



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

**TESIS**

**“CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN  
MADRES CON LACTANCIA DEL CENTRO DE SALUD COOPERATIVA  
UNIVERSAL, SANTA ANITA LIMA 2016”**

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

**PRESENTADO POR:**

**VALERA APARCO, ANGGIE SOLEDAD.**

**ASESORA**

**Dra. ELIZABETH TERESA DIESTRA CUEVA**

**LIMA, PERÚ 2018**

**CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN  
MADRES CON LACTANTES DEL CENTRO DE SALUD COOPERATIVA  
UNIVERSAL, STA. ANITA LIMA, 2016”**

## RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su aplicación en los niños de 6 a 12 meses de madres que acuden al Centro de Salud Cooperativa Universal, Santa Anita, Lima – Perú 2016, cuya muestra fue de 50 madres. Entre sus conclusiones están: La edad promedio de las madres es de 26 a 35 años, seguido por el 44% de las madres jóvenes de 18 a 25 años, respecto al estado civil un mayor porcentaje de madres son convivientes y un porcentaje mínimo son solteras. Teniendo en cuenta el grado de instrucción, el mayor número de ellas tiene secundaria completa, seguida del nivel primaria y el 10% tienen nivel superior. Asimismo el 66% tienen 2 a 3 hijos el 20% 1 hijo y el 14% (4 hijos)

Las madres tienen un nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria, a su vez tienen prácticas no adecuadas y las madres con un nivel Alto de conocimientos, tienen a su vez prácticas adecuadas. Los niveles de conocimientos también nos muestran que existe un porcentaje significativo de las madres que desconocen en que consiste la alimentación complementaria, cuántas veces al día se debe alimentar a un niño de 6 meses, la consistencia y cantidad que deben tener los alimentos de un niño de 7 y 8 meses. Los niveles de prácticas evidencian que existen porcentajes de madres que tienen un nivel de práctica moderadamente adecuada, seguido de otro porcentaje de madres que no se lavan las manos cuando preparan los alimentos, no tienen una adecuada elección y conservación de los alimentos y un grupo de ellas que tienen un nivel alto de conocimiento y prácticas adecuadas de alimentación complementaria.

Palabras Claves: Alimentación complementaria y practica inadecuada

## **ABSTRACT**

The objective of the research was to determine the level of knowledge about complementary feeding and its application in children from 6 to 12 months of mothers who attend the Universal Cooperative Health Center, Santa Anita, Lima - Peru 2016, whose sample was 50 mothers . Among its conclusions are: The average age of mothers is from 26 to 35 years, followed by 44% of young mothers from 18 to 25 years, with respect to marital status, a higher percentage of mothers are cohabiting and a minimum percentage are single . Taking into account the level of education, the greatest number of them have completed secondary school, followed by the primary level and 10% have a higher level. Also, 66% have 2 to 3 children, 20% 1 child and 14% (4 children). Mothers have a medium level of knowledge about complementary feeding, at the same time they have inadequate practices and mothers with a high level of knowledge, have appropriate practices in turn. The levels of knowledge also show us that there is a significant percentage of mothers who do not know what is complementary feeding, how many times a child should be fed a 6 month old, the consistency and quantity that a child's food should have of 7 and 8 months. The levels of practice show that there are percentages of mothers who have a moderately adequate level of practice, followed by another percentage of mothers who do not wash their hands when preparing food, do not have an adequate choice and conservation of food and a group of them have a high level of knowledge and adequate complementary feeding practices.

Key Words: Supplementary feeding and inadequate practice

## INDICE

Pág.

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**RESUMEN**

i

**ABSTRAC**

ii

**ÍNDICE**

iii

**INTRODUCCIÓN**

v

### **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1. Planteamiento del problema

1

1.2. Formulación del problema

4

1.2.1. Problema General

4

1.2.2. Problemas Específicos

4

1.3. Objetivos de la investigación

5

1.3.1. Objetivo general

5

1.3.2. Objetivos específicos

5

1.4. Justificación del estudio

5

1.5. Limitaciones

7

### **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

9

2.1. Antecedentes del estudio

14

2.2. Base teórica

30

2.3. Definición de términos

31

2.4. Hipótesis

32

2.5. Variables

32

2.5.1. Definición conceptual de la variable

32

2.5.2. Definición operacional de la variable

34

### 2.5.3. Operacionalización de la variable

<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	35
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	35
3.3. Población y muestra	36
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	37
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	37
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	38
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	39
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	44
<b>CONCLUSIONES</b>	47
<b>RECOMENDACIONES</b>	48
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	49
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	

## INTRODUCCIÓN

Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento.

La alimentación complementaria debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos son necesarios

El trabajo de investigación se estructura de la siguiente manera:

Es por ello que se realizó el presente estudio titulado “Nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Cooperativa Universal, Santa Anita, Lima – Perú 2016”

Este proyecto consta de V capítulos, el Capítulo I: tiene el Planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos generales y específicos, justificación y limitación de la investigación. Capítulo II: antecedentes del estudio, base teórica, definición de términos, hipótesis, variables. Capítulo III: tipo y nivel de investigación, descripción de ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos, validez y confiabilidad del instrumento, plan de recolección y procesamiento de datos. Capítulo IV: Aspectos administrativos, referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

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

A los seis meses, se debe iniciar una etapa conocida anteriormente como ablantancia y posteriormente fue llamada alimentación complementaria (AC) en la que se incluyen alimentos diferentes a la leche materna de manera gradual y progresiva. Una adecuada alimentación complementaria durante los primeros meses de vida es fundamental tanto para asegurar el crecimiento y desarrollo del bebé así como para mantener su salud, evitar la desnutrición y prevenir enfermedades. Se calcula que un 30% (186 millones) de la población mundial menor de 5 años tiene retraso del crecimiento y que un 18% (115 millones) tiene bajo peso para su estatura, en la mayoría de los casos por alimentación deficiente e infecciones repetidas; otros 43 millones tienen sobrepeso. Por lo tanto los indicadores de desnutrición en Perú, para los niños menores de 5 años de edad, de una muestra poblacional de 395 lactantes entre 6 a 8 meses, 17.3% tienen desnutrición crónica; 0.9%, desnutrición aguda y 4.2%, desnutrición global; así mismo de una muestra de 447 niños entre 9 a 11 meses tienen 18%, 1%, 3.7% en desnutrición crónica, aguda y global, respectivamente.<sup>1</sup>



La Unicef, en el balance sobre la situación actual, ha permitido demostrar que el modelo causal sobre la desnutrición crónica infantil (DCI) sigue vigente: hay que trabajar en las causas inmediatas (mejorar la lactancia materna y la alimentación complementaria) al igual que en las causas subyacentes, pero con una mirada a largo plazo para asegurar la sostenibilidad de los cambios. Para lograr el objetivo de que los padres contribuyan con la alimentación mediante la asimilación de toda la información que se brinde, es necesario que conozcan su rol como pilar fundamental para el desarrollo y crecimiento de sus niños <sup>2</sup>

Un reporte investigativo realizado en la ciudad de Lima, afirmó que de una población de 40 madres (100 %), el 55% (22) conocen sobre alimentación complementaria, el 45 % (18) desconocen. En cuanto a las prácticas 61 % (25) tiene practicas adecuadas, mientras que 39 % (15) tienen prácticas inadecuadas. Así también la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2007-2008 revela que el 64,3% de niños menores de 3 años consume granos y cereales, 39,3% no consume alimentos de origen animal y más de 70% no consume menestras , concluyendo que las madres brindan a sus niños una alimentación basada principalmente en alimentos energéticos y no balanceada.<sup>3</sup>

En muchos países, el período de la alimentación complementaria, de los 6 a los 23 meses, es el momento donde existe un pico de incidencia de retraso en el crecimiento, deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas incluso después de la introducción de los alimentos, la lactancia materna continúa siendo una fuente crítica de nutrientes para el niño pequeño. La leche materna aporta el 50% de las necesidades de energía del lactante hasta el año y hasta un tercio durante el segundo año de vida.<sup>(3)</sup>

La desnutrición debilita el sistema inmunológico e incrementa los riesgos a enfermar, siendo la causa del 50% de las muertes de los niños menores de 5 años a nivel mundial. La desnutrición crónica se produce fundamentalmente

entre los 6 y 24 meses de edad; es decir los niños están protegidos hasta los seis meses por la lactancia materna. <sup>(4)</sup>

Mundialmente se reportan más de dos mil millones de niños con alimentación deficiente en vitaminas, minerales y otros nutrientes que son esenciales para el desarrollo y crecimiento normal del niño, condición imprescindible para prevenir la muerte prematura e incapacidades como la ceguera y el retraso mental. En consecuencia los niños sufren o padecen de consumo de alimentos inadecuados. <sup>(4)</sup>

