UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES, HUAMBOCANCHA BAJA, 2024.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTOR

BACH. JEINER HERRERA HERRERA

ASESORA

DRA. SARA ELIZABETH PALACIOS SÁNCHEZ

CAJAMARCA-PERÚ

2025

Universidad Nacional de Cajamarca
"Norte de la Universidad Peruana"

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Jeiner Herrera Herrera**

   DNI: **74287706**

   Escuela Profesional/Unidad UNC: **Escuela Profesional de Enfermería**

2. Asesor: **Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez**

   Facultad/Unidad UNC: **Facultad de Ciencias de la Salud**

3. Grado académico o título profesional

   ☐Bachiller X Título profesional ☐Segunda especialidad

   ☐Maestro ☐Doctor

4. Tipo de Investigación:

   X Tesis ☐ Trabajo de investigación ☐ Trabajo de suficiencia profesional

   ☐ Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación:
   CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES, HUAMBOCANCHA BAJA, 2024

6. Fecha de evaluación: **27/06/2025**

7. Software antiplagio: X **TURNITIN** ☐ **URKUND (ORIGINAL)** ***(*)***

8. Porcentaje de Informe de Similitud: **8%**

9. Código Documento: **oid: 3117:47022492259**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:

    X **APROBADO** ☐ **PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO**

Fecha Emisión: 30/06/2025

Firma y/o Sello
Emisor Constancia

Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez
DNI: 26674184

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

© copyright
JEINER HERRERA HERRERA

Todos los derechos reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

Herrera H. 2025.

CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES, HUAMBOCANCHA BAJA, 2024.

Tesis para optar el Grado Académico de Licenciado en Enfermería Universidad Nacional de Cajamarca.

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería-UNC 2025.
69 páginas

Asesora:
Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez
Docente Universitaria Principal de la EAP de Enfermería

CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES, HUAMBOCANCHA BAJA, 2024

AUTOR : Bach. Enf. Jeiner Herrera Herrera

ASESORA : Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del Título Profesional de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, por los siguientes miembros del jurado evaluador:

JURADO EVALUADOR

M. Cs. Aida Cistina Cerna Aldave
PRESIDENTE

M. Cs. Martha Amparo Moréno Huamán
SECRETARIA

Dra. Gladys Sagástegui Zárate
VOCAL

Universidad Nacional de Cajamarca
"Norte de la Universidad Peruana"
Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962
Facultad de Ciencias de la Salud
Av. Atahualpa 1050 Teléfono/ Fax 36-5845

Universidad Nacional de Cajamarca
SECRETARIA ACADÉMICA
Facultad Ciencias de la Salud

MODALIDAD "A"
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

En Cajamarca, siendo las 11.10am.. del 23.... de Junio..... del 2025., los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada: Conocimientos Maternos Sobre Alimentación Complementaria Estado Nutricional en Niño de 6 a 12 meses, Huambocancha Baja. 2024

del (a) Bachiller en Enfermería:
Jeiner Herrera Herrera

Siendo las 12.20 hrs..... del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: Muy Bueno....., con el calificativo de: 18....., con lo cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra Apta..... para la obtención del Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA.**

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	Mcs Aida Cristina Cerna Aldave	[signature]
Secretario(a):	Mcs Martha Gaspara Moreno Huamán	[signature]
Vocal:	Dra. Gladys Sagategui Zárate	[signature]
Accesitaria:		
Asesor (a):	Dra Sara Elizabeth Palacios Sánchez	[signature]
Asesor (a):		

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)	**MUY BUENO (17-18)**	**BUENO (14-16)**
REGULAR (12-13)	**REGULAR BAJO (11)**	**DESAPROBADO (10 a menos)**

DEDICATORIA

A Papá Wilberto y Mamá Dina, por ser las personas que a pesar de la distancia siempre estuvieron pendientes de mi bienestar durante mi formación profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la fuerza y la perseverancia para llegar hasta aquí. A mi familia, por su amor incondicional, apoyo y paciencia en cada etapa de este proceso.

Agradezco a la Universidad Nacional de Cajamarca, por haberme brindado las herramientas, el conocimiento y el espacio para crecer tanto académica como personalmente.

A cada uno de mis docentes, quienes han sido pilares fundamentales en mi formación académica y profesional. Su dedicación, paciencia y compromiso han dejado una huella imborrable en mi aprendizaje, inspirándome a seguir creciendo y superando desafíos.

Al personal de salud del Centro de salud Huambocancha Baja, por su apoyo, enseñanza, confianza y brindarme la oportunidad de aprender en un entorno real durante mi internado.

