt	15 18 19 20 16	Cuestionario		
		1.8 Preparación de alimentos	- Higiene de los alimentos - Cocción correcta de los alimentos - Conservación de los alimentos - Higiene personal	21 22 23 23	Cuestionario		

Variable	Indicador	Sub Indicador	Nº de ítem	Instrumento	Categoría	Escala
Variables Y Estado nutricional del niña(o)	- Peso  - Talla   - Perímetro braquial	- Peso- edad  - Talla-edad   - Peso-talla		Ficha de recolección de datos	- Sobrepeso - Normal  - Alto - Normal - Talla baja  - Obesidad - Sobrepeso - Normal - Desnutrición aguda - Desnutrición crónica	Ordinal

## CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

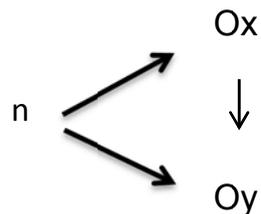
### 3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1.1. Tipo

El presente estudio pertenece al enfoque cuantitativo de tipo correlacional porque se trata de establecer la relación entre las variables. Según el número de variables es un estudio bivariado porque se trabaja con dos variables. Según el número de mediciones es transversal porque el instrumento se aplica en un solo momento, según la temporalidad es un estudio retrospectivo porque evalúa eventos ya sucedidos, por el grupo de estudios es de campo porque se realiza en el ambiente natural de las personas.

#### 3.1.2. Diseño

El diseño de la investigación es no experimental correlacional y transversal.



Dónde:

n: madres de niños de 6 meses a 2 años

Ox: Conocimiento

Oy: Estado nutricional

↓ : Relación

### **3.1.3. Nivel de Investigación**

Es un estudio de nivel correlacional porque trato de establecer la relación entre variables de estudio.

## **3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN**

### **A. Ubicación Espacial**

El estudio de investigación se realizó en el Centro de Salud Edificadores Misti, ubicado en la cooperativa de vivienda Obrera Ltda. N°102-14, Prolongación Goyeneche, Villa Goyeneche, en el distrito de Miraflores, en el departamento de Arequipa.

El Centro de Salud Edificadores Misti pertenece a la gerencia Regional De Salud de Arequipa y a la red de Salud Arequipa – Caylloma.

Es un establecimiento del primer nivel del Ministerio de Salud que brinda atención integral de calidad con personal capacitado, fomentando el autocuidado en la población de Alto Misti, laboran como equipo de salud: 6 médicos, 10 enfermeras, 1 odontólogo, 1 psicólogo, 4 obstétricas, una asistente social un químico farmacéutico y 4 técnicas de enfermería.

La infraestructura del Centro de Salud consta de una planta física de 2 dos niveles, el consultorio de crecimiento y desarrollo que se encuentra en el primer piso, bajo la responsabilidad de la enfermera, quien atiende todos los días, de 7:00 am a 7:00 pm, evalúa integralmente al niño, entrevista y realiza consejería a las madres de niños en relación a su crecimiento y desarrollo, indica exámenes de hemoglobina y hematocrito, les orienta sobre la alimentación rica en hierro, entrega el sulfato ferroso, informa sobre efectos colaterales y realiza los registros.

## B. Ubicación Temporal

El presente estudio se realizó en el periodo comprendido entre Febrero-  
Octubre, 2015.

### 3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.3.1 Población

La población de estudio estuvo constituida por 719 madres de niños de 6 meses a 2 años que asisten al consultorio de niño sano en la el Centro Salud edificadores Misti. Que se presenta en la siguiente tabla.

**Tabla 1**  
***Población de madres según edad de sus hijos que asista al Centro de Salud Edificadores Misti***

Grupos		
Edad	fi	%
Madres de niños de 6m a 11m 29d	227	31,57
Madres de niños de 12m a 2 años	492	68,43
total	719	100,0

Fuente estadística del C.S. Edificadores Misti

### 3.3.2 MUESTRA

Se realizó un muestreo no probalístico por cuotas.

Calculo del tamaño muestral, se utilizó la siguiente fórmula para poblaciones infinitas o conocidas

$$n = \frac{N (P) (Q) (Z^2)}{(N-1) e^2 + (P) (Q) Z^2}$$

$$n = 195$$

DONDE:

N: población muestreo del estudio (N=719)

P: proporción estimada

Q: 1-0,5=0,5 complemento P

Z: coeficiente de confiabilidad 95% igual a 1,96

e: máximo error permisible en la investigación e=0,06 (6%)

**Tabla 2**  
***Distribución de la muestra de madres según grupo edad de los niños que asista al Centro de Salud Edificadores Misti***

Grupos		
Edad	fi	%
Madres de niños de 6m a 11m 29d	63	32,31
Madres de niños de 12m a 2 años	132	67,69
total	195	100,0

Fuente estadística del C.S. Edificadores Misti

- Es un muestro no probalístico por cuotas.

### **3.3.3 Criterios de Inclusión**

- Madres mayores de 18 años adulto jóvenes
- Madre que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo
- Niños nacidos a término
- Niños que reciben alimentación complementaria

### **3.3.4 Criterios de Exclusión**

- Madres que no desean participar del estudio
- Niños con otras patologías agregadas

## **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

### **3.4.1 Técnicas**

La técnica que se empleó para la investigación es:

- Para la variable X: conocimiento Alimentación Complementaria es la encuesta
- Para la variable Y: Estado Nutricional es la observación documental

### **3.4.2. Instrumentos**

#### **a. Para la variable X**

##### **Cuestionario**

- Nombre: Cuestionario del conocimiento sobre alimentación complementaria
- Autor: el investigador
- Objetivos: medir el conocimiento acerca de alimentación complementaria que poseen las madres.
- Aplicación: madres
- Duración: aproximadamente 20 minutos
- Estructura: está conformada de 23 preguntas o ítems cada una con cuatro alternativas, de las cuales una es la correcta.
- Puntuación o valoración: Cada pregunta respondida correctamente se le asigna un valor de 1 punto, a la respuesta incorrecta se asigna 0 puntos.

- Interpretación:

Conocimiento bueno	18-23 puntos
Conocimiento regular	11-17 puntos
Conocimiento malo	0-10 puntos

**a. Para la variable Y**

**Ficha de Datos**

- Nombre: Ficha de registro de datos antropométricos de niños de 6 meses a 2 años
- Autor: el investigador
- Objetivos: registrar peso y talla de niños del rango de edad.
- Aplicación: a niños de 6 meses a 2 años hijos de las madres objeto de estudio.
- Duración: aproximadamente 15 minutos
- Estructura: registro de datos obtenidos de la medición de peso y talla.
- Valoración: Los datos registrados obtenidos de la medición realizada se confrontan con las tablas Crecimiento y Desarrollo, que se adjuntara en el anexo N°3, así se obtiene las categorías basadas en la clasificación del Estado Nutricional en niños menor de 5 años según el cuadro adjunto.

### Clasificación del Estado Nutricional menores 5 años

Peso para Edad	Peso para Talla	Talla para Edad
Clasificación	Clasificación	Clasificación
Obesidad	Obesidad	
Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
Normal	Normal	Normal
Adelgazado	Desnutrición aguda	Talla baja
	Desnutrición crónica	

Fuente norma técnica Salud para el control del Crecimiento y Desarrollo del niño menor de cinco años. MINSA 2011

#### 3.4 Validez y Confiabilidad del Instrumento:

El cuestionario de conocimiento de alimentación complementaria fue sometido a juicio de expertos, se ha efectuado las correcciones y levantando las observaciones señaladas por los expertos (se adjunta ficha de validación) en anexo N° 1. Luego de recolectar los datos, estos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico del SPSS. Los resultados fueron presentados en tablas estadísticas para su análisis e interpretación respectiva. Para el análisis de la Variable Nivel de Conocimiento, se realizó la confiabilidad del instrumento a través del alfa de Cronbach (0.7). Para establecer la relación entre el nivel de conocimiento de la madre y el estado nutricional del lactante se utilizó la prueba de significancia estadística: Chi cuadrado.

### 3.5 Plan de recolección y procesamiento de datos

Para la recolección de datos de la investigación se procedió de la siguiente manera:

- **Sistema de coordinación con autoridades**

Para la recolección de datos se solicitó previamente y permiso de autoridades del Director del Centro de Salud Edificadores Misti y la jefa de enfermeras del consultorio Crecimiento y Desarrollo a quienes se les informó respecto a la investigación.

- **La validación del instrumento**

Se realizó la confiabilidad del instrumento a través del alfa de Cronbach (0.7). El instrumento ya cuenta con validez.

- **El sistema de recolección de datos**

Se procedió a recolectar los datos, encuestado a las madres con lactantes de seis meses a dos años de edad que acuden al control de Crecimiento y Desarrollo del niño, previo consentimiento informado.

- **Procesamiento de la información**

Obtenido la información y vaciado el instrumento al software SPSS se procedió a analizar la información considerando la hipótesis, objetivo general, objetivos específicos y Operalización de variables

- **La presentación de resultados**

Los resultados fueron expresados mediante tablas en donde se consideró el número de tablas, título de la tabla, la frecuencia y porcentaje y su interpretación.