En América Latina y el Caribe la desnutrición crónica infantil afecta al 16% de la población de esa edad, convirtiéndose en un problema de salud pública, según datos de la Comisión Económica para América Latina, el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia y el programa mundial de alimentos, según el documento, en la región de los grupos más vulnerables al hambre y la desnutrición son los pobres que viven en los sectores rurales, los indígenas o afro descendientes y los que tienen bajo nivel educacional y bajo acceso al agua potable y alcantarillado (ONU 2006). <sup>(5)</sup>

De los 150 países reportados por UNICEF en su informe sobre “Estado Mundial de la Infancia” en 1997, el Perú según la tasa de mortalidad en menores de cinco años (TMM5) ocupa el lugar 65 y entre los países de América del Sur, el tercer lugar <sup>(6)</sup>

Según el INEI, el porcentaje de desnutrición crónica infantil a nivel nacional es 19.5% al 2011 y 18.1% al 2012, sin embargo, estas cifras globales no expresan la realidad de muchas regiones y zonas rurales pobres con cifras altísimas, por ejemplo, 82% de niños ashánincas sufren desnutrición crónica y en la región Loreto 33%; las regiones mineras lideran las tasas: Huancavelica (52%), Cajamarca (36%), Apurímac (31%) y Ayacucho (28%). Departamentos que registran menor índice de desnutrición crónica: Tacna

(2,4%), Moquegua (4,8%), Lima (6,2%), Ica (7,6%), Madre de Dios (7,8%), Arequipa (8,2%) y Tumbes (9,5%) En nuestro país las principales causas de mortalidad y morbilidad en menores de 1 años, para el periodo 2001-2005 son las infecciones respiratorias agudas, septicemias y en tercer lugar deficiente nutrición y anemia. <sup>(7)</sup>

La prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el Perú ha disminuido de un 31% en el año 2007 al 23.2% en el año 2010 y en Lima de un 11.4% a un 8.9% según INEI-ENDES. <sup>(8)</sup>

Lo anterior expuesto indica que una alimentación complementaria adecuada de los niños y niñas de entre seis meses y dos años es particularmente importante para el crecimiento, el desarrollo y para prevenir la desnutrición, ya que este problema ocurre durante la infancia ocasionando graves problemas de salud en las situaciones de recursos escasos.

Frente a lo expuesto, se plantea la siguiente interrogante.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

Frente a la situación planteada surge la siguiente interrogante:

### **1.2.1.- Problema General**

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su aplicación en los niños de 6 a 12 meses de madres que acuden al Centro de Salud Cooperativa Universal, Santa Anita, Lima – Perú 2016?

### **1.2.2.- Problemas Específicos**

- ¿Cuáles son las Características sociodemográficas más relevantes (Edad, grado de instrucción, estado civil, número de hijos e ingreso económico) de la unidad muestral madres de lactantes de 6 a 12 meses?

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de alimentación complementaria en madres con lactantes de 6 a 12 meses del Centro de Salud Cooperativa Universal, Sta. Anita Lima, 2016?
- ¿Cuál es el nivel de aplicación de alimentación complementaria en madres con lactantes de 6 a 12 meses del Centro de Salud Cooperativa Universal, Sta. Anita Lima, 2016

### **1.3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1.- Objetivo general:**

- Determinar el nivel de conocimiento y aplicación de alimentación complementaria en madres con lactantes de 6 a 12 meses del Centro de Salud Cooperativa Universal, Sta. Anita Lima, 2016

#### **1.3.2.- Objetivos específicos:**

- Caracterizar a la unidad muestral de madres con lactantes de 6 a 12 meses teniendo en cuenta sus características sociodemográficas más relevantes (Edad, grado de instrucción, estado civil, número de hijos e ingreso económico)
- Identificar el nivel de conocimientos de alimentación complementaria en madres con lactantes de 6 a 12 meses del Centro de Salud Cooperativa Universal, Sta. Anita Lima, 2016
- Identificar el nivel de aplicación de alimentación complementaria en madres con lactantes de 6 a 12 meses del Centro de Salud Cooperativa Universal, Sta. Anita Lima, 2016

### **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:**

La alimentación y nutrición en los niños de 6 a 12 meses es importante, ya que en esta etapa desarrollan en un 85% su cerebro, lo cual está relacionado

a la capacidad de asimilar conocimientos, interactuar con su entorno, su capacidad motora y de adaptación a nuevos ambientes y personas, asimismo necesitan el aporte de otros micronutrientes que la leche materna no les otorga en la cantidad necesaria según los requerimientos nutricionales.

La alimentación complementaria es considerada como un periodo de inicio y adaptación para la alimentación en los niños menores de un año, es dada por las madres con conocimientos muchas veces incipientes, por lo cual es importante dar una alimentación a partir de los 6 meses de edad, las necesidades de energía y nutrientes del lactante comienzan a exceder aportado por la leche materna; entonces, la alimentación complementaria se vuelve necesaria para llenarlas brechas de energía y de nutrientes. Si no se introducen alimentos complementarios a esta edad o sea administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se puede ver afectado.

El estudio tiene como objetivo el de indagar los conocimientos y practica para contribuir de alguna manera en cubrir la falta de conocimiento ya que las madres deben de conocer y poner en práctica la incorporación de alimentos para poder satisfacer las necesidades nutricionales del niño, favorecer la interrelación madre-hijo, ayudar la transición del lactante de una dieta líquida a una dieta blanda y luego a formar parte del consumo familiar, además de favorecer la alimentación. Para ello, es importante que la madre maneje conocimientos y prácticas de alimentación adecuadas.

En el Perú, una de las principales amenazas en los niños menores de cinco años es la desnutrición y sobre todo la desnutrición crónica o retraso en el crecimiento, cuyas consecuencias se presentan a lo largo de todo el ciclo de vida.

Esta situación incrementa el riesgo de morbimortalidad e inhibe el desarrollo cognitivo y físico de las niñas y los niños, afectando su estado de salud de

manera crónica y su potencial productivo futuro; comprometiendo la situación económica y social de la persona, la familia, la comunidad y del país.

Por lo cual es necesario profundizar el nivel de conocimiento y práctica de las madres sobre la alimentación complementaria para orientar las actividades preventivas y promocionales dadas por el personal de salud, con la finalidad de promover la introducción adecuada de la alimentación complementaria y así mejorar el crecimiento y desarrollo del niño.

El profesional de Enfermería que labora a nivel de Centro de Salud, cumple un rol fundamental en el Área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), valorando el crecimiento y desarrollo del Niño, especialmente el estado nutricional, así como el nivel de información y el conocimiento que tienen las madres sobre la calidad del alimento y requerimientos nutricionales de sus hijos. Por lo tanto, es responsabilidad del personal de enfermería desarrollar su rol en cuanto a prevención de la desnutrición y en la promoción de una adecuada alimentación que influirá más en el desarrollo biopsicosocial e intelectual del niño

Esta investigación permite conocer los conocimientos y prácticas de las madres del Centro de Salud “Cooperativa Universal”, para así poder intervenir adecuadamente.

## **1.5. LIMITACIONES Y ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN**

Las limitaciones de la investigación fueron:

- Accesibilidad a la información
- Limitación del tiempo por el trabajo, los estudios, asesoramiento y factor económico.

- Falta de dominio de otra lengua (inglés, portugués), pues la mayor información se encuentra en esos idiomas.
- Existen escasos estudios internacionales actuales acerca del nivel de conocimiento y práctica sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses, o cual no facilita la obtención de antecedentes internacionales y por consiguiente limita tener más evidencia de otros estudios realizados en el mundo.