Un agradecimiento especial a mi asesora, Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez, por su orientación, consejos y exigencia, que me impulsaron a dar lo mejor de mí.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	7
1.3. Objetivos	7
1.4. Justificación	7
CAPÍTULO II	9
MARCO TEÓRICO	9
2.1. Antecedentes	9
2.2. Bases Teóricas	13
2.3. Bases conceptuales	15
2.4. Bases legales	24
2.5. Hipótesis	25
2.6. Variables de estudio y operacionalización	25
CAPÍTULO III	28
MARCO METODOLÓGICO	28
3.1. Escenario de estudio	28
3.2. Diseño y tipo de estudio	28
3.3. Población de estudio	28
3.4. Criterio de inclusión y exclusión	29
3.5. Unidad de Análisis	29
3.6. Muestra o Tamaño muestral	29
3.7. Selección de la muestra o procedimiento de muestreo	30
3.8. Técnicas a instrumentos de recolección de datos	30
3.9. Procesamiento y análisis de datos	31
3.10. Consideraciones éticas	32
CAPÍTULO IV	33
RESULTADOS y ANÁLISIS	33
4.1. Análisis y discusión de los resultados	33
4.2. Conclusiones	43
4.3. Recomendaciones	44
ANEXOS	52

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Nivel de conocimientos de madres con niños entre 6 a 12 meses entorno a la alimentación complementaria. Centro de salud Huambocancha Baja 2024. 33

Tabla 2. Estado nutricional de niños entre 6 a 12 meses del centro de salud Huambocancha Baja 2024. 37

Tabla 3. Relación entre conocimientos maternos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Huambocancha Baja 2024. 40

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado 53

Anexo 2: Cuestionario de conocimiento materno sobre alimentación complementaria 54

Anexo 3: Hoja de recolección de datos antropométricos 59

Anexo 4: Estadística de confiabilidad del instrumento 60

RESUMEN

El estudio titulado conocimientos maternos sobre alimentación complementaria y estado nutricional en niños de 6 a 12 meses, Huambocancha baja, 2024, tuvo como objetivo general determinar la relación entre el nivel de conocimientos maternos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de niños entre 6 a 12 meses de edad. El estudio fue de enfoque cuantitativo, correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 55 madres y sus niños que reciben atención en el Centro de Salud Huambocancha Baja, seleccionadas a través de muestreo censal no probabilístico. Los resultados evidenciaron: 40.0% presenta bajo nivel de conocimientos, 29.1% nivel medio y alto el nivel alcanza 30.9%. En cuanto al estado nutricional el 25.5% de los evaluados tuvo desnutrición crónica. Se concluye entonces que no existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimientos materno y el estado nutricional de niños de 6 a 12 meses, con Rho de Spearman p= 0.337 con un nivel de significancia del 5%.

Palabras clave: Alimentación complementaria, estado nutricional, desnutrición crónica

ABSTRACT

The study entitled Maternal knowledge on complementary feeding and nutritional status in children aged 6-12 months, Huambocancha baja, 2024, had the general objective of determining the relationship between the level of maternal knowledge on complementary feeding and the nutritional status of children aged 6-12 months. The study was quantitative, correlational and cross-sectional in nature. The sample consisted of 55 mothers and their children receiving care at the Huambocancha Baja Health Centre, selected through non-probabilistic census sampling. The results showed that: 40.0% had a low level of knowledge, 29.1% a medium level and 30.9% a high level. Regarding the nutritional status of, 25.5% are chronically malnourished. It is therefore concluded that there is no significant statistical relationship between the level of maternal knowledge and the nutritional status of children aged 6 to 12 months, with Spearman's Rho p = 0.337 with a significance level of 5%.

Key words: Complementary feeding, nutritional status, chronic malnutrition.

INTRODUCCIÓN

La infancia constituye una etapa fundamental en el desarrollo del ser humano, en la cual se establecen las bases para un crecimiento físico, cognitivo y emocional. En esta etapa, el desarrollo cerebral está en su máximo esplendor lo que permite el mayor logro de aprendizajes. A nivel físico se da la máxima ganancia de peso y talla por mes, al mismo tiempo que se alcanzan capacidades motoras gruesas que le permiten al niño moverse y desplazarse; en tanto a nivel neurológico se maximiza la denominada plasticidad cerebral que ayuda a desarrollar habilidades cognitivas y socioemocionales que acompañan el resto de la vida (1)

En los primeros años de vida el ser humano está expuesto a crecer y desarrollarse dependiendo de otros aspectos que son cruciales en su medio, de manera particular la alimentación complementaria administrada a partir de los seis meses juega un papel crucial, ya que influye directamente en el estado de salud del niño evidenciado en el estado nutricional, que al mismo tiempo es un determinante fundamental de desarrollo y bienestar a largo plazo; es decir las habilidades adquiridas a temprana edad facilitan el aprendizaje posterior (2).

No obstante, en muchas regiones, especialmente en contextos de bajos recursos, persisten desafíos como la falta de acceso a alimentos nutritivos, prácticas culturales inapropiadas y desconocimiento sobre las necesidades nutricionales infantiles, lo que conlleva a la aparición de problemas nutricionales como desnutrición crónica y obesidad, cuyas consecuencias son catalogadas por la organización mundial de la salud (OMS) como catastróficas para la humanidad (3).