## CAPÍTULO IV RESULTADOS

**Tabla 3**

**Distribución de frecuencias y porcentajes por edad de las madres de niños de seis meses a dos años atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti, Arequipa, 2015.**

Edad	fi	%
15 - 19	16	8,2
20 - 24	52	26,7
25 - 29	63	32,3
30 - 34	35	17,9
35 - 39	22	11,3
40+	7	3,6
Total	195	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En relación a los grupos edad se obtuvo una mayor proporción entre las edades de 20 a 24 y 25 a 29 años de edad con el 26,7% y el 32,3% respectivamente; existiendo las personas del grupo de 40 a más años de edad como las que representaron la menor proporción con el 3,6%. En el Acumulado de 20 a 29 años de edad constituye un 59%.

**Tabla 4**

**Distribución por grado instrucción de las madres de niños de seis meses a dos años atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti, Arequipa, 2015.**

Grado Instrucción	fi	%
Superior	78	40,0
Secundaria Incompleta	52	26,7
Secundaria Completa	34	17,4
Técnico	19	9,7
Primaria Completa	12	6,2
Total	195	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En concordancia a la variable grado de instrucción, se alcanzó una mayor porcentaje entre las categorías de secundaria incompleta y superior con el 26,7% y el 40% respectivamente; siendo las madres del grupo primaria completa las que representaron al menor valor con el 6,2%. En el acumulado entre secundaria incompleta y superior constituye un 66,7%.

**Tabla 5**

**Distribución por ocupación de madres de niños de seis meses a dos años atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti, Arequipa, 2015.**

<u>Ocupación</u>	<u>fi</u>	<u>%</u>
Ama de Casa	134	68,7
Trabajadora	52	26,7
Estudiante	9	4,6
<u>Total</u>	<u>195</u>	<u>100,0</u>

Fuente: Elaboración propia.

Las amas de casa con un 68,7% fue la mayor frecuencia, seguidas de la categoría trabajadora con el 26,7% y en menor porcentaje las estudiantes con el 4,6%.

**Tabla 6**

**Distribución por estado civil de las madres de niños de seis meses a dos años atendidas en el Centro de Salud Edificadores Misti, Arequipa, 2015.**

Estado Civil	fi	%
Conviviente	87	44,6
Casada	53	27,2
Soltera	50	25,6
Separada	5	2,6
Total	195	100,0

Fuente: Elaboración propia.

De las 195 personas en estudio el 44,6% de ellas son convivientes, casadas un 27,2%, la menor porcentaje en las separadas con el 2,6%.

**Tabla 7**

**Distribución del nivel de Conocimiento sobre alimentación complementaria  
madres de niños de seis meses a dos años atendidas en el Centro de Salud  
Edificadores Misti, Arequipa, 2015.**

**CONOCIMIENTO ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

	fi	%
Malo	190	97,4
Regular	5	2,6
Bueno	0	0
Total	195	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Sobre el nivel de conocimiento alimentación complementaria, la mayor frecuencia es la categoría malo con un 97,4%, seguido de la categoría regular con el 2,6%.

**Tabla 8**

**Distribución de frecuencia y porcentaje según del indicador peso para la talla en niños de seis meses a dos años atendidos en el Centro de Salud Edificadores Misti, Arequipa, 2015.**

<b>PESO PARA LA TALLA</b>		
	<b>fi</b>	<b>%</b>
Normal	172	88,2
Sobrepeso	16	8,2
Obesidad	4	2,1
D. Aguda	3	1,5
Total	195	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En el indicador peso para la talla, normal alcanzó el 88,2%; la menor frecuencia en para desnutrición aguda con el 1,5%.

**Tabla 9**

**Distribución de frecuencia y porcentaje según del indicador talla para la edad atendidos en el Centro de Salud Edificadores Misti, Arequipa, 2015.**

<b>TALLA PARA LA EDAD</b>		
	<b>fi</b>	<b>%</b>
Normal	176	90,3
D. Crónica	19	9,7
Total	195	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En correspondencia a la variable Talla para la Edad, se alcanzó una mayor frecuencia en la categoría Normal con el 90,3% y presentando la categoría D. crónico en menor proporción con el 9,7%

**Tabla 10**

**Distribución de frecuencia y porcentaje según del indicador peso para la edad atendidos en el Centro de Salud Edificadores Misti, Arequipa, 2015.**

<b>PESO PARA LA EDAD</b>		
	<b>fi</b>	<b>%</b>
Normal	194	99,5
D. Global	1	0,5
<b>Total</b>	<b>195</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia.

En relación al indicador peso para la edad, la categoría normal se obtuvo un 99,5%, y la desnutrición global con el 0,5%.

**Tabla 11**

**Relación del conocimiento sobre alimentación complementaria y peso para la talla**

**CONOCIMIENTO ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA \* PESO PARA LA TALLA**

		PESO PARA LA TALLA					
		D. Aguda	Normal	Obesidad	Sobrepeso	Total	
CONOCIMIENTO ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	Malo	Recuento	<b>3</b>	<b>168</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>190</b>
		% del total	<b>1,5%</b>	<b>86,2%</b>	<b>2,1%</b>	<b>7,7%</b>	<b>97,4%</b>
	Regular	Recuento	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
		% del total	<b>0,0%</b>	<b>2,1%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,5%</b>	<b>2,6%</b>
Total	Recuento	<b>3</b>	<b>172</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>195</b>	
	% del total	<b>1,5%</b>	<b>88,2%</b>	<b>2,1%</b>	<b>8,2%</b>	<b>100%</b>	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,093	3	0,779
Razón de verosimilitudes	1,029	3	0,794
N de casos válidos	195		
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	<i>1,093</i>		

Fuente: Elaboración propia.

En el Análisis para valorar si existe una asociación entre conocimiento sobre alimentación complementaria y peso para la talla, se aplicó la prueba del Chi

Cuadrado, donde observamos en la tabla correspondiente un Nivel de Significancia **0,779** mayor al valor umbral aceptado del pValue 0,05 y por ello concluir que el resultado obtenido es **No Estadísticamente Significativo**, por lo tanto no se puede rechazar la  $H_0$  y aceptar la  $H_1$ . En consecuencia, luego del análisis estadístico realizado no se encuentra Asociación entre las variables en estudio; en razón a que el test chi-cuadrado verifica un contraste de hipótesis para determinar si se rechaza o no la concepción de que las variables seleccionadas son independientes.

**Tabla 12**

**Relación del conocimiento sobre alimentación complementaria y talla para la edad**

<b>CONOCIMIENTO ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA * TALLA PARA LA EDAD</b>					
			<u>TALLA PARA LA EDAD</u>		
			D. Crónico	Normal	Total
CONOCIMIENTO ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	Malo	Recuento	<b>19</b>	<b>171</b>	<b>190</b>
		% del total	<b>9,7%</b>	<b>87,7%</b>	<b>97,4%</b>
	Regular	Recuento	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
		% del total	<b>0,0%</b>	<b>2,6%</b>	<b>2,6%</b>
Total		Recuento	<b>19</b>	<b>176</b>	<b>195</b>
		% del total	<b>9,7%</b>	<b>90,3%</b>	<b>100%</b>

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,554	2	0,758
Razón de verosimilitudes	1,039	2	0,595
N de casos válidos	195		
<i>Chi-cuadrado de Pearson 0,554</i>			

Fuente: Elaboración propia.

En el Análisis para valorar si existe una asociación entre conocimiento sobre alimentación complementaria y talla para la edad, se aplicó la prueba del Chi Cuadrado, donde observamos en la tabla correspondiente un Nivel de Significancia **0,758** mayor al valor umbral aceptado del pValue 0,05 y por ello concluir que el resultado obtenido es **No Estadísticamente Significativo**, por lo tanto no se puede rechazar la  $H_0$  y aceptar la  $H_1$ . En consecuencia, luego del análisis estadístico

realizado no se encuentra Asociación entre las variables en estudio; en razón a que el test chi-cuadrado verifica un contraste de hipótesis para determinar si se rechaza o no la concepción de que las variables seleccionadas son independientes.

**Tabla 13**

**Relación del conocimiento sobre alimentación complementaria y peso para la edad**

		<b>CONOCIMIENTO ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA * PESO PARA LA EDAD</b>			
		<u>PESO PARA LA EDAD</u>			Total
		D. Global	Normal		
CONOCIMIENTO ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	Malo	Recuento	<b>1</b>	<b>189</b>	<b>190</b>
		% del total	<b>0,5%</b>	<b>96,9%</b>	<b>97,4%</b>
	Regular	Recuento	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
		% del total	<b>0,0%</b>	<b>2,6%</b>	<b>2,6%</b>
Total		Recuento	<b>1</b>	<b>194</b>	<b>195</b>
		% del total	<b>0,5%</b>	<b>99,5%</b>	<b>100%</b>

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,026	1	0,871
Corrección por continuidad	0,000	1	1,000
Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher	0,052	1	0,819
N de casos válidos	195		
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	<i>0,026</i>		

Fuente: Elaboración propia.

En el Análisis para valorar si existe una asociación entre conocimiento sobre alimentación complementaria y peso para la edad, se aplicó la prueba del Chi Cuadrado, donde observamos en la tabla correspondiente un Nivel de Significancia **0,871** mayor al valor umbral aceptado del pValue 0,05 y por ello concluir que el

resultado obtenido es **No Estadísticamente Significativo**, por lo tanto no se puede rechazar la  $H_0$  y aceptar la  $H_1$ . En consecuencia, luego del análisis estadístico realizado no se encuentra Asociación entre las variables en estudio; en razón a que el test chi-cuadrado verifica un contraste de hipótesis para determinar si se rechaza o no la concepción de que las variables seleccionadas son independientes. Igualmente la Corrección de Yates para 2 x 2 valor 1.00 mayor a 0.05.