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:**

#### **2.1.1. Antecedentes internacionales:**

**García, I.** Caracterización De Prácticas De Alimentación Complementaria A la Lactancia Materna Que Realiza La Madre Del Niño (A) De 6 Meses A un Año De Edad. Guatemala. (2014). Con el objetivo principal de este estudio fue caracterizar las prácticas de alimentación complementaria a la lactancia materna que realizan las madres de niño de 6 meses a un año edad, de la etnia mamá en la jurisdicción 2, Ixtlahuaca, Huehuetenango. El tipo de estudio fue descriptivo transversal, porque permite desarrollar el fenómeno a través de la presentación descriptiva y sus características especificando: comunidad, persona, grupos o fenómeno, con el objetivo de determinar cómo se manifiesta el fenómeno. La validación de instrumento se llevó a cabo en la jurisdicción uno de san Ildefonso Ixtlahuaca, a madres con niños de 6 meses a un año de edad con prácticas de alimentación complementaria la recolección



de información se realizó a través de una encuesta a madres con niños(as) de 6 meses a un año de edad que voluntariamente participaron, en el estudio y se llevó

a cabo a través de visitas domiciliarias, en la jurisdicción dos. Entre los resultados obtenidos más importantes fue identificar los factores sociales, culturales, educativos que tienen más influencia en la alimentación complementaria y la mayoría de las familias no tienen acceso a los alimentos, debido a bajos recursos económicos, pobreza extrema, esto trae como consecuencia en los niños riesgo a padecer desnutrición crónica y por consiguiente las consecuencias en el desarrollo físico y mental. Las conclusiones más importantes fue que el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria es baja solo 36.36% tienen conocimiento respecto a la edad de inicio de alimentación complementaria y el 63.63% de las madres desconocen la edad que se inicia la introducción de otros alimentos aparte de la lactancia materna. algunas recomendaciones fueron: que los servicios de salud brinden consejería adecuada a las madres de niños de 6 a 12 meses en relación a la alimentación complementaria especialmente la consistencia y la edad que se inicia. Que el programa de extensión de cobertura brinde consejería sobre la edad adecuada para introducción de alimentos y que expliquen las razones por las cuales no es adecuado introducir alimentos antes de los seis meses<sup>10</sup>

**Sáenz-Lozada, María L. y Camacho-Lindo, Ángela E;** en Colombia, el 2012, realizaron un estudio sobre “Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá”, Sus Objetivo fueron; identificar las características de las prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria y las causas más comunes del cese del amamantamiento en la población que asiste al Jardín Infantil de la Universidad Nacional de

Colombia, Sede Bogotá. El método fue descriptivo, tipo cualitativo y cuantitativo. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Entre sus conclusiones tenemos: “El 98 % de los niños recibió leche materna y en la mayoría de casos, 75% se reconocieron los beneficios de esta tanto para la madre como 13 para el niño. Solo el 21 % finalizó la lactancia antes de los 6 meses, edad mínima recomendada por la OMS. El 40 % de las madres mantienen la lactancia a los 12 meses” <sup>(11)</sup>

**Zurita Alvarado, Maria Antonieta; Bolivia, 2009**, realizó un estudio titulado: “Lactancia materna, alimentación complementaria y factores asociados a su práctica, en niños menores de 2 años (Trabajo realizado en la 1ra. Sección del municipio de Quillacollo-Cochabamba)”, tuvo como objetivo identificar las prácticas de la lactancia materna, alimentación complementaria y los factores asociados en niños menores de 2 años. El método aplicado fue descriptivo de corte transversal, en una población de madres de menores de 2 años que viven en la 1ra. Sección del municipio de Quillacollo, se aplicó la técnica de la encuesta mediante visitas a las familias. Las conclusiones entre otras fueron:

“La práctica de la lactancia materna natural aun es utilizada en nuestro medio ya que un 98% de los niños recibieron lactancia materna alguna vez, no influyendo el sexo del bebe en la decisión de las madres de dar leche materna a sus niños” “Solo un 39% de los niños recibieron lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad que es lo ideal, teniendo así niños que iniciaron la alimentación complementaria tempranamente o después de los 6 meses. Por consiguiente el temprano inicio de la alimentación complementaria contribuiría en un 41% en la aparición de EDAS y 43% en IRAS y probablemente también influye en el estado nutricional del niño menor de 2 años ya que un 16% de los que recibieron lactancia materna están desnutridos” <sup>(12)</sup>

### 2.1.1 ANTECEDENTES NACIONALES:

**León Banegas Ruth Karina** Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud de Revolución, Juliaca – 2015

El presente trabajo de investigación titulado “Conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud La Revolución, Juliaca - 2015”, cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre Conocimientos y Prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Revolución, Juliaca 2015. El diseño de investigación es no experimental de corte transversal de tipo correlacional, se realizó un muestreo no probabilístico estratificado, determinándose una muestra de 63 madres de niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Revolución. El instrumento que se utilizó es el cuestionario de conocimientos, que consta de 15 preguntas y prácticas de alimentación complementaria con 18 ítems que tiene como duración de 15 minutos. Los resultados indican que 63 madres que representan el 100%, donde 18 madres que representa el 28.6% presentan un conocimiento bajo, seguido por 34 madres que representa el 54% que presentan un conocimiento medio y por ultimo 11 madres que representa el 17.5% que presentan un conocimiento alto, con respecto a las prácticas donde 47 madres que representan el 74.6% presentan prácticas desfavorables, seguido por 16 madres que representan el 25.4% presentan prácticas favorables, seguido por 16 madres que representan el 25.4% presentan prácticas favorables, encontrándose correlación directa y significativa entre las variables de estudio ( $\text{sig}=.000$ ). Se llegó a la conclusión que existe relación entre conocimientos y prácticas con una correlación  $r = .845$ .<sup>13</sup>

**Cesar Orlando Jiménez Huamani en el 2010**, realizó una investigación titulada “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud fortaleza Lima-Perú 2010”.

Cuyo objetivo fue determinar el inicio de la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses en el centro de salud Fortaleza.

El método que se utilizó fue correlacional de corte transversal, para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista encuesta, y el instrumento fue un cuestionario semiestructurado aplicados a las madres y una lista de chequeo aplicado a los lactantes.

Dentro de las conclusiones tenemos:

“La mayoría de lactantes del centro de salud Fortaleza inicio la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad; un menor porcentaje inicio la alimentación complementaria antes de los 6 meses o después de los 7 meses de edad. Los lactantes que iniciaron la alimentación complementaria tardía (después de los 7 meses), tienen mayor índice de Desnutrición de I grado, que los lactantes que iniciaron un alimentación precoz (antes de los 6 meses) y normal (6 meses). Los lactantes que iniciaron una alimentación complementaria normal (6 meses), en una evaluación posterior al inicio de la alimentación, tienen un mayor índice de desnutrición de Iº, que los lactantes que iniciaron una alimentación precoz (antes de los 6 meses). Por lo tanto se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. H0: No existe relación entre el inicio de la alimentación complementaria y el estado nutricional.”

Este estudio ha contribuido a la construcción del problema y a resaltar la importancia de buscar nuevas evidencias sobre la relación

directa que existiría entre la alimentación complementaria precoz y desnutrición.<sup>(14)</sup>

**Barba Torres, Horacio en Lima – Perú, el 2009**, realizó un estudio sobre “Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza 2009”.Cuyo objetivo fue determinar las características de la alimentación que recibe el niño de seis meses a un año con déficit en la curva ponderal. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo.

La población estuvo conformada por 220 niños, la muestra fue seleccionada mediante el muestreo aleatorio simple, siendo un total de 67 niños. La técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario.

Las conclusiones a las que llegó, entre otras fueron:

“Las características de la alimentación son adecuadas para la mayoría de niños de 6 meses a 1 año, teniendo como condiciones 10 favorables la cantidad de la alimentación y las prácticas de higiene que realiza la madre o cuidadora durante la alimentación del niño. Los que se encuentran en condición inadecuada son la frecuencia, consistencia y la interacción de la madre o cuidadora en el momento de la alimentación con el niño”.<sup>(15)</sup>

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

A continuación se expone el marco teórico que permitió dar sustento a los hallazgos.

### **2.2.1. Alimentación Complementaria**

#### **Definición**

El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente, se dice que es aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin estimularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de seis meses de edad.

El momento oportuno para introducir alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica.

De modo que con la nutrición los niños pueden mantener un peso normal y evite contraer al mismo tiempo un déficit en vitaminas y minerales, sin manifestación clínica. Por ello, es importante que la introducción de otros alimentos aporte aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad.

### **Tipos de alimentos complementarios**

- **Alimentos transicionales:** Son los que están preparados expresamente para cubrir las necesidades nutricionales específicas del niño pequeño.
- **Alimentos familiares:** Son los mismos alimentos que conforman parte de la dieta de la familia.

### **Etapas de la alimentación complementaria**

- **Inicial:** Donde los nuevos alimentos deben comportarse como complemento del régimen lácteo, ya que el mayor aporte de energía y nutrientes proviene de la leche.
- **Intermedia:** Llamada también de mantenimiento; donde los alimentos progresivamente se convierten en suplementos de

alimentación láctea, pasando la leche de ser complementos de nuevos alimentos.

- **Final:** Que consiste en el empalme con la alimentación habitual del hogar o la familia.

### **Características de la alimentación en el lactante de 06 a 12 meses.**

- **Cantidad**

El número apropiado de comidas que se ofrece a un niño durante el día depende de la densidad energética de los alimentos que se usen localmente y de las cantidades consumidas en cada comida. La cantidad diaria de comida ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30g/kg de peso corporal y una densidad energética de mínima de 0.8kcal/g de alimento.

Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada son bajas o si a la niña se le suspende la lactancia materna, requerirá un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales. A los 6 meses se empezará con dos comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a tres comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 y 11 meses, además de las tres comidas principales deberán recibir una entre comida adicional y su leche materna, y finalmente; entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedará establecida en tres comidas principales y dos 18 entre comidas adicionales, además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los 2 años o más. En las comidas adicionales de media mañana o media tarde, se ofrecerán de preferencia alimentos de fácil preparación y consistencia espesa (mazamorra, papa sancochada, entre otros) o ya listos para consumir

(pan, fruta u otros alimentos sólidos), de modo que la niña o niño los pueda comer por si solos.

- **Frecuencia**

En niños amamantados de países en desarrollo, las necesidades energéticas a cubrir con la alimentación complementaria se estima en 200, 300 y 550 kcal/día entre las edades de 6 y 8, de 9 y 11 y de 12 y 23 meses respectivamente. Por otro lado, tenemos que la capacidad gástrica del niño guarda relación con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida. Alrededor del sexto mes de edad el niño expresa su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia adelante.

Contrariamente, cuando ya se encuentre satisfecho, demuestra su desinterés por el alimento echándose hacia atrás y volteando la cabeza hacia un lado.

A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas (1/4 taza) de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará de 3 a 5 cucharadas (1/2 taza) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará de 5 a 7 cucharadas (3/4 taza) tres veces al día, más una entre comida adicional; y finalmente; entre los 12 y 24 meses de 7 a 10 cucharadas (1 taza), tres veces al día, más dos comidas adicionales. Los lactantes aumentan gradualmente su aceptación a los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que aceptan.

- **Consistencia y textura**

La maduración neuromuscular del lactante no le permite pasar directamente del pecho a los alimentos de la mesa familiar. Por ello son necesarios alimentos de transición, especialmente adaptados para esta primera etapa, hasta que, aproximadamente al año, el niño



es capaz de alimentarse en la mesa familiar, con alimentos de consistencia no muy dura.

Por esto se aconseja aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos a medida que el niño crece, adaptándose a los requerimientos y habilidades motoras esenciales como el masticado y el contacto con nuevos sabores.

Todo ello les da la madurez para recibir alimentos de consistencia más densa. Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, gaseosas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio las preparaciones espesas como purés y mazamorras, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las nutricionales del niño. Las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas (menestras), alimentos de origen animal como tubérculos, verduras, lácteos (derivados) y frutas.

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

### **2.2.2. Fisiología del niño mayor de 6 meses**

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

- **Maduración digestiva:** la función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente).
- **Maduración renal:** a los 6 meses la filtración glomerular es del 60-80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitadas entre los 6 y los 12 meses.
- **Desarrollo psicomotor:** hacia los 5 meses el bebé empieza a llevarse objetos a la boca; a los 6 meses el lactante inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los 8 meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más espesos; hacia los 10 meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos.
- **Maduración inmune:** la introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de gran influencia sobre el patrón de inmunorrespuesta, y los factores específicos tolerogénicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas.

### **2.2.3. Riesgos de una alimentación complementaria inadecuada**

#### **Riesgos de un inicio temprano de la alimentación complementaria (antes de los 6 meses):**

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

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

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

Si la alimentación complementaria empieza después de los 6 meses de edad, el niño no recibirá suficiente nutrientes y alimentos de

acuerdo a su requerimiento, el cual puede ser más difícil el periodo de adaptación a nuevas consistencias, texturas y sabores de los alimentos.

- Insuficiente energía para apoyar un óptimo crecimiento y desarrollo.
- Dificultad para la aceptación de otros alimentos. - Aumenta el riesgo de malnutrición.
- Aumenta la deficiencia de micronutrientes, principalmente el hierro.

#### **2.2.4. Incorporación de alimentos ricos en hierro en la dieta del niño:**

Los niños nacen con reservas de hierro suficientes para cubrir sus demandas nutricionales entre los 4 a 6 meses. Por otro lado, la leche materna, aunque tiene pocas cantidades de hierro su absorción es muy eficiente comparada con otras leches.

El hierro es un componente fundamental en muchas proteínas y enzimas que nos mantienen en un buen estado de salud.

Alrededor de dos tercios de hierro de nuestro organismo se encuentra en la hemoglobina, proteína de la sangre que lleva el oxígeno a los tejidos y le da la coloración característica.

El resto se encuentra en pequeñas cantidades en la mioglobina, proteína que suministra oxígeno al músculo, y en enzimas que participan de reacciones bioquímicas (oxidación intracelular).

##### **A. Clasificación:**

**El hémico** es de origen animal y se absorbe en un 20 a 30%. Su fuente son las carnes (especialmente las rojas). Este hierro no es significativamente afectada por la dieta.

**El no hémico**, proviene del reino vegetal, es absorbido entre un 3% y un 8% y se encuentra en las legumbres, hortalizas de hojas verdes,

salvado de trigo, los frutos secos, las vísceras y la yema de huevo. Su absorción tiene gran influencia de otros componentes de la dieta.

#### **B. Alimentos que favorecen la absorción:**

- **Vitamina C (ácido ascórbico):**

Mejora la absorción del hierro no hémico ya que convierte el hierro férrico de la dieta en hierro ferroso, el cual es más soluble y puede atravesar la mucosa intestinal.

#### **Otros ácidos orgánicos:**

Ácido cítrico, ácido láctico y ácido málico también benefician la absorción de hierro no hémico.

- **Proteínas de la carne:**

Además de proveer hierro hémico (altamente absorbible) favorecen la absorción de hierro no hémico promoviendo la solubilidad del hierro ferroso.

- **Vitamina A:** mantiene al hierro soluble y disponible para que pueda ser absorbido. La combinación de vitamina A con hierro se usa para mejorar la anemia ferropénica (por deficiencia de hierro).

#### **C. Alimentos que reducen la absorción:**

- **Ácido fítico (fitatos):** se encuentra en arroz, legumbres y granos enteros.
- **Taninos:** se encuentran en algunas frutas, vegetales, café, té (negro, verde) vinos, chocolate, frutos secos y especias (orégano). Pueden inhibir la absorción ya que se combinan con el hierro formando un compuesto insoluble.

- **Proteínas vegetales:** las proteínas de la soya tiene un efecto inhibitorio en la absorción del hierro no hémico que no depende del contenido de fitatos.
- **Calcio:** cuando el calcio se consume junto al hierro en una comida, el calcio disminuye la absorción de hierro hémico como el no hémico. El calcio tiene un efecto inhibitorio que depende de sus dosis.

### **2.2.5. Prácticas de higiene en la manipulación de alimentos para evitar infecciones:**

Para evitar enfermedades diarreicas contraídas por agua y alimentos contaminados se recomienda:

- Lavado de manos con agua y jabón de la madre o cuidadora, antes de la preparación de los alimentos, antes de dar de comer al niño después de usar el baño o letrina y después de limpiar a un niño que ha defecado. Igualmente mantener limpias las manos y la cara del niño.
- Mantener los alimentos tapados y servirlos inmediatamente después de prepararlos.
- Utilizar utensilios limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, etc.) para preparar y servir los alimentos.
- Evitar el uso de biberones y chupones debido a la dificultad para mantenerlos limpios, además de sus otros efectos negativos.
- Utilizar agua segura (potable, clorada o hervida) y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.
- Conservar los alimentos en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos.
- Colocar la basura o restos de comida en recipientes tapados y fuera de la vivienda.

- Los restos de comida que el niño pequeño deja en el plato no se deben guardar para un posterior consumo, pues se descomponen fácilmente, por ello deben ser consumidos al momento.

#### **2.2.6. Rol de la madre como cuidadora**

El ser padres responde a ser responsables prioritariamente de la nutrición, educación, afecto, estimulación y desarrollo del niño, por lo mismo el cuidar a los niños es una ardua responsabilidad lo cual ha repercutido frecuentemente en el rol de las mujeres y más aún si se trata de una madre sola. Muchos teóricos relacionan esta responsabilidad con el apego del niño hacia la madre y el tiempo permanente de ella con el niño.

Es por eso que dependerá de la madre y sus cuidados el desarrollo saludable de su hijo teniendo como eje primordial la alimentación y el afecto que le brinda aun antes del nacimiento lo cual repercutirá a nivel cognitivo, social, y lenguaje, de esta manera la mujer en su rol de madre poseen objetivos primordiales dentro de la sociedad. Estas son algunas características que debe tener la madre como cuidadora:

- El cuidado que debe brindar la madre debe ser afectivo ya que es importante no sólo para la supervivencia del niño sino también para su óptimo desarrollo físico, mental, y para una buena adaptación, contribuyendo al bienestar general y felicidad del niño, que en otras palabras es una buena calidad de vida.
- La madre que realiza el cuidado de su niño debe contar con una buena salud física, emocional y social.
- No debe mostrarse ante él con preocupaciones, irritabilidad, o tristeza.
- Debe presentarse ante él con alegría y cariño.