El interés de estudio surgió a partir de la evidencia implícita de alteraciones nutricionales evidenciadas durante la realización de actividades relacionadas a la formación profesional en el C. S. Huambocancha Baja. En tanto, la importancia del estudio de la alimentación complementaria (AC) radica en que, a través de este análisis, busca generar información que sirva como base para el desarrollo de intervenciones nutricionales efectivas y al fortalecimiento de políticas de salud orientadas a mejorar la calidad de la alimentación infantil; sentando así las bases para un crecimiento y desarrollo saludables a lo largo de la vida.

En ese sentido, el estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional de niños de 6 a 12 meses Centro de Salud Huambocancha Baja, 2024.

La distribución estructural de la investigación es de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: presenta el problema de investigación, la formulación del problema, los objetivos generales y específicos y por último la justificación del estudio.

CAPÍTULO II: desarrolla el marco teórico dentro de los que está: los antecedentes de la investigación, bases teóricas y conceptuales hipótesis de estudio y variables del estudio.

CAPÍTULO III: constituye el marco metodológico iniciando por el escenario de estudio, diseño y tipo de investigación, población, muestra, unidad de análisis; además, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, procesamiento y análisis de datos y finalmente las consideraciones éticas.

CAPÍTULO IV: muestra los resultados y discusión de los mismos, así como las conclusiones, recomendaciones y sugerencias.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

La alimentación complementaria es con seguridad uno de los procesos de mayor vulnerabilidad debido a su relevancia e influencia en el desarrollo óptimo de los niños; en esta etapa, las madres que en la mayoría de los casos desempeñan la función de cuidador principal, cumplen un rol fundamental, pues son ellas quienes se encargan de preparar y brindar los alimentos (4).

En ese sentido, factores multidimensionales como, falta de acceso a alimentos, condiciones socioeconómicas precarias, prácticas alimentarias inadecuadas, atención médica deficiente, y sobre todo los conocimientos que el cuidador posee en cuanto al tipo de alimentos, consistencia, cantidad, frecuencia, proceso de introducción; son características que definirán el estado nutricional cuyas repercusiones pueden extenderse a lo largo de toda la vida; es decir, los niños y niñas que no reciben una nutrición adecuada en los primeros años suelen tener un desempeño académico inferior y enfrentan mayores dificultades para forjar ingresos en la adultez, lo que perpetúa un ciclo de pobreza y carencias tanto para ellos como para sus familias (5) (6).

De acuerdo con la Asociación Española de Pediatría (AEP), se considera alimentación complementaria al proceso por el cual se brindan al niño alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna como complemento y no como sustitución de esta (7). El inicio de la AC según la OMS es a partir de los seis meses, pues a esta edad las necesidades de energía y nutrientes de los infantes son superiores a los aportados por la lactación materna.

Así pues, se calcula que entre los 6-8 meses el aporte energético de la leche materna y/o fórmula infantil es de 460 kcal/día, mientras que los requerimientos energéticos de un niño a esa edad fluctúan entre 770-774 Kcal/día, lo que genera un déficit energético que debe ser cubierto y abordado mediante la alimentación complementaria (5).

De igual manera a los 6 meses, el lactante alcanza la madurez gastrointestinal al mismo tiempo que aparece la deglución voluntaria que permite poner en contacto y

entrenarlos con los alimentos que acompañaran el resto de su vida. Por lo tanto, es de vital importancia no retrasar el inicio de la AC, pues de esta manera se evita la aparición de problemas como desnutrición, deficiencia de nutrientes, problemas de deglución y la aparición de enfermedades con componente inmunológico que alteran y retrasan el desarrollo físico y neurológico (8).

Actualmente la malnutrición es considerada uno de los problemas de salud pública a nivel mundial, puesto que es resultado de una inadecuada alimentación evidenciada en diferentes formas de desnutrición, sobrepeso y obesidad. Si bien, comúnmente se asocia a la falta de acceso a alimentos, también puede ser el resultado de dietas desequilibradas e impropias con las exigencias nutricionales (9).

La desnutrición infantil es la consecuencia global más frecuente que se asocia a la deficiencia de nutrientes y micronutrientes y aunque su impacto es mayor en aquellos países afectados por la pobreza, es una evidencia de desigualdad en los considerados desarrollados. Así pues, según un informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para el año 2022, 149 millones de niños menores de 5 años tenían retraso del crecimiento, mientras que 45 millones padecían de desnutrición grave; en cuanto a la desnutrición por deficiencia de micronutrientes, 340 millones tenían dicha condición, siendo la anemia por deficiencia de hierro la más frecuente (10).

Así pues, en el mundo cada día se reportan alrededor de 13.800 muertes de niños menores de 5 años, casi la mitad de estas muertes son vinculados a desnutrición (11). De estas cifras los mayores porcentajes corresponden a países del África, Asía y Centroamérica respectivamente.