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN Y COMENTARIO**

Los conocimientos de la alimentación por parte de la madre son una determinante del estado nutricional del niño, que por razones naturales se adquiere en el seno familiar, la mujer es la encargada de enseñar al niño a desarrollar hábitos alimentarios que le permite consumir adecuadamente los alimentos y aseguren el crecimiento y desarrollo apropiado evitando así, deficiencias nutricionales.

Un mal estado nutricional por carencia en la alimentación en la mayoría de los casos en nuestro medio, provoca en los niños alteraciones en su crecimiento y desarrollo. La Proporción Promedio Mensual de Casos de Desnutrición Crónica, a nivel nacional durante el 2013 es de 16,0% entre los niños menores de 5 años. Las proporciones más altas de niños desnutridos crónicos se concentran en el trapezio andino y en el norte del país, mientras que las menores proporciones están en Lima, Callao y la costa sur del país. (38)

El presente estudio fue realizado en el Centro de Salud Edificadores Misti de la ciudad de Arequipa se trabajó con una muestra de 195 madres y sus respectivos niños con edades entre 6 meses a 2 años

Las tablas 1-4 presentan las características generales de las madres que participaron en el estudio así: el grupo etareo mayoritario estuvo en las edades de 20-29 años; en el grado de instrucción en su mayoría refirieron tener educación superior; la ocupación que prevaleció fue ama de casa; en cuanto al estado civil predominó conviviente.

En la tabla 5, muestra el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria, se aprecia que un 97,4% de las madres entrevistadas tiene un conocimiento malo. Este hallazgo se contrapone con el estudio realizado por Benites C. Lima, 2009 donde indica el nivel de conocimientos de las madres que en este aspecto fluctúa entre medio y alto este resultado puede deberse a que nivel de información de la mayoría de las madres no es el adecuado. Por otro lado Cisneros y Vallejos (2014) en su trabajo reciente titulado "Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses - Reque -2014", mostraron que el 3,3 % de las madres tiene un conocimiento Bajo, mientras que el 53,3 % y 43,3 % obtuvieron un nivel de conocimiento Medio y Alto respectivamente. Con estos resultados se podría decir que las madres de nuestro estudio tienen un mal conocimiento sobre alimentación complementaria a pesar que la mayoría mencionó tener nivel de instrucción superior, demostrando con esto que falta intervención de profesionales de enfermería y nutrición para educar a estas madres.

En las tablas 6, 7 y 8 se presenta el estado nutricional de los niños que participaron en el estudio se encontró que: el 0,5% de los niños evaluados presentaron **desnutrición global** (P/E), el 9,7% de niños presentaron **desnutrición crónica** (T/E) y respecto a la desnutrición aguda el 1,5% de los niños al ser evaluados presentaron este tipo de desnutrición; estos resultados

son mucho menores a los encontrados por Oyola García Alfredo "Estado nutricional del niño menor de 5 años en la provincia de Ica Perú 2010" cuyas prevalencias fueron: desnutrición crónica 10,4%, desnutrición global 2,2 %; por otra parte en otro estudio nacional se pudo evidenciar que nuestros resultados son menores a lo de Guevara Linares "Estado nutricional de niños menores de 5 años de comunidades rurales y barrios urbanos del distrito de Chavín de Huantar 2003) sus resultados fueron desnutrición crónica 56,4%, cabe aclarar que este estudio se realizó en la sierra de Ancash considerada como zona de extrema pobreza.

También se revisaron los resultados del estudio " Línea de Base del Estado Nutricional en los niños menores de 3 años en el Distrito de Caylloma-Set 2011", evidencian lo siguiente: en el distrito de Caylloma: en el año 2010 según ENDES la desnutrición crónica en Arequipa fue de 12,3% y en nuestro estudio encontramos 9,7%, lo cual indica que ha disminuido.

Respecto a la desnutrición se encontró un trabajo en la Universidad Alas Peruanas Filial Arequipa realizado por Frisancho, R. (2015) "Prevalencia de anemia y su relación con el estado nutricional en niños de 6 meses a 2 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Alto Selva Alegre - Arequipa 2014" cuyos resultados son más altos a los encontrados en nuestro trabajo así: el 25,1% de los niños desnutrición global (P/E) ; el 27,4% desnutrición crónica (T/E) y el 13,8% desnutrición aguda (T/E).

La tabla 9, Se evalúa la relación del conocimiento sobre alimentación complementaria y peso – talla, se aprecia que en el grupo de madres con mal conocimiento, es un 88,2% los niños muestran peso-talla normal, además se aprecia un 2,1% obesidad y 8,2% sobrepeso. Sin embargo, la prueba estadística muestra que no existe relación significativa entre los indicadores mencionados. Los valores encontrados podrían explicarse por la concurrencia de otros factores como ausencia de infecciones u otros eventos que afectan en forma aguda al niño y por otro lado el predominio de costumbres o creencias practicadas por parte de las madres.

En La tabla 10, Se evalúa la relación del conocimiento sobre alimentación complementaria y talla para la edad, se observa que en el grupo de madres con mal conocimiento, es un 90,3% los niños muestran talla para la edad normal, además se aprecia que un 9,2% de los niños muestran Desnutrición crónica. Sin embargo la prueba estadística muestra que no existe relación significativa entre los indicadores mencionados. Este hallazgo refleja que posiblemente en el grupo de niños con Desnutrición crónica existe una deficiencia marcada en la alimentación complementaria, en el resto, expresa la probable presencia favorable de otros factores como lactancia materna concurrente.

En La tabla 11, Se evalúa la relación de conocimiento sobre alimentación complementaria y peso-edad, se aprecia como en los anteriores cuadros que el grupo de madres con mal conocimiento existen un 99,5% de normalidad del peso para la edad en los niños. Sin embargo, la prueba estadística muestra que no hay relación significativa, las anteriores explicaciones. Este hallazgo podría explicarse en forma similar a los anteriores casos. Estos resultados se contraponen a los encontrados por Benites (2009) donde si encontró relación significativa entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6-12 meses de edad.

Finalmente podríamos decir que si bien es cierto que en los resultados de nuestro trabajo encontramos que la mayoría de los niños tienen estado nutricional normal, no hay que olvidar el 9,7 % de niños con desnutrición crónica sobre los cuales el personal de salud y sobre todo la enfermera debe trabajar, respecto al alto porcentaje de madres que tienen mal conocimiento sobre alimentación complementaria es otro campo donde debe intervenir el personal de enfermería.

## CONCLUSIONES

- PRIMERA** No existe asociación entre el conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de seis meses a dos años. No acepta la hipótesis planteada.
- SEGUNDO** El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres que concurren al consultorio de Centro de Salud Edificadores Misti es malo en un 97.4%
- TERCERO** El estado nutricional de los niños de seis meses a dos años de las madres que concurren al consultorio de Centro de Salud Edificadores Misti, en cuanto a indicador de peso-talla es normal en un 88,21%, talla-edad es normal en un 90,26%, peso-edad es normal en un 99,49%.

## RECOMENDACIONES

1. Que el jefe de la Micro Red de Edificadores Misti contrate a más enfermeras para lograr una atención eficiente y cuidado de la alimentación del niño hasta los 24 meses de edad, mediante acciones de promoción, protección y apoyo de buenas prácticas adecuadas de alimentación complementaria.
2. Que las Instituciones de Salud enfatizen actividades preventivas promocionales interactivas destinadas a fortalecer y fomentar la salud del niño.
3. Que el equipo de Salud a través del paquete de Atención integral del niño en las intervenciones esenciales de consejería nutricionales brinde educación dirigidas y personalizada a las madres según el caso, describiendo con exactitud la edad correcta para iniciar las etapas para introducir los diferentes tipos de alimentos, la consistencia, la cantidad y la frecuencia con la que se debe alimentar al niño.
4. Que las enfermeras del Centro de Salud Edificadores Misti diseñan y/o implementan sesiones educativas dirigidas exclusivamente a las madres y/o encargadas del cuidado del niño.
5. Que se eduque a la población sobre sus costumbres o creencias, en el consumo de alimentos, señalando la importancia de consumir alimentos que aporten nutrientes al organismo del niño.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Onis M, Blössner M, Borghi E. Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990-2020. Public Health Nutr. visitado el: 30-09-2015
2. United Nations Children's Fund, World Health Organization, The World Bank. UNICEFWHO-World Bank Joint Child Malnutrition Estimates. Washington, DC; 2012. visitado el: 30-09-2015
3. Documento de investigación sobre la desnutrición infantil crónica, disponible en: [http://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/UPLOAD/ARCHIVOS\\_DOCUMENTO/documento\\_documento\\_file/3\\_informe\\_desnutricion.pdf](http://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/UPLOAD/ARCHIVOS_DOCUMENTO/documento_documento_file/3_informe_desnutricion.pdf). visitado el: 03-03-2015
4. Plan de trabajo "Día Mundial de la Alimentación" disponible en: [http://www.midis.gob.pe/images/direcciones/dgpye/reporte\\_peru.pdf](http://www.midis.gob.pe/images/direcciones/dgpye/reporte_peru.pdf). visitado el: 12-03-2015
5. Lineamientos de nutrición materno infantil del Perú, Lima-Perú 2004, disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/75/Lineamientos%20de%20Nutricion.pdf>. visitado el: 26-03-2015
6. MINSA. Análisis de la Situación de Salud del Perú 1era ed. Lima. 2006. Pág.10. visitado el: 22-04-2015
7. Documento de investigación sobre la desnutrición infantil crónica, disponible en: <http://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/UPLOAD/AR>