- Debe brindarle seguridad, protección al niño, pero a la vez estimulando la autonomía del niño.
- La madre debe ser responsable de sus actos, mantener buenos modales ante ellos, ya que los niños tienen a juzgar por la manera en que la madre luce y actúa, y por las palabras que dice.

### **2.2.7. Niveles del conocimiento**

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles, sensible, conceptual y holístico.

- El conocimiento sensible consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano. Los animales han desarrollado poderosamente el olfato y el tacto.
- El conocimiento conceptual, que consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento sensible es singular y el conceptual universal.
- El conocimiento holístico (también llamado intuitivo, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra intuición se ha utilizado hasta para hablar de premoniciones y corazonadas). Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad.



### **Aspectos conceptuales de “prácticas”**

- Realización de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas.
- Habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad.
- Aplicación de una idea, teoría o doctrina.
- Uso continuado o habitual que se hace de una cosa.
- Ejercicio o prueba que se hace bajo la dirección de un profesor para conseguir habilidad o experiencia en una profesión o trabajo.

#### **2.2.8. Rol de la enfermera en la alimentación complementaria**

La enfermera en la atención primaria en salud tiene el liderazgo de las actividades preventivo-promocionales, principalmente en el área Niño, ya que es responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) y del componente de Crecimiento y Desarrollo (CRED); por ello, como miembro del equipo de salud, al estar la mayor parte del tiempo en contacto directo con los padres de familia posee una función muy importante como educadora, ya que tiene un trato directo con los padres de los lactantes, quienes no solo reciben recomendaciones de personal de salud sino también de su familia, además de los patrones tradicionales u otras creencias que influyen positivamente o negativamente en el proceso de introducción de nuevos alimentos en la dieta de sus hijos.

La actitud que asuman es muy importante y finalmente la que genera un comportamiento específico por lo que la enfermera debe orientar sus actividades a resolver dudas o temores que tengan las madres acerca de la alimentación que deben de recibir los lactantes a partir de los 6 meses, a fin de prevenir posibles alteraciones nutricionales. En tal sentido, la labor de la enfermera reviste gran importancia en la educación alimentaria y nutricional; promoviendo el consumo de

alimentos de alto valor nutritivo, de fácil accesibilidad, así como potenciar el nivel cultural de la población a fin de que éstos asuman un rol consciente y responsable acorde a nuestra realidad socioeconómica.

En la comunidad, la enfermera dirige su actividad preventiva promocional a la familia, principalmente a las madres quienes dentro de cada grupo familiar asumen una gran responsabilidad en el cuidado del niño, especialmente en la administración de los alimentos a sus niños.

Una buena educación nutricional permitirá a los padres utilizar los alimentos en forma adecuada para mantener sano al niño y en caso que se enferme, prevenir futuras recaídas o agravar el estado nutricional del niño. Es necesario también identificarse con las costumbres que necesitan cambiarse; la persona que va a educar en materia de nutrición tiene que abordar todas las prácticas que la población presenta; y comportarse de manera simpática para al final poder lograr cambios en ella

#### **2.2.9. La enfermera en la salud del niño**

El personal de enfermería interviene en cada aspecto del crecimiento y desarrollo del niño. Las funciones de la enfermera varían de acuerdo con las normas laborales, de casa, con la educación y experiencia individual, la principal preocupación de cualquier enfermera debe ser siempre el bienestar de los niños y su familia.

Aunque la enfermera es responsable de sí misma, su principal responsabilidad son los receptores de sus servicios: el niño y la familia. Por lo que el profesional de enfermería debe trabajar con los miembros de la familia identificando sus objetivos y necesidades; y

planificar las intervenciones del mejor modo posible para resolver los problemas definidos.

Como defensora del consumidor, la enfermera debe de tratar de asegurar que las familias conozcan todos los servicios sanitarios disponibles, debe de informarles de manera adecuada sobre los tratamientos y operaciones y lograr que participen en la atención del niño cuando sea posible, animándoles a cambiar o apoyar prácticas de atención existentes.

#### **2.2.10 La enfermera en el componente de control de crecimiento y desarrollo del niño**

El objetivo de este Componente es promover un óptimo crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años, con la activa participación de la familia, las instituciones comunales organizaciones y el sector salud en conjunto. Con respecto a los objetivos específicos se considera aquellos relacionados con el crecimiento que están dados por:

- Promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.
- Promover y apoyar la lactancia materna prolongada hasta los 2 años.
- Promover y apoyar el inicio de la alimentación complementaria a partir de los seis meses.
- Promover y fomentar adecuadas prácticas de alimentación, en especial el uso de mezclas balanceadas a partir de la olla familiar y el aumento de frecuencia de administración de alimentos.
- Detectar los riesgos de desnutrición a las deficiencias nutricionales y a establecidas en el niño menor de 5 años para su oportuna intervención.
- Apoyar en las acciones de intervención en los niños con deficiencia nutricional.

### **2.2.11. Teóricas que dan sustento a la investigación**

#### **Virginia Henderson**

Las funciones de enfermería en el modelo de Virginia Henderson son atender a la persona sana o enferma en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud, actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

La función de enfermería es la de: Sustituta: reemplaza lo que le falta al paciente

Ayudante: cuidado clínico Compañera: fomenta la relación terapéutica.

#### **Cuidados de enfermería**

No son otros que los fundamentos que componen los cuidados enfermeros, actividades que ayudan a cubrir a través de un plan de cuidados las deficiencias o necesidades detectadas en materia de salud. En la investigación se encuentra que las madres deben de satisfacer las necesidades de alimentación y son ellas las encargadas de complementar la alimentación de sus hijos que era exclusiva mediante lactancia materna con alimentos nutritivos y en proporciones adecuadas y necesarias

**El diagnóstico comprende varias acciones:** Análisis de datos, identificación de los problemas de enfermería, formulación de diagnósticos de enfermería, identificación de los problemas interdependientes. Valorar como incide el problema en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales.

#### **Ramona Mercer**

Mercer se refiere a la enfermería como la ciencia que pasa de una adolescencia turbulenta a una madurez. Además define a las enfermeras como las personas encargadas de promover la salud en las familias y en los niños y las pioneras desarrollando estrategias de

valoración. En su teoría no solo habla de la importancia de la enfermería sino de la importancia del cuidado enfermero, en cada unidad, en cada tipo de cuidado que recibe la madre en cada etapa de su maternidad y con ello puede brindar un mejor cuidado a su niño.

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Conocimiento:** Es la respuesta expresada por la madre sobre toda aquella información que posee acerca de la alimentación complementaria en torno al inicio, frecuencia, cantidad, consistencia y tipo de alimentos complementarios en la dieta del niño a partir de los 6 hasta los 12 meses de edad.
- **Prácticas:** Es la respuesta expresada por la madre sobre todas aquellas actividades que realiza en la alimentación complementaria en torno a las medidas higiénicas en la manipulación y preparación de alimentos y la interacción en el momento de la alimentación del niño a partir de los seis hasta los 12 meses de edad.
- **Lactante:**  
Son todos aquellos niños de ambos sexos de 6 a 12 meses, que son atendidos en el componente de CRED en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita.
- **Madre:**  
Es la persona de sexo femenino encargada del cuidado del niño de 6 a 12 meses que asiste al componente de CRED en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita.

- **Alimentación Complementaria:**

Es la incorporación de otros alimentos junto con la leche materna en los niños a partir de los seis meses de edad.

## **2.4 HIPÓTESIS**

### **2.4.1.- Hipótesis General**

H<sup>a</sup>.- El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su aplicación en los niños de 6 a 12 meses de madres que acuden al Centro de Salud Cooperativa Universal, Santa Anita, Lima – Perú 2016, es de nivel medio.

H<sup>o</sup>.- El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su aplicación en los niños de 6 a 12 meses de madres que acuden al Centro de Salud Cooperativa Universal, Santa Anita, Lima – Perú 2016, es bajo.

### **2.4.2.- Hipótesis específicas:**

H<sup>a</sup>.- La aplicación de alimentación complementarias en los niños de 6 a 12 meses de madres que acuden al Centro de Salud Cooperativa Universal, Santa Anita, Lima – Perú 2016, es moderadamente adecuada.

H<sup>a</sup>.- La aplicación de alimentación complementarias en los niños de 6 a 12 meses de madres que acuden al Centro de Salud Cooperativa Universal, Santa Anita, Lima – Perú 2016, es inadecuada.