Por otro lado, se data que 37 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso; estas cifras demuestran un aumento de esta problemática a nivel mundial. En África, el número de niños menores de 5 años con sobrepeso se ha incrementado en casi un 23% desde el año 2000; de igual forma, la mitad de los niños menores de 5 años que tenían sobrepeso o eran obesos en 2022 vivían en Asia (9). Lo alarmante de dicha situación radica en los efectos negativos a la salud, en tanto que la obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad (80%), muerte prematura, cáncer y discapacidad en la edad adulta. (10) (12).

El panorama en Latinoamérica según la Organización de las naciones unidas para la alimentación y el desarrollo (FAO), es un poco más alentador puesto que la prevalencia de talla baja para la edad en menores de 5 años fue del 11,5% en el 2022, es decir 11 puntos porcentuales por debajo del promedio mundial, pero que en cifras numéricas equivale a más de 7 millones de niños y niñas con desnutrición crónica (DC). Sin bien, ello muestra que se han logrado avances positivos en la lucha contra la desnutrición; aún existe desigualdad, pues países como Guatemala presentan prevalencias similares o por encima de la estimación mundial con 46.0 % (13).

En lo que a Sudamérica se refiere Ecuador, Bolivia y Colombia son las naciones que reportaron los mayores índices de la aludida condición en menores de 5 años con 23.0%, 16.1% y 12.7% respectivamente. En cuanto a sobrepeso y obesidad, se calcula que cerca de 4 millones de niños y niñas menores de 5 años sufren de sobrepeso u obesidad, lo que equivale al 8.6% (14).

El Perú no es ajeno al problema de la malnutrición. De acuerdo con la FAO, en comparación a sus pares sudamericanos se encontró en cuarto lugar con 11.7% de tasa de desnutrición crónica en menores de 5 años en el 2022 (14).

Sin embargo, los reportes del Sistema de información de estado nutricional, SIEN-HIS perteneciente al Ministerio de Salud (MINSA) y de acceso público a través del Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS) para el año 2023; evidencian un aumento de problemas nutricionales sobre todo en niños menores de 3 años con cifras de 15,7% de desnutrición crónica lo que equivales a 179 327 niños con esta condición; 1.9% desnutrición aguda, mientras que la desnutrición global alcanzó 4.3%; por su parte el sobrepeso y obesidad en niños de la misma edad alcanzaron porcentajes de 6,2% y 1,6% respectivamente (15).

Las regiones que encabezan la lista son Huancavelica y Loreto con tasas de DC de 25, 3% y 24,8 % cada una (15). Cabe señalar que dichos reportes tuvieron en cuenta solo a aquellos niños que fueron sujeto de atención en los establecimientos de salud a nivel nacional.

La problemática local es aún más preocupante puesto que de acuerdo con el reporte al 2023, la región Cajamarca ocupa el tercer lugar con 24,6% de DC superando incluso el promedio nacional de 15,7%; la situación se agrava en niños menores de 3

años cuyas cifras alcanzaron el 25,0%; Estos datos resultan catastróficas considerando que existe la intervención de distintos programas de apoyo social (15).

Si bien no se ha encontrado reportes a nivel distrital respecto a prevalencia de DC en el distrito de Cajamarca; existen limitantes que pueden hacer que esta condición desmejore; como la accesibilidad deficiente a los servicios de salud al tratarse de una población cuya residencia es principalmente rural, el trato que se recibe en los establecimientos de salud y el tiempo de espera y la calidad de atención que se recibe.

Además, la sobrecarga por parte del personal de salud y ciertos comportamientos negativos por parte de las madres dentro de los que se destaca el ausentismo a los controles de crecimiento y desarrollo; pues a nivel del distrito de Cajamarca solamente el 41,1% de niños asiste a su control de acuerdo a su edad y el 34,5% de niños menores de un año recibe paquete integrado de atención; estas cifras resultan preocupantes considerando que la atención de control CRED es una puerta abierta para proporcionar información, consejería y/o soporte respecto a la alimentación (16) (17).

Si bien la OMS considera a la malnutrición como resultado de agentes multifactoriales, existe evidencia que los conocimientos maternos y las practicas afines a la alimentación complementaria influyen de manera categórica sobre la misma, pues generan conductas positivas y contribuyen a modificar aquellas menos adecuadas; por lo tanto, su alcance es extenso pues ayudan a crear una cultura alimentaria que repercute positivamente en los infantes (18).

Ante la problemática evidenciada, se plantea el estudio desde una perspectiva analítica que busca comprender e identificar el nivel de conocimientos de la madre sobre AC y como estos se trascienden en el estado nutricional. A partir de los resultados se plantearon estrategias que permitan hacer frente y/o fortalecer las más adecuadas, todo ello con la finalidad de lograr un adecuado estado de salud en la población infantil, condición que como ya se ha mencionado influye en su desarrollo, lo que se traduce en costos económicos para la familia, el estado y la sociedad.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre nivel de conocimientos maternos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional en niños entre 6 a 12 meses, Huambocancha Baja, 2024?