CHIVOS\_DOCUMENTO/documento\_documento\_file/10\_desnutricion\_resumen.pdf. visitado el: 28-04-2015

8. ESPINALES Z,. “Alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses y su trascendencia en el estado nutricional, subcentro de salud, ciudadela Municipal, Junio a Noviembre 2010”. Universidad Técnica de Manabí; Ecuador. visitado el: 12-05-2015
9. SÁENZ M. (2009). Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. En tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Bogotá- Colombia. 2009.Pág.68. visitado el: 22-05-2015
10. BENÍTES C., ROCÍO J., Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja, Lima, Perú. 2009. visitado el: 30-05-2015
11. CÁRDENAS C., ”Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas. Santa Anita”. En tesis para optar la Licenciatura en Enfermería. UNMSM. Lima – Perú.2010.Pág.70. visitado el: 04-06-2015
12. CISNEROS, P., VALLEJOS, E. y YACARLY, Y., Efectividad del programa educativo en conocimientos, practicas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses, Reque, 2014, Chiclayo, 2015, Escuela de Enfermería, <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/379>. Visitado el: 06-06-2015

13. OYOLA G., ALFREDO E., PRADA V., BERNARDO C., PEÑA C., BLANCA S. Estado nutricional del niño menor de 5 años de la Provincia de Ica. 2010 - Análisis ecológico. revista investigada en salud. Vistado el:07-06-2015
14. CAÑA, L. Y LAZARTE. Características de ablactancia y factores maternos que influyen en el estado nutricional en niños de 7<sup>a</sup> 11 meses de la Micro Red Mariano Melgar”, 2008, pag. 73. visitado el: 09-06-2015
15. GUEVARA, A. algunos conocimientos de la madre en la atención nutricional y evolución del crecimiento del niño durante el primer año. Consultorio CRED del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. 2010. visitado el: 15-06-2015
16. FRISANCHO R., Prevalencia de anemia y su relación con el estado nutricional en niños de 6 meses a 2 años de edad, atendidos en el centro de salud Alto Selva Alegre - Arequipa 2014. Visitado el: 20-06-2015
17. Raile Alligood Martha y Marriner Tomey Ann, Modelos y teorías de enfermería, S.A. ELSEVIER ESPAÑA. visitado el: 23-06-2015
18. TOMEY, M y col; (2013) “Modelos y teorías en enfermería”. España: Editorial Elsevier, disponible en: <http://teoriasintermedias2013.blogspot.com/2013/05/adopcion-del-rol-materno-convertirse-en.html>. visitado el 20/11/2014
19. Russel Bertrand, Russel. “El Conocimiento Humano” 5ta ed. Editorial. Tourus. S.A. 1998. España. Pág. 50. visitado el: 30-06-2015
20. SOLANO, L. nutrición y deficiencia de hierro en niños menores de cinco años de una localidad en Valencia. Venezuela 2010. visitado el: 03-07-2015

21. GUERREIRO, M. la prevalencia de nutrición en niños de 3 a 12 meses de vida en un servicio de salud de RibeiraoPreto, SP, Brasil.2010.visitado el: 05-07-2015
22. Ministerio de Salud. Técnica de salud de la unidad productora de servicios de salud de nutrición y dietética año del 2013. visitado el: 05-07-2015
23. Artículo de revisión evaluación del estado nutricional en niños, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2004/muv042e.pdf>. visitado el: 13-07-2015
24. MARTINEZ, L. nutrición por deficiencia. En Perez-Resquejo J. Venezuela. 2009. visitado el: 23-07-2015
25. IDEM. Pag. 17. visitado el: 30-07-2015
26. BERHMAN Richard, KLIEGMAN; Robert y JENSON, Hal. Nelson 2004. Tratado de pediatría 17° edición, Elsevier España S.A. Madrid. visitado el: 01-08-2015
27. Dando de comer al niño a partir de los 6 meses de edad, pdf, 13/09/2007. visitado el: 09-08-2015
28. Fases de alimentación complementaria, disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/alimentacion\\_6-24m.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/alimentacion_6-24m.pdf). Visitado el 15/08/2015
29. La alimentación de los niños de más de seis meses tema 7, disponible en: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/008/y5740s/y5740s11.pdf>

30. Ministerio de Salud pública y asistencia social dirección de regulación dirección general de salud unidad de nutrición, guía alimentación y nutrición por grupos etareos.pdf, disponibles en: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia\\_alimentacion\\_etareos.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guia_alimentacion_etareos.pdf). visitado el: 18/08/2015
31. Hernández Rodríguez, Manuel. et. al., alimentación infantil tercera edición, España 2009. visitado el: 23-08-2015
32. Los nutrientes en la alimentación infantil: hidratos de carbono, proteínas, lípidos, vitaminas y minerales, disponible en: <http://www.bebesymas.com/alimentacion-para-bebes-y-ninos/los-nutrientes-en-la-alimentacion-infantil-hidratos-de-carbono-proteinas-vitaminas-y-minerales>. visitado el: 30-08-2015
33. Manual de alimentación infantil. Marta Gonzales Caballero. Lima- Mayo 2009. Visitado 03-09-2015
34. Ministerio de Salud, proyecto de salud y nutrición básica, av. Salaverry Lima – Perú 2005. Disponible [http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/71\\_pautasbas.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/71_pautasbas.pdf). visitado el: 03-09-2015
35. Unidad 6, alimentos e higiene, hábitos de higiene personal y del medio, pdf, disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeescuelas/fulltext/entornosdocente/unidad6.pdf>. visitado el: 15-09-2015
36. ZVALETA S., conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de 6 a 24 meses de edad que asisten al consultorio de CRED, el P.S. Cono Norte 1er trimestre 2010. Tacna. visitado el: 25-09-2015

37. Ing. PEREZ, F. bioquímica, tercera edición, Perú 2010, visitado el: 30-09-2015
  
38. [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/situ\\_vigi\\_cenan/Situaci%C3%B3n%20nutricional%20en%20ni%C3%B1os%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202006-2013.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/situ_vigi_cenan/Situaci%C3%B3n%20nutricional%20en%20ni%C3%B1os%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202006-2013.pdf). visitado el: 03-10-2015

**ANEXOS**

**ANEXO N°1**  
**CUESTIONARIO**

Fecha: .....

**I. INTRODUCCIÓN:**

Buenos días, soy estudiante de Enfermería de la UAP. El presente cuestionario es parte del estudio cuyo objetivo es: Determinar relación entre el conocimiento de alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 meses a 2 años, los resultados servirán como propuesta para fortalecer los programas de salud del niño. Por lo que se le pide su colaboración, para responder las siguientes preguntas. El cuestionario es anónimo y confidencial, les solicito por ello absoluta sinceridad

**II. DATOS GENERALES DE LAS MADRES**

Edad: \_\_\_\_\_

Grado de instrucción: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil. \_\_\_\_\_

1. ¿Qué entiende usted por alimentación complementaria?
  - a. Inicio de la lactancia materna exclusiva
  - b. Inclusión de otros alimentos además de la lactancia materna
  - c. Inclusión de alimentos sólidos a la dieta del niño sin leche materna
2. ¿Qué edad es la apropiada para el inicio de la Alimentación Complementaria en el niño(a)?
  - a. 8 meses
  - b. 4 meses
  - c. 6 meses

- d. 5 meses
3. La Alimentación Complementaria es beneficiosa para el niño porque:
- a. Brindar alimentos que ayudan a caminar
  - b. Para crecer, ser más fuertes y no contraer enfermedades
  - c. Favorece el desarrollo físico, psicológico y disminuye la probabilidad de contraer enfermedades
  - d. Brinda vitaminas y minerales
4. Hasta que edad recibió su niño lactancia materna exclusiva
- a. 12 meses
  - b. 4 meses
  - c. 5 meses
  - d. 6 meses
5. La consistencia de los alimentos que debe recibir el niño de 7 a 8 meses es:
- a. Triturada
  - b. Picada
  - c. Puré
  - d. Entera
6. La consistencia de los alimentos que debe recibir el niño de 9 a 11 meses es:
- a. Triturada
  - b. Picada
  - c. Puré
  - d. Entera
7. La consistencia de los alimentos que debe recibir el niño de 12 meses es:
- a. Entero
  - b. Puré
  - c. Picado
  - d. Triturado
8. La cantidad de alimentos que debe recibir el niño 6 meses es:
- a. 3-5 cucharaditas
  - b. 5-7 cucharaditas
  - c. 2-3 cucharaditas
  - d. 7-10 cucharaditas

9. La cantidad de alimentos que debe recibir el niño(o) 7-8 meses es:
- a. 3-5 cucharaditas
  - b. 5-7 cucharaditas
  - c. 2-3 cucharaditas
  - d. 7-10 cucharaditas
10. La cantidad de alimentos que debe recibir el niño(o) 9-11 meses es:
- a. 3-5 cucharaditas
  - b. 5-7 cucharaditas
  - c. 2-3 cucharaditas
  - d. 7-10 cucharaditas
11. ¿Es importante que el ambiente donde el niño se alimente sea adecuado para estimular su apetito?
- a. Si
  - b. No
  - c. A veces
12. ¿El lugar donde debe alimentar a su niño es?
- a. En la cama con juguetes y televisión
  - b. Cuarto con música y juguetes
  - c. La cocina sin juguetes y con televisor
  - d. La cocina con colores y juguetes
13. Para que su niño coma sus alimentos Ud. Utiliza
- a. Juguetes
  - b. Televisión
  - c. Música
  - d. Le habla
14. Señale cual es el alimento que proporciona un mayor aporte nutrición al niño
- a. Sopa
  - b. Segundo
  - c. Mazamorra
  - d. Ensaladas