## 2.5 VARIABLES

### 2.5.1 Definición Conceptual de la Variable:

- **Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria:**

Es el fundamento teórico y conceptual del desarrollo de la ciencia, considerándose como un sistema dinámico que interactúa con una serie de elementos como la teoría, práctica, investigación y educación, que en su conjunto son brindados al profesional, siendo el conocimiento un proceso de evaluación permanente.

- **Nivel de práctica sobre alimentación complementaria:**

Es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas que emplea la madre sobre la alimentación complementaria, las cuales están basadas en cierto tipo de conocimiento sea este científico o empírico.

### 2.5.2 Definición Operacional de la Variable:

- a. **Conocimientos:**

Es toda aquella información que tiene las madres para realizar las prácticas sobre alimentación complementaria y que es obtenido a través de un cuestionario en la investigación.

El incremento del conocimiento se midió con la escala de medición nominal: Alto, Medio y Bajo.

Incremento del conocimiento:

Incremento alto: 16-20

Incremento medio: 10-15

Incremento Bajo: 0-9

**b. Prácticas:**

Acciones que realizan las madres durante las prácticas de alimentación complementaria y que es obtenida por la observación en la investigación.

Alto: 16-20

Medio: 10-15

Bajo: 0-9



### 2.5.3. Definición operacional de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de conocimiento en las madre sobre la alimentación complementaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beneficios de la Alimentación Complementaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición de la alimentación complementaria</li> <li>- Inicio de la Alimentación Complementaria.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Características de la Alimentación Complementaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cantidad.</li> <li>- Frecuencia.</li> <li>- Consistencia</li> <li>- Textura.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inclusión de alimentos según la edad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leche y derivados</li> <li>- Alimentos vegetales.</li> <li>- Alimentos animales</li> <li>- Grasas y aceite</li> <li>- Alimentos hemínicos.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riesgos de una alimentación complementaria a destiempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riesgos de un inicio temprano.</li> <li>- Riesgos de un inicio tardío.</li> <li>-</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas de higiene en la Alimentación Complementaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas higiénicas en la preparación</li> <li>- Medidas de higiene después de ingerir los alimentos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de práctica en las madres sobre la alimentación complementaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prácticas de higiene en la manipulación de los alimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavado de manos.</li> <li>- Mantener los alimentos tapados.</li> <li>- Conservar los alimentos en lugares seguros.</li> <li>- Utilizar los utensilios limpios para preparar y servir los alimentos.</li> <li>- Colocar la basura o restos de comida en recipientes tapados y fuera de la vivienda,</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interacción en el momento de la alimentación complementaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rol de la madre como cuidadora</li> <li>- Rol de la enfermera en la alimentación complementaria.</li> </ul>

## CAPITULO III: METODOLOGIA

### 3.1.- TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

El presente trabajo de investigación es

**Tipo cuantitativo:** Porque los resultados se presentaran numéricamente

**Diseño descriptivo no experimental,** ya que presenta los hechos tal como se dan o desarrollan en las variables nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 12 meses que acuden al centro de salud Materno Infantil Santa Anita.

**Corte transversal** porque se realiza el estudio de las variables en un tiempo y espacio determinado

### 3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN:

Este proyecto de investigación se llevará a cabo en el Centro de Salud “Cooperativa Universal”.

Este centro de salud se ubica en el distrito de SANTA ANITA, en Av. José Carlos Mariátegui cuadra 5 2da Etapa, su acceso es fácil acceso con diversas líneas de transporte.

### 3.3 - POBLACIÓN Y MUESTRA:

**La población:** Está conformada por aproximadamente 120 madres con niños menores de 2 años de edad que acuden al control de crecimiento y desarrollo del centro de salud.

Edad en meses de los niños	N° de madres y niños
6 a 12 meses	50
13 a 18 meses	38
19 a 36 meses	32
<b>TOTAL</b>	120

**La Muestra:** Será de manera no probabilística e intencional ya que estará conformada por 50 madres con niños de 6 a 12 meses.

Edad en meses de los niños	N° de madres y niños
<b>6 a 12 meses</b>	<b>50</b>
13 a 18 meses	38
19 a 36 meses	32
<b>TOTAL</b>	120

La técnica de muestreo utilizado es no probabilístico, ya que se desconoce las probabilidades de selección de cada elemento de la población y de tipo accidental porque se consideró a las madres que acudieron al consultorio de crecimiento y desarrollo durante el tiempo que duró la recolección de datos (20 días), siendo 50 madres con sus respectivos niños, los cuales responden a los siguientes criterios de inclusión:

## **Criterios de Inclusión**

### **Madres:**

- De niños de 6 a 12 meses de edad.
- Que por lo menos hayan tenido una atención en CRED
- Que hablen castellano.
- Que aceptan participar en el estudio.

### **Los criterios de exclusión fueron:**

#### **Madres:**

- Que por primera vez ingresan a CRED.
- Con limitaciones para comunicarse (sordo, mudo o quechuablante).
- Madres que no acepten participar en el estudio.

## **3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Técnica. La técnica que se utilizó fue la entrevista por ser la más adecuada para cumplir con los objetivos de la investigación.

Instrumento. En esta investigación se ha elaborado un cuestionario con alternativas múltiple según dimensiones de la variable en estudio.

## **3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO:**

El cuestionario de Nivel de conocimiento y práctica sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses, fue validado por Deny Amelia Galindo Bazalar "Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", 2011" obteniendo como resultado de **juicios de expertos 0,74**

**Confiabilidad del instrumento:** para ello uso el coeficiente de Alfa de Crombach que obtuvo como resultado 0.83.

### **3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

Se realizaron los trámites administrativos a través de un oficio dirigido al médico jefe del Centro de Salud.

Posteriormente se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes con la enfermera encargada del consultorio de Crecimiento y Desarrollo del niño en la que se estableció el cronograma de recolección de datos, considerando para la aplicación del instrumento de 10 a 15 minutos.

Luego de recolectar los datos, éstos fueron procesados previa elaboración de la tabla de códigos y la tabla matriz de datos, haciendo uso de la hoja de cálculo de Excel 2010.

Los resultados fueron presentados en gráficos y tablas para su análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS MÁS RELEVANTES (EDAD, GRADO DE INSTRUCCIÓN, ESTADO CIVIL, NÚMERO DE HIJOS E INGRESO ECONÓMICO) DE LAS MADRES**

<b>Edad</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
18 – 20 años	5	10
21 – 25 años	17	34
26 – 30 años	13	26
31 – 35 años	15	30
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>Estado Civil</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Soltera	17	34
Conviviente	29	58
Casada	4	8
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>Grado de Instrucción</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Primaria	17	34
Secundaria	28	56
Superior	5	10
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>N° DE Hijos</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
1 hijo	10	20
2 a 3	33	66
4 hijos	7	14
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Interpretación:** Se observa que 56% de las madres tienen de 26 a 35 años el 44% de las madres son jóvenes de 18 a 25 años, respecto al estado civil el 58% son convivientes seguido del 34% que son solteras de ellas el 56% tiene secundaria completa y el 34% primaria y el 10% tienen nivel superior. Asimismo el 66% tienen 2 a 3 hijos el 20% tienen 1 hijo y el 14% (4 hijos)

**TABLA: 2**

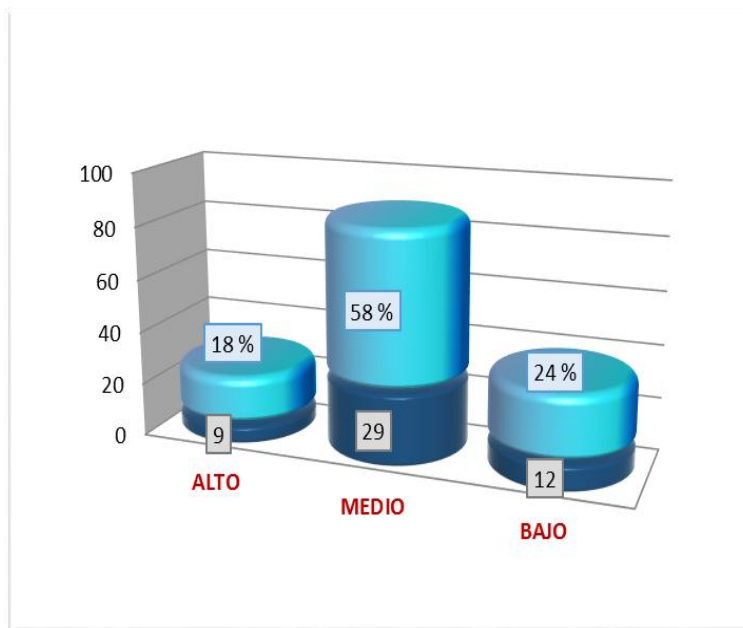
**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE  
MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES**