1.3. Objetivos

General

- Determinar la relación entre nivel de conocimientos maternos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional en niños de 6 a 12 meses, Huambocancha Baja, 2024.

Específicos

- Evaluar el nivel conocimiento materno sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Huambocancha Baja.
- Determinar el estado nutricional de niños de 6 y 12 meses del Centro de Salud Huambocancha Baja.

1.4. Justificación

La alimentación constituye en hecho fundamental durante los primeros 12 meses de vida, pues determina las bases de un adecuado desarrollo a nivel físico, cognitivo y socioemocional; en tanto que las madres cumplen un rol primordial al ser ellas quienes en la mayoría de los casos se encargan de proporcionar los alimentos, así pues, el conocimiento de las madres sobre AC influirá y/o repercutirá en el estado nutricional del niño o niña y en su futuro.

La razón principal para el estudio se alinea con una preocupante proporción de madres con conocimientos deficientes sobre alimentación complementaria evidenciada en el C.S. Huambocancha Baja. En ese contexto, la investigación busca servir como base de datos actualizada, cuya información sirva a las autoridades e instituciones para la formulación de políticas y programas de intervención efectivas que promuevan prácticas alimentarias saludables cuyo resultado final se verá reflejado en un adecuado estado de salud infantil y la reducción en la prevalencia de problemas como desnutrición, anemia y el retraso en el crecimiento.

Además, el estudio permitirá generar evidencia local que visibilice las necesidades de la población y oriente la asignación de recursos hacia las áreas más críticas. En consecuencia, la realización de esta tesis no solo es pertinente, sino también necesaria para promover el bienestar y el desarrollo integral de las nuevas generaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Internacionales

Olalde E. et. al. (2023). Realizaron un estudio que tuvo como objetivo caracterizar la alimentación complementaria de los lactantes mexicanos y su relación con el estado nutricional. Fue en un estudio transversal, analítico, retrospectivo cuya población estuvo constituida por madres y sus niños de 5 a 12 meses con una muestra de 141 niños. Los resultados encontrados fueron: en estado nutricional, el 14.1% de los lactantes presentó bajo peso para la talla, 17.7% bajo peso para la edad y 24.1% baja talla para la edad. Además, se observó deficiente conocimiento sobre alimentación complementaria, ya que el 55.3% de los niños no recibían alimentación complementaria con textura adecuada; el 58.9% no recibía cantidad apropiada, y el 44.7%, 62.4% y 11.3% recibían cantidades inapropiadas de carbohidratos, proteínas y grasas (19).

Encalada J. et. al. (2023). Realizaron un estudio que tuvo como objetivo analizar el conocimiento materno sobre alimentación complementaria e influencia en el estado nutricional de los lactantes de 6 a 24 meses de edad del Centro de Salud tipo A Zamora. Se trató de un estudio de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, cuya población estuvo representada por 45 madres y sus niños entre 6 a 24 meses de edad. Para dicho estudio se utilizó una encuesta de 21 ítems que permitió obtener datos sociodemográficos e identificar el conocimiento de alimentación complementaria. Los resultados encontrados fueron: el 48,9% de la población encuestada poseyó un nivel de conocimiento medio, el 42,2°% conocimiento bajo y solo un 8,9% conocimiento alto. En cuanto a estado nutricional, el 33,4% de los niños evidenció malnutrición, de los que el 15,6% es desnutrición crónica; 11.1% sobrepeso y el 6.7% obesidad (20).

Olvera A. (2022). Realizó un trabajo de investigación que tuvo como objetivo evaluar la asociación entre los conocimientos y prácticas maternas de alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud de Playas de Rosarito y Centro de Salud Tijuana. Se trató de un estudio

descriptivo transversal cuya muestra fue de 300 madres con hijos de 6 a 24 meses. El recojo de datos se realizó mediante un cuestionario sobre conocimientos y prácticas maternas sobre AC. Los resultados encontrados fueron: de las madres que tienen un nivel bajo nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria tienen dos veces más probabilidad que su hijo posea sobrepeso u obesidad. Asimismo, las madres que tienen practicas inadecuadas de AC tienen cinco veces más probabilidad que su hijo tenga sobrepeso u obesidad (21).

Chuguay C. (2022). Realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria en lactantes de 6 a 24 meses, en el Centro de Salud de Daule, se trató de un estudio descriptivo, cuantitativo transversal, cuya muestra estuvo conformada 53 madres. La técnica utilizada en dicho estudio fue la entrevista y el instrumento un cuestionario de 23 preguntas sobre conocimientos. Los resultado encontrados en el estudio fueron: un 53% de las madres estudiadas tuvieron un nivel regular de conocimientos, 26 % bueno, 15 % muy bueno y 6% deficiente nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria (22).