15. Señala la combinación que usted cree que es la adecuada para el almuerzo de su niño
- a. Arroz+ sangrecita+ mate de hierba
  - b. Puré de papa+ jugo de fruta
  - c. Puré+ hígado+ fruta
  - d. Caldo de res+ jugo de fruta
16. ¿Qué alimentos hacen que su niña(o) no tenga anemia?
- a. Leche y queso
  - b. Verdura y frutas
  - c. Caldo y frutas
  - d. Carnes y viseras
17. ¿Cómo realiza la preparación de la papilla del niño de 6 meses?
- a. Lenteja+ arroz
  - b. Pollo+ verdura+ fruta
  - c. Cereales+ pescado+ aceite vegetal
  - d. Carne+ aceite vegetal + verdura
18. ¿Qué alimentos puede producir algún tipo de reacción niña(o) menores de 11 meses?
- a. Menestras y cereales
  - b. Papa y cebolla
  - c. Pescado
19. Para la alimentación de su niña(o) ¿Cuál de las dos partes del huevo es más importante para iniciar su consumo?
- a. Yema
  - b. Clara
20. ¿Qué alimentos no debe consumir su niño antes que cumpla el año?
- a. Zumo de granadilla
  - b. Naranjas
  - c. Papilla de plátano
21. Como medida de prevención ¿Qué debe tener en cuenta en relación a su higiene personal al preparar los alimentos?

- a. Lavarlos alimentos
- b. Utilizar los utensilios limpios
- c. Lavarse las manos

22. Al preparar los alimentos usted suele:

- a. Cocinar con reloj y aretes puestos
- b. Lavar solo los alimentos que estén bien sucios
- c. Sujetarse el cabello y retirarse los accesorios de la mano
- d. Cuando tose se tapa la mano y sigue cocinando

23. ¿Usted cree que es necesario el lavado de las frutas?

- a. Si es necesario
- b. No es necesario
- c. A veces necesario

Ficha de registro datos antropométricos niños seis meses a dos años

EDAD	PESO	TALLA	OBSERVACION
Interpretación - Peso para la edad : _____ - Peso para la talla : _____ - Talla para la edad : _____			

## **ANEXO N°2 Ficha Técnica del instrumento**

- A. Para la variable X: conocimiento de la alimentación complementaria, el instrumentó será la encuesta. La misma que consta de 23 preguntas donde cada ítem mide el nivel de conocimiento que tenga las madres y será evaluado de la siguiente manera. La puntuación será de 0 a 23 según consta en el cuadro que se muestra a continuación.

Conocimiento	Valor
Bueno	18-23
Regular	11-17
Malo	0-10

El cuestionario que medirá el conocimiento de las madres sobre la aplicación ha sido sometido a prueba de expertos para su validez.

- B. Para la variable Y: Estado nutricional, el instrumentó será la ficha antropométrica de elaboración propia, se evaluará el estado nutricional de los niños tomando en cuenta el peso, la talla y edad.

El tiempo de observación y ejecución del procedimiento durará aproximadamente 15 minutos.

Descripción del instrumento:

En la 1ra columna se considera el peso para edad, que puede ser clasificada: normal o sobrepeso.

En la 2da columna se enuncia el peso para la talla, que puede ser: obesidad, sobrepeso, normal, desnutrición aguda y desnutrición crónica.

En la 3ra columna se enuncia la talla para edad, que puede ser: alto, normal y talla baja.

El presente instrumento se basa en la clasificación de Organización Mundial de la Salud, la cual mide el grado de desnutrición.

# ANEXO N°3 Tabla de Valoración Nutricional Antropométrica niñas y niños menores de 5 años

Elaboración: Lic. Mariela Contreras Rojas, Área de Normas Técnicas. CENSAJ www.censa.gov.pe. J. Tello y Burelo 276, Jesús María, Teléfono 0011-4800316. 8° Edición 2007.

TABLA N°3 DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTRÓPOMETRICA NIÑAS

TALLA (cm)	PESO PARA TALLA							
	PESO (kg)							
	N O R M A L							
	<-3DE	-2DE	-1DE	1DE	2DE	3DE	>3DE	
45	1.9	2.1	2.3	2.7	3.0	3.3		
46	2.0	2.2	2.4	2.9	3.2	3.5		
47	2.2	2.4	2.6	3.1	3.4	3.7		
48	2.3	2.5	2.7	3.3	3.6	4.0		
49	2.4	2.6	2.9	3.5	3.8	4.2		
50	2.6	2.8	3.1	3.7	4.0	4.5		
51	2.8	3.0	3.3	3.9	4.3	4.8		
52	2.9	3.2	3.5	4.2	4.6	5.1		
53	3.1	3.4	3.7	4.4	4.9	5.4		
54	3.3	3.6	3.9	4.7	5.2	5.7		
55	3.5	3.8	4.2	5.0	5.5	6.1		
56	3.7	4.0	4.4	5.3	5.9	6.4		
57	3.9	4.3	4.6	5.6	6.1	6.8		
58	4.1	4.5	4.9	5.9	6.5	7.1		
59	4.3	4.7	5.1	6.2	6.8	7.5		
60	4.5	4.9	5.4	6.4	7.1	7.8		
61	4.7	5.1	5.6	6.7	7.4	8.2		
62	4.9	5.3	5.8	7.0	7.7	8.5		
63	5.1	5.5	6.0	7.3	8.0	8.8		
64	5.3	5.7	6.3	7.5	8.3	9.1		
65	5.5	5.9	6.5	7.8	8.6	9.5		
66	5.6	6.1	6.7	8.0	8.8	9.8		
67	5.8	6.3	6.9	8.3	9.1	10.0		
68	6.0	6.5	7.1	8.5	9.4	10.3		
69	6.1	6.7	7.3	8.7	9.6	10.6		
70	6.3	6.9	7.5	9.0	9.9	10.9		
71	6.5	7.0	7.7	9.2	10.1	11.1		
72	6.6	7.2	7.8	9.4	10.3	11.4		
73	6.8	7.4	8.0	9.6	10.6	11.7		
74	6.9	7.5	8.2	9.8	10.8	11.9		
75	7.1	7.7	8.4	10.0	11.0	12.2		
76	7.2	7.8	8.5	10.2	11.2	12.4		
77	7.4	8.0	8.7	10.4	11.5	12.6		
78	7.5	8.2	8.9	10.6	11.7	12.9		
79	7.7	8.3	9.1	10.8	11.8	13.1		
80	7.8	8.5	9.2	11.0	12.1	13.4		
81	8.0	8.7	9.4	11.3	12.4	13.7		
82	8.1	8.8	9.6	11.5	12.6	13.9		
83	8.3	9.0	9.8	11.8	12.9	14.2		
84	8.5	9.2	10.1	12.0	13.2	14.5		
85	8.7	9.4	10.3	12.3	13.5	14.9		
86	8.9	9.7	10.5	12.6	13.8	15.2		
87	9.1	9.9	10.7	12.8	14.1	15.5		
88	9.3	10.1	11.0	13.1	14.4	15.8		
89	9.5	10.3	11.2	13.4	14.7	16.2		
90	9.7	10.5	11.4	13.7	15.0	16.5		
Estatura (predicho en pie)								
80	7.9	8.6	9.4	11.2	12.3	13.6		
81	8.1	8.8	9.6	11.4	12.6	13.9		
82	8.3	9.0	9.8	11.7	12.8	14.1		
83	8.5	9.2	10.0	11.9	13.1	14.5		
84	8.6	9.4	10.2	12.2	13.4	14.8		
85	8.8	9.6	10.4	12.5	13.7	15.1		
86	9.0	9.8	10.7	12.7	14.0	15.4		
87	9.2	10.0	10.9	13.0	14.3	15.8		
88	9.4	10.2	11.1	13.3	14.6	16.1		
89	9.6	10.4	11.4	13.6	14.9	16.4		
90	9.8	10.6	11.6	13.8	15.2	16.8		
91	10.0	10.9	11.8	14.1	15.5	17.1		
92	10.2	11.1	12.0	14.4	15.8	17.4		
93	10.4	11.3	12.3	14.7	16.1	17.8		
94	10.6	11.5	12.5	14.9	16.4	18.1		
95	10.8	11.7	12.7	15.2	16.7	18.5		
96	10.9	11.9	12.9	15.5	17.0	18.8		
97	11.1	12.1	13.2	15.8	17.4	19.2		
98	11.3	12.3	13.4	16.1	17.7	19.5		
99	11.5	12.5	13.7	16.4	18.0	19.9		
100	11.7	12.8	13.9	16.7	18.4	20.3		
101	12.0	13.0	14.2	17.0	18.7	20.7		
102	12.2	13.3	14.5	17.4	19.1	21.1		
103	12.4	13.5	14.7	17.7	19.5	21.5		
104	12.6	13.8	15.0	18.1	19.9	22.0		
105	12.9	14.0	15.3	18.4	20.3	22.5		
106	13.1	14.3	15.6	18.8	20.8	23.0		
107	13.4	14.6	15.9	19.2	21.2	23.5		
108	13.7	14.9	16.3	19.6	21.7	24.0		
109	13.9	15.2	16.6	20.0	22.1	24.5		
110	14.2	15.5	17.0	20.5	22.6	25.1		
111	14.5	15.8	17.3	20.9	23.1	25.7		
112	14.9	16.2	17.7	21.4	23.6	26.2		
113	15.1	16.5	18.0	21.8	24.2	26.8		
114	15.4	16.8	18.4	22.3	24.7	27.4		
115	15.7	17.2	18.8	22.8	25.2	28.1		
116	16.0	17.5	19.2	23.3	25.8	28.7		
117	16.3	17.8	19.6	23.8	26.3	29.3		
118	16.6	18.2	19.9	24.2	26.9	29.9		
119	16.9	18.5	20.3	24.7	27.4	30.6		
120	17.3	18.9	20.7	25.2	28.0	31.2		

Fuente: OMS 2006

Elaboración: Lic. Mariela Contreras Rojas, Área de Normas Técnicas. CENSAJ www.censa.gov.pe. J. Tello y Burelo 276, Jesús María, Teléfono 0011-4800316. 8° Edición 2007.