<b>Niveles</b>	<b>N° de Madres</b>	<b>Porcentaje</b>
Alto	9	18%
Medio	29	58%
Bajo	12	24%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**Interpretación:** Según los resultados presentados en la Tabla 2, las madres que acuden al Centro de Salud Cooperativa Universal, Santa Anita, el 58%(29) tienen un nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria, un 24%(12) tienen un nivel bajo y un 18%(9) tiene un nivel Alto

## GRÁFICO: 2

### NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES





**TABLA: 3**

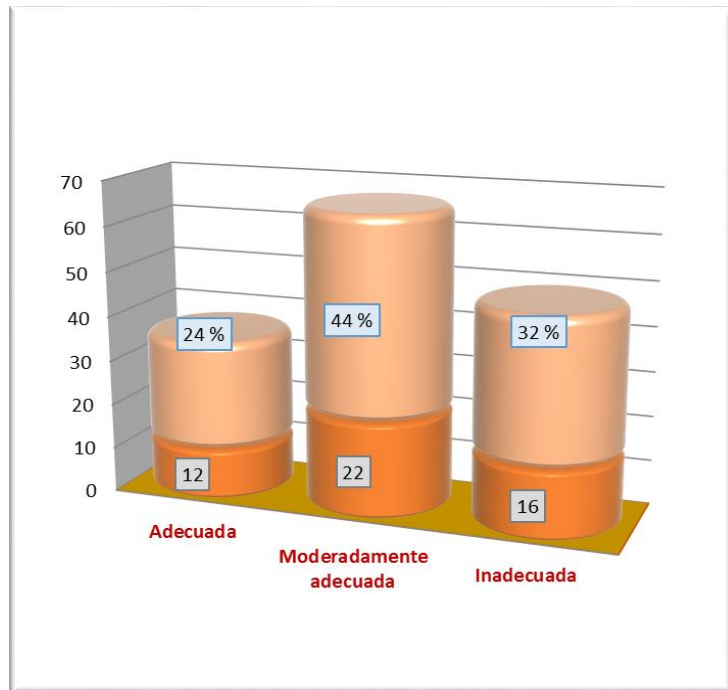
**EL NIVEL DE APLICACIÓN DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN  
LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE LAS MADRES**

<b>Niveles</b>	<b>N° de Madres</b>	<b>Porcentaje</b>
Adecuada	12	24
Moderadamente adecuada	22	44
Inadecuada	16	32
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Interpretación:** se observa que el 32%(16) de las madres tienen un nivel de prácticas no adecuadas sobre alimentación complementaria un 44%(22) tienen prácticas moderadamente adecuadas y un 24%(12) tienen un nivel de práctica adecuada.

### GRAFICO: 3

## EL NIVEL DE APLICACIÓN DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE LAS MADRES



## DISCUSION DE RESULTADOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) afirma que cuando la lactancia natural ya no basta para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, es preciso añadir otros alimentos a su dieta. La alimentación complementaria cubre el periodo que va de los seis a los 24 meses de edad, intervalo en el que el niño es muy vulnerable. Es entonces cuando muchos lactantes empiezan a sufrir de malnutrición y a engrosar la elevada cifra de menores de cinco años malnutridos que hay en el mundo.

Según los resultados presentados en la Tabla 2, las madres que acuden al Centro de Salud Cooperativa Universal, Santa Anita, el 58%(29) tienen un nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria, un 24%(12) tienen un nivel bajo y un 18%(9) tiene un nivel Alto

El 32%(16) de las madres tienen un nivel de prácticas no adecuadas sobre alimentación complementaria un 44%(22) tienen prácticas adecuadas y un 24%(12) tienen un nivel de práctica moderadamente adecuada.

El 58%(29) tienen un nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria, seguido de un 24%(12) que tienen un nivel de conocimiento bajo un 18%(9) tiene un nivel Alto y de ellos el 32%(16), tienen a su vez prácticas no adecuadas el 44%(22) tienen prácticas moderadamente adecuadas y solamente el 18%(9) de las madres con un nivel Alto de conocimientos sobre alimentación complementaria. Estos resultados nos indican que: Conocimientos y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria. Coincidiendo con la Fundación FES Social (2009). Las conclusiones entre otras fueron: “El inicio de AC inapropiada es alto en mujeres primíparas de Cali y Manizales. Los datos las mujeres de Cali y Manizales alimenten inapropiadamente a los infantes menores de un año”. “Existen deficiencias en conocimientos, percepciones e intenciones y características a intervenir para mejorar la alimentación de los infantes de Cali y Manizales. Así, se observó que es preciso diseñar intervenciones orientadas a

modificar los conocimientos frente a lactancia exclusiva, frente a los tiempos de iniciación de los diferentes tipos de alimentos”. “Así mismo, es importante tener en cuenta el efecto que las abuelas y el padre del bebé pueden tener sobre las creencias de las mujeres y por tanto sobre las prácticas alimentarias en los infantes.” En un estudio realizado por Sáenz (2010) nos muestra entre sus conclusiones 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. Coincidiendo además con Benítez (2009) 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.”

Las madres que acuden al Centro de Salud Cooperativa Universal, Santa Anita, tienen un nivel de prácticas No Adecuadas sobre alimentación complementaria en un 64%(32) y practicas adecuadas en un 36%(18). Coincidiendo con Barba (2009) Las conclusiones a las que llegó, entre otras fueron: “Las características de la alimentación son adecuadas para la mayoría de niños de 6 meses a 1 año, teniendo como condiciones 10 favorables la cantidad de la alimentación y las prácticas de higiene que realiza la madre o cuidadora durante la alimentación del niño. Los que se encuentran en condición inadecuada son la frecuencia, consistencia y la interacción de la madre o cuidadora en el momento de la alimentación con el niño”. Coincidiendo además con Jiménez (2010) Dentro de las conclusiones tenemos: “La mayoría de lactantes del centro de salud Fortaleza inicio la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad; un menor porcentaje inicio la alimentación complementaria antes de los 6 meses o después de los 7 meses de edad. Los lactantes que iniciaron la alimentación

complementaria tardía (después de los 7 meses), tienen mayor índice de Desnutrición de I grado, que los lactantes que iniciaron un alimentación precoz (antes de los 6 meses) y normal (6 meses). Los lactantes que iniciaron una alimentación complementaria normal (6 meses), en una evaluación posterior al inicio de la alimentación, tienen un mayor índice de desnutrición de Iº, que los lactantes que iniciaron una alimentación precoz (antes de los 6 meses).

## CONCLUSIONES

- La edad promedio de las madres es de 26 a 35 años, seguido por el 44% de las madres jóvenes de 18 a 25 años, respecto al estado civil un mayor porcentaje de madres son convivientes y un porcentaje mínimo son solteras. Teniendo en cuenta el grado de instrucción, el mayor número de ellas tiene secundaria completa, seguida del nivel primaria y el 10% tienen nivel superior. Asimismo el 66% tienen 2 a 3 hijos el 20% 1 hijo y el 14% (4 hijos)
- Las madres tienen un nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria, a su vez tienen prácticas no adecuadas y las madres con un nivel Alto de conocimientos, tienen a su vez prácticas adecuadas.
- Los niveles de conocimientos también nos muestran que existe un porcentaje significativo de las madres que desconocen en que consiste la alimentación complementaria, cuántas veces al día se debe alimentar a un niño de 6 meses, la consistencia y cantidad que deben tener los alimentos de un niño de 7 y 8 meses.
- Los niveles de prácticas evidencian que existen porcentajes de madres que tienen un nivel de práctica moderadamente adecuada, seguido de otro porcentaje de madres que no se lavan las manos cuando preparan los alimentos, no tienen una adecuada elección y conservación de los alimentos y un grupo de ellas que tienen un nivel alto de conocimiento y prácticas adecuadas de alimentación complementaria.

## RECOMENDACIONES

- Fomentar actividades preventivas promocionales interactivas destinadas a fortalecer y fomentar la salud del niño, así como realizar un programa de seguimiento del estado nutricional, orientado a prevenir trastornos derivados de los problemas nutricionales.
- Realizar estudios comparativos con otros grupos etarios e Instituciones Educativas o puestos de salud de la jurisdicción a fin de unificar criterios.
- Que el equipo de Enfermería del Centro de Salud Cooperativa Universal diseñe y/o implemente sesiones educativas dirigidas exclusivamente a las madres o encargadas del cuidado de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre la alimentación complementaria con la finalidad de garantizar una alimentación de calidad y evitar problemas nutricionales en el niño.
- Realizar estudios de tipo cualitativo para conocer diversas costumbres y creencias de las madres.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) OMS Y OPS, “La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud, Washington, D.C.: OPS, 2010. (29 de Enero 2013). Disponible en:  
  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf)
- (2) Documento técnico “Modelo de abordaje de Promoción de la Salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de la Alimentación Y Nutrición Saludable. Dirección general de Promoción de la Salud. 2006
- (3) OMS/UNICEF 2003, Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (citado el 14 de junio 2013)  
[http://www.who.int/nutrition/publications/gf\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.p df](http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf)
- (4) José A. Díaz Colina, Mirelis Díaz Colina, Socorro Ávila, L. Ramírez Ismael, Intervención educativa sobre nutrición en un grupo poblacional con riesgo de malnutrición por defecto.  
  