Nacionales

Bravo A. (2022). Realizó una investigación que tuvo como objetivo determinar el grado de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Pampa Grande Tumbes. La metodología fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y diseño no experimental; cuya muestra estuvo constituida por 50 madres a quienes se les aplico un cuestionario de veintiún preguntas sobre alimentación complementaria divididas en cuatro dimensiones; generalidades, características de alimentación complementaria, medidas de higiene y riesgos de la AC. Los resultados fueron: sobre alimentación complementaria, el 78% presentaron nivel alto y el 22% un nivel medio; sobre generalidades, el 60% presentó un nivel medio y el 40% un nivel alto; sobre las características, el 72% presentó un nivel alto, el 24% nivel medio y el 4% nivel bajo (23).

Domínguez L. (2022). Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud 9 de octubre. Se trató de un estudio de diseño no experimental, tipo descriptivo y corte transversal, cuya muestra estuvo

conformada por 131 de madres. Se utilizó las encuestas como técnica y como instrumento un cuestionario constituido por 20 preguntas. Los resultados más relevantes fueron: En conocimientos: el 79,4%, presentaron conocimiento alto sobre alimentación complementaria, el 45,8% conocimiento alto en características de la alimentación, el 70,2% presentaron conocimiento bajo. En la dimensión de prácticas: el 62,6%, demostraron prácticas inadecuadas en características de la alimentación, el 58% evidenciaron prácticas inadecuadas respecto al tipos de alimentos (24).

Valtentín A. (2021). Realizó un estudio cuyo objetivo fue: determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño entre 6 y 24 meses de edad del Centro de salud San Sebastián. Se trató de un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional, no experimental y corte transversal; cuya muestra estuvo conformada por 60 madres y sus hijos entre 6 y 24 meses, los instrumentos utilizados fueron un cuestionario sobre alimentación complementaria y para evaluar el estado nutricional se realizó las medidas antropométricas en niños. Los resultados más relevantes fueron: El 90% de madres mostró un nivel de conocimiento medio respecto a AC. Sobre el estado nutricional el 21.7% presentó talla baja o desnutrición crónica, un 16,7% sobrepeso, el 6.7% desnutrición aguda y el 3.3 % obesidad (25).

Frías F. et. al. (2020). Realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de niños entre 6 a 24 meses de edad que asisten al consultorio de CRED en el Establecimiento de Salud Tunal – Piura 2019; se trató de un estudio de tipo cuantitativo, con método descriptivo de corte transversal cuya población y muestra estuvo conformada por 102 y 50 madres con niños menores de 6 a 24 meses. El instrumento utilizado fue un cuestionario aplicado mediante la entrevista. Los resultados más relevantes fueron: El nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria fue bajo con un 32%, medio con un 46%, alto con un 22%. En cuanto al estado nutricional un 70% mostró un diagnostico nutricional normal mientras que el 6% tuvo desnutrición severa (26).

Calderón Y. (2020). Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento en madres de niños menores de 1 año sobre la alimentación complementaria en el Centro de Salud Huariaca 2020. Se trató de una investigación

de nivel básico, descriptivo, prospectivo de corte transversal, cuya muestra estuvo constituida por 60 madres seleccionadas azar. Para el recojo de datos se aplicó un cuestionario mediante la entrevista. Los resultados más relevantes fueron: en cuanto a los conocimientos maternos el 56% presentó un nivel de conocimiento inadecuado del inicio de la alimentación complementaria, un 66% un conocimiento adecuado frente la consistencia, un 76% conocimiento adecuado sobre la frecuencia de la alimentación, 73% conocimiento adecuado sobre la cantidad (27).

Locales

Pérez L. (2022) Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre nivel de conocimientos y prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021. Se trató de un estudio con enfoque cuantitativo, correlacional y corte trasversal, cuya población y muestra fue de 138 madres de niños de entre 6 y 24 meses. El instrumento utilizado para el recojo de datos fue un cuestionario mediante aplicado a través de la entrevista. Los resultados encontrados a partir del estudio fueron: en nivel de conocimientos, el 76,1% de las madres evidenciaron conocimiento alto; en tanto, que las prácticas adecuadas de AC fueron evidenciadas por el 96,4% de madres; asimismo el 96,2% de participantes que tuvieron prácticas de alimentación adecuadas mostraron un nivel de conocimiento alto (28).