PESO (kg)	TALLA PARA EDAD							
	TALLA (cm) (longitud (estatura))							
	N O R M A L							
	<-3DE	-2DE	-1DE	1DE	2DE	3DE	>3DE	
2.4	4.2	0:0	65.6	65.4	47.3	51.0	52.9	
3.2	5.5	0:1	47.8	49.8	51.7	55.6	57.6	
3.9	6.6	0:2	51.0	53.0	55.0	59.1	61.1	
4.5	7.5	0:3	53.5	55.6	57.7	61.9	64.0	
5.0	8.2	0:4	55.6	57.8	59.9	64.3	66.4	
5.4	8.8	0:5	57.4	59.6	61.8	66.2	68.5	
5.7	9.3	0:6	58.9	61.2	63.5	69.0	70.2	
6.0	9.8	0:7	60.3	62.7	65.0	69.6	71.9	
6.3	10.2	0:8	61.7	64.0	66.4	71.1	73.5	
6.5	10.5	0:9	62.9	65.3	67.7	72.6	75.0	
6.7	10.9	0:10	64.1	66.5	69.0	73.9	76.4	
6.9	11.2	0:11	65.2	67.7	70.3	75.3	77.8	
7.0	11.5	0:10	66.3	68.9	71.4	76.6	79.2	
7.2	11.8	0:11	67.3	70.0	72.6	77.8	80.3	
7.4	12.1	0:12	68.3	71.6	73.7	79.1	81.7	
7.6	12.4	0:13	69.3	72.8	74.8	80.2	83.0	
7.7	12.6	0:14	70.2	73.6	75.8	81.4	84.2	
7.9	12.9	0:15	71.1	74.6	76.8	82.5	85.4	
8.1	13.2	0:16	72.0	74.9	77.8	83.6	86.5	
8.2	13.5	0:17	72.8	75.8	78.8	84.7	87.6	
8.4	13.7	0:18	73.7	76.7	79.7	85.7	88.7	
8.6	14.0	0:19	74.5	77.5	80.6	86.7	89.8	
8.7	14.3	0:20	75.2	78.4	81.5	87.7	90.9	
8.9	14.6	0:21	76.0	79.2	82.3	88.7	91.9	
Estatura (predicho de pie)								
9.0	14.8	0:20	76.0	79.2	82.5	88.9	92.2	
9.2	15.1	0:21	76.8	80.0	83.3	89.9	93.1	
9.4	15.4	0:22	77.5	80.8	84.1	90.8	94.5	
9.5	15.7	0:23	78.1	81.5	84.9	91.7	95.0	
9.7	16.0	0:24	78.8	82.2	85.7	92.5	96.0	
9.8	16.2	0:25	79.5	82.9	86.4	93.4	96.9	
10.0	16.5	0:26	80.1	83.6	87.1	94.2	97.7	
10.1	16.8	0:27	80.7	84.3	87.9	95.0	98.6	
10.3	17.1	0:28	81.3	84.9	88.6	95.8	99.4	
10.4	17.3	0:29	81.9	85.6	89.3	96.6	100.3	
10.5	17.6	0:30	82.5	86.2	89.9	97.4	101.1	
10.7	17.9	0:31	83.1	86.8	90.6	98.1	101.9	
10.8	18.1	0:30	83.6	87.4	91.2	98.9	102.7	
10.9	18.4	0:31	84.2	88.0	91.9	99.6	103.4	
11.1	18.7	0:32	84.7	88.6	92.5	100.3	104.2	
11.2	19.0	0:33	85.3	89.2	93.1	101.0	105.0	
11.3	19.2	0:34	85.8	89.8	93.8	101.7	105.7	
11.5	19.5	0:35	86.3	90.4	94.4	102.4	106.4	
11.6	19.8	0:36	86.8	90.9	95.0	103.1	107.2	
11.7	20.1	0:37	87.4	91.5	95.6	103.8	107.8	
11.8	20.4	0:38	87.9	92.0	96.2	104.5	108.6	
12.0	20.7	0:39	88.4	92.5	96.7	105.1	109.3	
12.1	20.9	0:40	88.9	93.1	97.3	105.8	110.0	
12.2	21.2	0:41	89.3	93.6	97.9	106.4	110.7	
12.3	21.5	0:40	89.8	94.1	98.4	107.0	111.3	
12.4	21.8	0:41	90.3	94.6	99.0	107.7	112.0	
12.6	22.1	0:42	90.7	95.1	99.5	108.3	112.7	
12.7	22.4	0:43	91.2	95.6	100.1	108.9	113.3	
12.8	22.6	0:44	91.7	96.1	100.6	109.5	114.0	
12.9	22.9	0:45	92.1	96.6	101.1	110.1	114.6	
13.0	23.2	0:46	92.6	97.1	101.6	110.7	115.2	
13.2	23.5	0:47	93.0	97.6	102.2	111.3	115.9	
13.3	23.8	0:48	93.4	98.1	102.7	111.9	116.5	
13.4	24.1	0:49	93.9	98.5	103.2	112.5	117.1	
13.5	24.4	0:50	94.3	99.0	103.7	113.0	117.7	
13.6	24.6	0:51	94.7	99.5	104.2	113.6	118.3	

Fuente: OMS 2006

PESO PARA EDAD				TALLA PARA EDAD							
Edad (años)	NORMAL	leve peso	PESO (kg)	TALLA (cm) (longitud/estatura)							
				N	D	R	M	A	Alt		
<2DE	>2DE	<2DE	>2DE	<3DE	>3DE	>2DE	<1DE	1DE	<2DE	>2DE	
Longitud (medida echado)											
2.5	4.4	0.0	44.2	46.1	48.0	51.8	53.7				
3.4	5.8	0.1	45.9	50.8	52.8	56.7	58.6				
4.3	7.1	0.2	52.4	54.4	56.4	60.4	62.4				
5.0	8.0	0.3	55.3	57.3	59.4	63.5	65.5				
5.8	8.7	0.4	57.6	59.7	61.8	66.0	68.0				
6.0	9.3	0.5	59.6	61.7	63.8	68.0	70.1				
6.4	9.8	0.6	61.2	63.3	65.5	69.8	71.9				
6.7	10.3	0.7	62.7	64.8	67.0	71.3	73.5				
6.9	10.7	0.8	64.0	66.2	68.4	72.8	75.0				
7.1	11.0	0.9	65.2	67.5	69.7	74.2	76.5				
7.4	11.4	0.10	66.4	68.7	71.0	75.6	77.9				
7.6	11.7	0.11	67.6	69.9	72.2	76.9	79.2				
7.7	12.0	0.12	68.6	71.0	73.4	78.1	80.5				
7.9	12.3	0.13	69.9	72.1	74.5	79.3	81.8				
8.1	12.6	0.14	70.6	73.1	75.6	80.5	83.0				
8.3	12.8	0.15	71.6	74.1	76.6	81.7	84.2				
8.4	13.1	0.16	72.5	75.0	77.6	82.8	85.4				
8.6	13.4	0.17	73.3	75.9	78.6	83.9	86.5				
8.8	13.7	0.18	74.2	76.9	79.6	85.0	87.7				
8.9	13.9	0.19	75.0	77.7	80.5	86.0	88.8				
9.1	14.2	0.20	75.8	78.6	81.4	87.0	89.8				
9.2	14.5	0.21	76.5	79.4	82.3	88.0	90.9				
9.4	14.7	0.22	77.2	80.2	83.1	89.0	91.9				
9.5	15.0	0.23	78.0	81.0	83.9	89.9	92.9				
Estatura (medido de pie)											
8.7	15.3	0.24	79.0	81.0	84.1	90.2	93.2				
8.8	15.5	0.25	78.6	81.7	84.9	91.1	94.2				
10.0	15.8	0.26	79.3	82.5	85.6	92.0	95.2				
10.1	16.1	0.27	79.9	83.1	86.4	92.9	96.1				
10.2	16.3	0.28	80.5	83.8	87.1	93.7	97.0				
10.4	16.6	0.29	81.1	84.5	87.8	94.5	97.9				
10.5	16.9	0.30	81.7	85.1	88.5	95.3	98.7				
10.7	17.1	0.31	82.3	85.7	89.2	96.1	99.6				
10.8	17.4	0.32	82.8	86.4	89.9	96.9	100.4				
10.9	17.6	0.33	83.4	86.9	90.5	97.6	101.2				
11.0	17.8	0.34	83.9	87.5	91.1	98.4	102.0				
11.2	18.1	0.35	84.4	88.1	91.8	99.1	102.7				
11.3	18.3	0.36	85.0	88.7	92.4	99.8	103.5				
11.4	18.6	0.37	85.5	89.2	93.0	100.5	104.2				
11.5	18.8	0.38	86.0	89.8	93.6	101.2	105.0				
11.6	19.0	0.39	86.5	90.3	94.2	101.8	105.7				
11.8	19.3	0.40	87.0	90.9	94.7	102.5	106.4				
11.9	19.5	0.41	87.5	91.4	95.3	103.2	107.1				
12.0	19.7	0.42	88.0	91.9	95.9	103.8	107.8				
12.1	20.0	0.43	88.4	92.4	96.4	104.5	108.5				
12.2	20.2	0.44	88.9	93.0	97.0	105.1	109.1				
12.4	20.5	0.45	89.4	93.5	97.5	105.7	109.8				
12.5	20.7	0.46	89.8	94.0	98.1	106.3	110.4				
12.6	20.9	0.47	90.3	94.4	98.6	106.9	111.1				
12.7	21.2	0.48	90.7	94.9	99.1	107.5	111.7				
12.8	21.4	0.49	91.2	95.4	99.7	108.1	112.4				
12.9	21.7	0.50	91.6	95.9	100.2	108.7	113.0				
13.1	21.9	0.51	92.1	96.4	100.7	109.3	113.6				
13.2	22.2	0.52	92.5	96.9	101.2	109.9	114.2				
13.3	22.4	0.53	93.0	97.4	101.7	110.5	114.8				
13.4	22.7	0.54	93.4	97.9	102.3	111.1	115.5				
13.5	22.9	0.55	93.9	98.3	102.8	111.7	116.1				
13.6	23.2	0.56	94.3	98.8	103.3	112.3	116.7				
13.7	23.4	0.57	94.7	99.3	103.8	112.8	117.4				
13.8	23.7	0.58	95.2	99.7	104.3	113.4	118.0				
14.0	23.9	0.59	95.6	100.2	104.8	114.0	118.6				