[http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14\\_supl2\\_08/articulos/a1\\_v14\\_supl208.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_supl2_08/articulos/a1_v14_supl208.htm)
- (5) Juan Manuel Pereira Pombo Pediatra de Vigo. España.  
<http://personal.redestb.es/jpereira/>
- (6) Estado Nutricional De La Niñez en el Perú Panfar Sistema De Información Del Panfar. 1998. Pág. 6
- (7) Rodrigo M y Andrés F, Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe,  
[http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion\(13\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion(13).pdf)
- (8) Ministerio de Salud [en línea]. Perú: Ministerio de Salud; 2010 [accesado 20 Nov 2011] Estadísticas. Disponible en:



<http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/socioeconomicos/desnutricion/DESMacros.asp>

- (9) Fundación FES Social, Factores asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes de Cali y Manizales, Colombia. 2009.
- (10) Zurita Alvarado, María Antonieta, Lactancia materna, alimentación complementaria y factores asociados a su práctica, en niños menores de 2 años en la 1ra. sección del municipio de Quillacollo, Bolivia. 2005.
- (11) Cesar Orlando Jiménez Huamaní, Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses de edad que acuden al centro de salud Fortaleza. Lima, Perú. 2008 [Tesis Lic. En Enfermería] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2008.
- (12) Barba Torres, Horacio. “Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza 2008” [Tesis Lic. En Enfermería] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2008.
- (13) Benites Castañeda, Jenny. “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, enero 2007” [Tesis Lic. En Enfermería] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2007.

# ANEXOS

**ANEXO 1  
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TITULO: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU APLICACIÓN EN LOS NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE MADRES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD COOPERATIVA UNIVERSAL, SANTA ANITA, LIMA – PERÚ 2016”**

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPOTESIS</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<p><b>Problema General</b></p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su aplicación en los niños de 6 a 12 meses de madres que acuden al Centro de Salud Cooperativa Universal, Santa Anita, Lima – Perú 2016 ?</p>	<p><b>Objetivo General</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su aplicación en los niños de 6 a 12 meses de madres que acuden al Centro de Salud Cooperativa Universal, Santa Anita, Lima – Perú 2016”</li> </ul> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Caracterizar a la unidad muestral de madres con niños de 6 a 12 meses teniendo en cuenta sus características sociodemográficas más relevantes (Edad, grado de instrucción,</li> </ul>	<p><b>Hipótesis General</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>H<sup>a</sup>.- El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su aplicación en los niños de 6 a 12 meses de madres que acuden al Centro de Salud Cooperativa Universal, Santa Anita, Lima – Perú 2016, es de nivel medio.</li> <li>H<sup>o</sup>.- El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su aplicación en los niños de 6 a 12 meses de madres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beneficios de la Alimentación Complementaria</li> <li>Características de la alimentación alimentaria</li> <li>Inclusión de alimentos según la edad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conceptos generales</li> <li>Cantidad</li> <li>Frecuencia</li> <li>Consistencia</li> <li>Textura</li> <li>Leche y derivados</li> <li>Alimentos vegetales</li> <li>Alimentos animales</li> <li>Grasas y aceites</li> <li>Alimentos hemínicos</li> </ul>	<p>Tipo cuantitativo</p> <p>Diseño descriptivo no experimental, ya que presenta los hechos de las variables nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 12 meses que acuden al centro de salud Materno Infantil Santa Anita. Corte transversal porque se realiza el estudio de las variables en un tiempo y espacio determinado</p> <p><b>La población:</b> Está conformada por aproximadamente 120 madres con niños menores de 2 años de edad que acuden al control de crecimiento y desarrollo del centro de salud.</p>

<p>estado civil, número de hijos e ingreso económico)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria de madres de niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Cooperativa Universal, Santa Anita, Lima – Perú 2016”</li> <li>• Identificar el nivel de aplicación de alimentación complementaria en los niños de 6 a 12 meses de las madres que acuden al Centro de Salud Cooperativa Universal, Santa Anita, Lima – Perú 2016</li> </ul>	<p>que acuden al Centro de Salud Cooperativa Universal, Santa Anita, Lima – Perú 2016, es bajo.</p> <p><b>Hipótesis específicas:</b></p> <p>H<sup>a</sup>.- La aplicación de alimentación complementarias en los niños de 6 a 12 meses de madres que acuden al Centro de Salud Cooperativa Universal, Santa Anita, Lima – Perú 2016, es de nivel medio</p> <p>H<sup>o</sup>.- La aplicación de alimentación complementarias en los niños de 6 a 12 meses de madres que acuden al Centro de Salud Cooperativa Universal, Santa Anita, Lima – Perú 2016, es de nivel bajo.</p>	<p>-Nivel de práctica sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riesgos de una alimentación complementaria a destiempo.</li> <li>- Medidas de higiene en la Alimentación Complementaria</li> <li>- Prácticas de higiene en la manipulación de los alimentos.</li> <li>- Interacción en el momento de la alimentación complementaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riesgo de un inicio temprano</li> <li>- Riesgo de un inicio tardío</li> <li>- Medidas higiénicas en la preparación</li> <li>- Medidas de higiene después de ingerir los alimentos</li> <li>- Lavado de manos</li> <li>- Mantener los alimentos tapados</li> <li>- Conservar los alimentos en lugares seguros</li> <li>- Utilizar los utensilios limpios para preparar y servir los alimentos</li> <li>- Colocar la basura o restos de comida en recipientes tapados y fuera de la vivienda.</li> <li>- Rol de la madre como cuidadora</li> <li>- Rol de la enfermera en alimentación complementaria</li> </ul>	<p><b>Muestra:</b> Será de manera no probabilística e intencional ya que estará conformada por 50 madres con niños de 6 a 12 meses.</p> <p><b>Técnica e instrumento:</b> técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento el cuestionario el mismo que consta de presentación, datos generales, instrucciones y datos específicos.</p> <p><b>Validez y confiabilidad del instrumento:</b></p> <p>El cuestionario de Nivel de conocimiento y práctica sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses, fue validado por Deny Amelia Galindo Bazalar “Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud “Nueva Esperanza”, 2011” obteniendo como resultado de juicios de expertos 0,74.</p> <p>Confiabilidad del instrumento: para ello uso el coeficiente de Alfa de Crombach que obtuvo como resultado 0.83.</p>
---	--	---	---	---	---

Ed
de
6 a
13
19
-

**ANEXO 2  
INSTRUMENTO**

**PRESENTACIÓN**

Señora buenos días, mi nombre es Anggie Valera Aparco, soy estudiante de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, estoy realizando un estudio en coordinación con el Centro de Salud “Cooperativa Universal” a fin de obtener información sobre los conocimientos y prácticas que tienen las madres en los niños de 6 a 12 meses sobre la alimentación complementaria. Para lo cual se le solicita su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces a las preguntas que a continuación se le presenta expresándole que la información es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su participación.

**DATOS GENERALES**

**De la madre:**

- Edad:
- Estado:
- Grado de instrucción:

**Del niño:**

- Número de hijo:
- Edad del hijo:

**INSTRUCCIONES**

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

**1. La alimentación complementaria consiste en:**

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

- b) Dar alimentos semisólidos y blandos en la dieta del niño más leche materna
- c) Dar de alimentos sólidos a la dieta del niño sin leche materna

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) Sí
- b) No
- c) A veces.

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

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

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

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

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

- a) Yema
- b) Clara
- c) Ambos

**12. A qué edad le empieza a dar de comer la yema del huevo.**

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

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

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

**14. Los alimentos hacen que tu hijo no tenga anemia?**

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

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

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



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

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

**17. Qué puede ocasionar caries dental en los niños:**

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

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

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

**19. Ud se lava las manos cuando:**

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

**20. Para la preparación de jugos ud. utiliza:**

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

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

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

**22. Al preparar los alimentos usted suele:**

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

**23. Existen factores que distraen la atención del niño.**

- a) Sí
- b) No

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

- a) Sí
- b) No

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

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

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