Chavez G. (2022). Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad del Hospital José soto Cadenillas Chota, durante el 2022. Se trató de un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal, cuya muestra estuvo conformada por 70 madres y sus hijos entre 6 a 12 meses. Los resultados encontrados fueron: En nivel conocimiento materno sobre alimentación complementaria tiene un nivel alto con 74,3%; mientras que el 87,1% de los niños presentó un estado nutricional normal y 12,9% desnutrición crónica; por su parte, según el nivel de conocimiento y el estado nutricional, de las madres con nivel de conocimiento alto, el 90,4% de los niños presentó estado nutricional normal y 9,6% desnutrición crónica (29)

Chiclote A. (2021). Realizó una investigación que tuvo como objetivo analizar el conocimiento y prácticas de alimentación complementaria en las madres con hijos de 6 a 12 meses atendidos en el consultorio CRED del Hospital de Atención Celendín-2021. Se trató de un estudio con enfoque cuantitativo y de corte transversal cuya muestra estuvo conformada por 86 madres. El instrumento utilizado fue un cuestionario adaptado de 22 preguntas. Los resultados más relevantes encontrados en el estudio fueron: De las madres con niños de 6 y 7 meses menos del 50% desconocieron del tema por lo que se concluye que, a mayor edad del niño, mayor conocimiento tiene la madre. De igual manera se encontró una relación entre el nivel de conocimientos alto con aquellas madres que anteriormente han tenido un hijo (a) (30).

2.2. Bases Teóricas

2.1.1. Teoría del aprendizaje social (Albert Bandura)

La premisa fundamental de esta teoría es que el aprendizaje es un proceso cognitivo que no puede desvincularse del contexto; es decir, es un sumario que incluye factores ambientales, personales y comportamentales que determinan los procesos cognitivos de aprendizaje. Así pues, esta teoría otorga un papel destacado a las personas del entorno y la influencia que tienen en el comportamiento, aprendizaje, personalidad y en la conducta de sus congéneres (31).

Además, Bandura argumenta que el aprendizaje no se limita a la experiencia directa, sino que también puede ocurrir a través de la observación de los demás, especialmente de modelos a seguir. La teoría destaca varios componentes clave, incluyendo la atención del aprendiz al modelo, la retención de la información observada, la reproducción de la conducta observada y la motivación para imitar esa conducta basada en las consecuencias percibidas. En tanto, el autor propone que intrínsecamente el aprendizaje surge mediante de autoeficacia, que se refiere a la creencia de una persona en su capacidad para ejecutar con éxito una tarea específica, lo cual puede repercutir significativamente en su bienestar (31).

En tal sentido se ha tomado como base, la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, puesto que los conocimientos maternos sobre alimentación complementaria en gran medida evidencian la influencia de otras personas; es decir, las madres pueden aprender observando ejemplos positivos o experiencia de otras madres. Por otra parte, los profesionales de enfermería pueden aumentar los saberes de las madres proporcionando información clara y precisa entorno a determinado tema. En resumen, la Teoría del Aprendizaje Social proporciona un marco completo que al ser aplicado ayuda a mejorar los conocimientos maternos sobre la alimentación complementaria mediante el refuerzo y el fortalecimiento de la autonomía.

2.1.2. Modelo del rol materno en la alimentación del lactante (Mercer, 1991)

Planteado por Ramona Mercer con el fin de explicar cómo las características maternas (personales, cognitivas y estado de salud), el rol materno (prácticas maternas de alimentación) y las características del lactante se relacionan e influyen en el estado nutricional del lactante.

Los conceptos que plantea del modelo se organizan en: características maternas que incluye a las personales, cognitivas y estado de salud; características del lactante; el rol materno en la alimentación y el resultado en el lactante; entre cada uno de estos conceptos se sugiere una interacción que representa un microsistema donde solo la madre y el lactante participan, esta interacción desencadena un resultado en el lactante; que viene a ser el estado nutricional (32).

Lo que se propone la TRM es que el rol materno en relación a la alimentación del lactante está influenciado por factores cognitivos y de salud materna, a su vez estos están asociados a factores maternos personales como edad, nivel educativo, ingreso económico, etc. En tanto, el lactante refleja el rol que su madre a cumplido través de su estado nutricional (32). Si ese rol no ha sido satisfactorio el estado nutricional estará alterado.

El modelo planteado por Mercer, explican cómo las características maternas y del lactante influyen en el estado nutricional hasta los 12 meses; si bien este postulado sustenta distintos factores asociados principalmente a Madre-hijo, se

toma como sustento teórico para la realización de la presente investigación, las conceptualizaciones de características maternas cognitivas; entendiéndose como parte de los conocimientos sobre AC que la madre posee y va adquiriendo desde el inicio de la misma e influenciando en el desarrollo del niño.

2.3. Bases conceptuales

2.1.3. Conocimientos

Davenport y Prusak (2001), citados por Zambrano, C.et.al. Conceptualizan al conocimiento como un conjunto ordenado de experiencias, valores, normas e información contextual, que sirven como base para la incorporación, transmisión y/o adopción de nuevas prácticas. Se destaca que el conocimiento no es simplemente información, sino un recurso dinámico que combina diversos elementos y se nutre de la interacción humana, el contexto y la experiencia (33).