TALLA PARA EDAD  
 Valores de talla correspondientes a la edad del niño menor de 2 años  
 (medido echado) y valores de estatura a partir de 2 a 4 años (medido de pie)

PESO PARA TALLA  
 Valores de peso según longitud o estatura y perspectiva CE  
 Fuente: OMS 2006

TALLA (cm)	PESO PARA TALLA							
	PESO (kg)							
	Desviación estándar	Desviación estándar	N	O	R	M	A	Desviación estándar
<-3DE	>-3DE	>-2DE	<-1DE	1DE	<2DE	>2DE	>3DE	>3DE
45	1.9	2.0	2.2	2.7	3.0	3.3		
46	2.0	2.2	2.4	2.9	3.1	3.5		
47	2.1	2.3	2.5	3.0	3.3	3.7		
48	2.3	2.5	2.7	3.2	3.6	3.9		
49	2.4	2.6	2.9	3.4	3.8	4.2		
50	2.6	2.8	3.0	3.6	4.0	4.4		
51	2.7	3.0	3.2	3.9	4.2	4.7		
52	2.9	3.2	3.5	4.1	4.5	5.0		
53	3.1	3.4	3.7	4.4	4.8	5.3		
54	3.3	3.6	3.9	4.7	5.1	5.6		
55	3.6	3.8	4.2	5.0	5.4	6.0		
56	3.8	4.1	4.4	5.3	5.8	6.3		
57	4.0	4.3	4.7	5.6	6.1	6.7		
58	4.3	4.6	5.0	5.9	6.4	7.1		
59	4.5	4.8	5.3	6.2	6.8	7.4		
60	4.7	5.1	5.5	6.5	7.1	7.8		
61	4.9	5.3	5.8	6.8	7.4	8.1		
62	5.1	5.6	6.0	7.1	7.7	8.5		
63	5.3	5.8	6.2	7.4	8.0	8.8		
64	5.5	6.0	6.5	7.6	8.3	9.1		
65	5.7	6.2	6.7	7.9	8.6	9.4		
66	5.9	6.4	6.9	8.2	8.9	9.7		
67	6.1	6.6	7.1	8.4	9.2	10.0		
68	6.3	6.8	7.3	8.7	9.4	10.3		
69	6.5	7.0	7.6	8.9	9.7	10.6		
70	6.6	7.2	7.8	9.2	10.0	10.9		
71	6.8	7.4	8.0	9.4	10.2	11.2		
72	7.0	7.6	8.2	9.6	10.5	11.5		
73	7.2	7.7	8.4	9.9	10.8	11.8		
74	7.3	7.9	8.6	10.1	11.0	12.1		
75	7.5	8.1	8.8	10.3	11.3	12.3		
76	7.6	8.3	8.9	10.6	11.6	12.6		
77	7.8	8.4	9.1	10.8	11.7	12.8		
79	7.9	8.6	9.3	11.0	12.0	13.1		
79	8.1	8.7	9.5	11.2	12.2	13.3		
80	8.2	8.9	9.6	11.4	12.4	13.6		
81	8.4	9.1	9.8	11.6	12.6	13.6		
82	8.5	9.2	10.0	11.8	12.8	14.0		
83	8.7	9.4	10.2	12.0	13.1	14.3		
84	8.9	9.6	10.4	12.2	13.3	14.6		
85	9.1	9.8	10.6	12.5	13.6	14.9		
86	9.3	10.0	10.8	12.8	13.9	15.2		
87	9.5	10.2	11.1	13.0	14.2	15.5		
88	9.7	10.5	11.3	13.3	14.5	15.8		
89	9.9	10.7	11.5	13.5	14.7	16.1		
90	10.1	10.9	11.8	13.8	15.0	16.4		
Estatura (medido de pie)								
80	6.3	9.0	9.7	11.5	12.6	13.7		
81	6.5	9.2	9.9	11.7	12.8	14.0		
82	6.7	9.3	10.1	11.9	13.0	14.2		
83	6.8	9.5	10.3	12.2	13.3	14.5		
84	6.9	9.7	10.5	12.4	13.5	14.8		
85	7.2	10.0	10.8	12.7	13.8	15.1		
86	7.4	10.2	11.0	12.9	14.1	15.4		
87	7.6	10.4	11.2	13.2	14.4	15.7		
88	7.8	10.6	11.5	13.5	14.7	16.0		
89	8.0	10.8	11.7	13.7	14.9	16.3		
90	8.2	11.0	11.9	14.0	15.2	16.6		
91	8.4	11.2	12.1	14.2	15.5	16.9		
92	8.6	11.4	12.3	14.5	15.8	17.2		
93	8.8	11.6	12.6	14.7	16.0	17.5		
94	9.0	11.8	12.8	15.0	16.3	17.8		
95	9.2	12.0	13.0	15.3	16.6	18.1		
96	9.4	12.2	13.2	15.5	16.9	18.4		
97	9.6	12.4	13.4	15.8	17.2	18.8		
98	9.8	12.6	13.7	16.1	17.5	19.1		
99	10.0	12.9	13.9	16.4	17.9	19.5		
100	10.2	13.1	14.2	16.7	18.2	19.9		
101	10.4	13.3	14.4	17.0	18.5	20.3		
102	10.6	13.5	14.7	17.3	18.9	20.7		
103	10.8	13.8	14.9	17.7	19.3	21.1		
104	11.0	14.0	15.2	18.0	19.7	21.6		
105	11.2	14.3	15.5	18.4	20.1	22.0		
106	11.4	14.5	15.8	18.7	20.5	22.5		
107	11.6	14.8	16.1	19.1	20.9	22.9		
108	11.8	15.1	16.4	19.5	21.3	23.4		
109	12.0	15.3	16.7	19.8	21.8	23.9		
110	12.2	15.6	17.0	20.2	22.2	24.4		
111	12.4	15.9	17.3	20.7	22.7	25.0		
112	12.6	16.2	17.6	21.1	23.1	25.5		
113	12.8	16.5	18.0	21.5	23.6	26.0		
114	13.0	16.8	18.3	21.9	24.1	26.6		
115	13.2	17.1	18.6	22.4	24.6	27.2		
116	13.4	17.4	19.0	22.8	25.1	27.8		
117	13.6	17.7	19.3	23.3	25.6	28.3		
118	13.8	18.0	19.7	23.7	26.1	28.9		
119	14.0	18.3	20.0	24.1	26.6	29.5		
120								

#### ANEXO N°4 Edad de introducción de los distintos alimentos

EDAD	TEXTURA	FRECUENCIA	CANTIDAD EN CADA COMIDA
Desde los 6 meses	Papillas blandas, verduras, frutas bien trituradas	Dos veces al día, además de tomas de pecho frecuentes	2 – 3 cucharadas
7-8 meses	Alimentos triturados	Tres veces al día, además de tomas de pecho frecuentes	Aumento gradual hasta 2/3 de una taza de 250 ml en cada comida
9-11 meses	Alimentos triturados o cortados en trozos pequeños, y alimentos que él bebe puede agarrar	Tres comidas más un refrigerio entre comidas, además de tomas de pecho	¾ de una tazas de 250 ml
12-24 meses	Alimentos de la familia, cortados o triturados en caso necesario	Tres comidas y dos refrigerios entre comidas, además de toma de pecho	Una taza de 250ml llena

Fuente: OMS (Organización Mundial de Salud)

## ANEXO N°5 Matriz de Consistencia del Estudio de Investigación

Título: Conocimiento de Alimentación Complementaria en madres, asociado al Estado Nutricional en niños 6 meses a 24 años atendidos en el Centro Salud de Edificadores Misti, 2015”

PROBLEMA	OBJETIVOS	APOORTE CIENTÍFICO
<p>CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA</p> <p>Problema General</p> <p>¿Existe relación entre el conocimiento de alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de seis meses a dos años en madres atendidos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Edificadores Misti?</p> <p>Problema Específicos</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres atendidos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar relación entre el conocimiento de madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de sus niños de seis meses a dos años atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Edificadores Misti</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud</p>	<p>ENFOQUES ANTERIORES</p> <p>A NIVEL INTERNACIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá</li> <li>- Alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses y su trascendencia en el estado nutricional, subcentro de salud, ciudadela Municipal, Junio a Noviembre 2010</li> </ul>

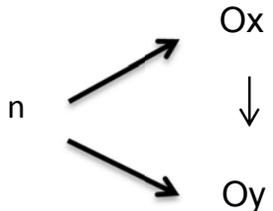
<p>Centro de Salud Edificadores Misti?</p> <p>¿Cuál es el estado nutricional del niño de seis meses a dos años, hijos de madres atendidos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Edificadores Misti?</p>	<p>Edificadores Misti.</p> <p>Identificar el estado nutricional del niño de seis meses a dos años, hijos de madres atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Edificadores Misti.</p>	<p>A NIVEL NACIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, Lima.</li> <li>- Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas. Santa Anita, Lima</li> <li>- Efectividad del programa educativo en conocimientos, practicas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses, Reque.</li> </ul>
---	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado nutricional del niño menor de 5 años en la provincia de Ica-Perú 2010</li>   <li>A NIVEL LOCAL</li> <li>- Características de ablactancia y factores maternos que influyen en el estado nutricional en niños de 7 a 11 meses de la Micro Red Mariano Melgar</li>   <li>- Algunos conocimientos de la madre en la atención nutricional y evolución del crecimiento del niño durante el primer año. Consultorio de CRED del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza</li>   <li>- Prevalencia de anemia y su relación con el estado nutricional en niños de 6 meses</li> </ul>
--	--	---

		a 2 años de edad, atendidos en el Centro de Salud Alto Selva Alegre - Arequipa 2014
<b>VARIABLES E INDICADORES</b>	<b>BASE TEORICA</b>	<b>HIPOTESIS</b>
<p>Variables X: Conocimiento de Alimentación Complementaria</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concepto</li> <li>- Fases de alimentación complementaria</li> <li>- Cantidad de alimentos</li> <li>- Condiciones para una buena alimentación</li> <li>- Consistencia alimentación complementaria</li> <li>- Preparación de papillas</li> <li>- Tipos de alimentos</li> <li>- Preparación de alimentos</li> </ul>	<p>1. Modelo de Jean Watson y Ramona Mercer</p> <p>2. Nutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutricional</li> <li>- Estado nutricional <ul style="list-style-type: none"> <li>b. Peso/edad</li> <li>c. Talla/edad</li> <li>d. Peso/talla</li> <li>e. Índice masa corporal</li> </ul> </li> <li>- Valoración del estado nutricional</li> <li>- Evaluación del estado nutricional <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anamnesis</li> <li>b. Exploración clínica</li> <li>c. Laboratorio</li> </ul> </li> </ul>	<p>Hipótesis general</p> <p>DADO QUE El estado nutricional es la consecuencia de una serie de acciones de cuidado alimenticio y requerimiento. Es probable que el conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres este asociado significativamente al estado nutricional de niños de seis meses a dos años que concurren al consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Edificadores Misti.</p>

<p>Variables Y: Estado nutricional</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peso</li> <li>- Talla</li> <li>- Perímetro braquial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudios Antropométricos <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Peso</li> <li>b. Estatura</li> <li>c. Perímetro cefálico</li> <li>d. Circunferencia del brazo</li> </ul> </li> <li>- Indicadores de la nutrición</li> </ul> <p>3. Conocimiento de Alimentación Complementaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimiento</li> <li>- Tipos de conocimientos</li> </ul> <p>4. Alimentación Complementaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concepto</li> <li>- Fases de alimentación complementaria</li> <li>- Cantidad de alimentos</li> <li>- Condiciones para una buena alimentación</li> <li>- Consistencia alimentación complementaria</li> <li>- Preparación de papillas</li> <li>- Importancia de los alimentos</li> <li>- Tipos de alimentos</li> </ul>	<p>Hipótesis Específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- H1: Es probable que el conocimiento que tengan las madres sobre Alimentación Complementaria en los niños sea deficiente</li> <li>- H0: Es probable que el conocimiento que tengan las madres sobre Alimentación Complementaria en los niños no sea deficiente</li> <li>- H2: Es probable que el estado nutricional de los niños de seis meses a dos años de edad que reciben alimentación complementaria sea deficiente</li> <li>- H0: Es probable que el estado nutricional de los niños de seis meses a dos años de edad que reciben</li> </ul>
---	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparación de alimentos</li> <li>- Higiene en los alimentos <ul style="list-style-type: none"> <li>a. medidas de higiene</li> </ul> </li> </ul>	alimentación complementaria no sea deficiente
<b>METODOS DE INVESTIGACION</b>	<b>METODO DE MEDICION DE LAS VARIABLES</b>	<b>METODO OPERACIONAL</b>
<b>TIPO</b>  El presente estudio pertenece al enfoque cuantitativo de tipo correlacional causal porque se trata de establecer la relación entre las variables.  Según el número de variables es un estudio bivariado porque se trabaja con dos variables.	<b>TECNICAS:</b>  La técnica que se empleará para la investigación es: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para la variable X: conocimiento Alimentación Complementaria es la encuesta</li> <li>- Para la variable Y: Estado Nutricional es la observación</li> </ul>	<b>AMBITO DE ESTUDIO UBICACIÓN ESPACIAL</b>  El presente estudio de investigación se realizara el Conocimiento de Alimentación Complementaria en madres asociado al Estado Nutricional en niños de seis meses a dos años en el Centro de Salud Edificadores Misti, 2015.

<p><b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>Es un estudio de nivel correlacional porque trata de establecer la relación entre variables de estudio.</p>  <p>The diagram shows a central variable 'n' on the left. Two arrows originate from 'n': one points diagonally upwards and to the right towards 'Ox', and the other points diagonally downwards and to the right towards 'Oy'. A vertical arrow points downwards from 'Ox' to 'Oy'.</p>	<p><b>INSTRUMENTOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para la variable X Cuestionario del conocimiento de alimentación complementaria</li> <li>- Para la variable Y Ficha de registro de datos antropométricos de niños de seis meses a dos años</li> </ul>	<p><b>UBICACIÓN TEMPORAL</b></p> <p>Estudio que se realizara entre los meses de Febrero a Octubre 2015, como lo especifica el cronograma diseñado para la investigación.</p> <p><b>POBLACION</b></p> <p>La población está constituida por 719 de seis meses a dos años, con sus respectivas madres que asisten al consultorio de niño sano en el Centro de Salud Edificadores Misti.</p> <p><b>MUESTRA</b></p> <p>Se realizara un muestreo no probalístico por cuotas, la cual se obtiene 195 madres.</p>
--	--	---

### Anexo N°6 Matriz de Operalización del Variables

Variable	Dimensión	Indicador	Sub Indicador	N° de ítem	Instrumento	Categoría	Escala
Variable X Conocimiento de alimentación complementaria	Conocimiento  - Científico - Artístico - Revelado - Empírico	1.1 Concepto	- Conocimiento personal - Propias experiencias	1 2		Bueno  Regular  Malo	Ordinal
		1.2 Fases de alimentación complementaria	- Lactancia - De transición - Modificada de adulto	3 4 4	Cuestionario		
		1.3 Cantidad de alimentos	7-8 meses (3 -5 cucharaditas) 9-11 meses (5 -7 cucharaditas) 12-24 meses (7 -10 cucharaditas)	9 10 8	Cuestionario		
		1.4 Condiciones para una buena alimentación	- Ambiente - Participación familiar - Horario establecidos - Independencia	11 12 13 14	Cuestionario		
		1.5 Consistencia alimentación complementaria	- Aplastados - Triturados - Picados - Enteros	5 6 7 8	Cuestionario		
		1.6 Preparación de papillas	- Incorporar nuevos alimentos - Incorporar pescado y huesos	17 18	Cuestionario		
		1.7 Tipos de alimentos	- Cereales - Pescado - Huevos - Legumbres - Yogurt	15 18 19 20 16	Cuestionario		
		1.8 Preparación de alimentos	- Higiene de los alimentos - Cocción correcta de los alimentos - Conservación de los alimentos - Higiene personal	21 22 23 23	Cuestionario		

Variable	Indicador	Sub Indicador	Nº de ítem	Instrumento	Categoría	Escala
Variables Y Estado nutricional del niña(o)	- Peso  - Talla  - Perímetro braquial	- Peso- edad  - Talla-edad  - Talla-peso		Ficha de registro de datos	- Sobrepeso - Normal  - Alto - Normal - Talla baja  - Obesidad - Sobrepeso - Normal - Desnutrición aguda - Desnutrición crónica	Ordinal

## Anexo N°7 Mapa de ubicación del ámbito de estudio