Por su parte Michael Polanyi define al conocimiento como una combinación de elementos explícitos y tácitos, donde el conocimiento tácito juega un papel crucial. Este último incluye habilidades, intuiciones y aprendizajes implícitos que no pueden ser completamente articulados o formalizados. Además, el conocimiento es personal y dinámico, ya que está profundamente influenciado por la experiencia individual y el contexto en el que se adquiere. Es decir, conocer implica una participación activa del sujeto, quien integra tanto lo explícito como lo tácito en su comprensión del mundo y por ende en su comportamiento (34).

Para Polanyi el conocimiento puede ser de dos tipos:

- **Tácito:** tipo de conocimiento personal que se puede expresar y compartir con otros individuos de manera sencilla. Puede ser adquirido tanto fuera de la empresa, como en una universidad, o bien, aunque se base en la experiencia, puede ser comunicado o enseñado fácilmente a otros individuos.

- **Explícito:** Este tipo de conocimiento abarca las habilidades o competencias de una persona expresadas en el concepto de "saber hacer", las cuales se adquieren tras años de experiencia (35).

2.1.4. Conocimientos sobre alimentación complementaria

Son el conjunto de información, habilidades, experiencias y valores que posee y aplica para introducir y manejar de manera adecuada los alimentos sólidos y líquidos diferentes a la leche materna o de fórmula en la dieta de su bebé. Este conocimiento incluye aspectos como la identificación de alimentos apropiados para cada etapa del desarrollo, la preparación segura y nutritiva de las comidas, y el reconocimiento de las señales de hambre, saciedad y posibles alergias o intolerancias alimentarias, adaptados al contexto cultural y familiar (7).

2.1.5. Alimentación complementaria

Definición

Es el proceso mediante el cual se dota de forma progresiva al lactante de una dieta balanceada, saludable e inocua mediante alimentos sólidos o líquidos distintos a la leche materna, como un complemento y no como un reemplazo de esta, con el objetivo de satisfacer sus necesidades nutricionales para favorecer su óptimo crecimiento y desarrollo. Generalmente, este periodo comienza alrededor de los 6 meses de edad (36)**.**

Importancia

Desde el punto de vista nutricional la inclusión de alimentos distintos a la leche materna aporta energía, proteínas, micronutrientes como hierro, zinc y vitaminas que complementan y satisfacen las necesidades nutricionales del lactante, esenciales para su adecuado desarrollo. Además, la diversificación de insumos facilita la adaptación progresiva a distintos sabores y texturas de los alimentos que consume la familia regularmente; ello estimula a desarrollar preferencias alimenticias que son base de su futuro patrón de alimentación y el fortalecimiento de la capacidad de autorregulación de la ingesta, que se exteriorizan con gestos de apatía o saciedad.

Por su parte, funcionalmente el proceso de masticación y coordinación de movimientos entre lengua y labios, fortalece el desarrollo de habilidades motoras y sensorias que disminuyen el riesgo de desarrollar alteraciones en edades posteriores. Finalmente, la ingesta de alimentos ricos en vitaminas y minerales fortalecen las defensas del bebé, reduciendo el riesgo de enfermedades, lo que potencia las probabilidades de tener un futuro destacado (37).

Características de los alimentos

- **Consistencia**

  Tomando como base la consistencia líquida que los lactantes conocen se debe iniciar paulatinamente la dieta, con comidas tipo purés, papillas y/o mazamorras. Posteriormente, al aparecer los primeros dientes, se debe ofrecer alimentos de mayor consistencia que favorecen y potencian el aprendizaje de la masticación y deglución. En cualquier situación, la textura de los alimentos debe facilitar su disfrute, digestión y asimilación en el sistema digestivo sin generar riesgo alguno. Además, resulta primordial adaptar la consistencia de los alimentos según las habilidades de masticación y deglución del niño, así como estar atento a las señales de que están listos para progresar a texturas más sólidas (38).

  De acuerdo con la guía de alimentación complementaria para Perú, las recomendaciones estandarizadas son:
  Entre 6 y 8 meses: preparaciones tipo puré, papilla o mazamorra.
  Entre 9 y 11 meses: Preparaciones de alimentos picados en trozos pequeños**.**
  A partir de 12 meses a más: Alimentos tipo segundo, directo de la olla familiar (36).

- **Frecuencia**

  La cantidad de comidas debe ser calculada considerando la energía que aportan los alimentos que consume. Si la densidad energética o la porción de alimentos ingerida son insuficiente, o si el niño o la niña dejan de recibir

lactancia materna, será necesario incrementar la frecuencia de las comidas para cubrir sus requerimientos nutricionales.

En general las estimaciones son:

Entre 6 a 8 meses: Tres comidas al día desayuno, almuerzo y cena.

Entre 9 a 11 meses: Cuatro comidas al día**;** desayuno, refrigerio, almuerzo y cena.

De 12 meses a más: cinco comidas al día; desayuno, refrigerio, almuerzo, refrigerio y cena (36).

- **Cantidad**

  La agregación inicial del alimento debe oscilar entre 10 y 15 gramos, lo que corresponde a dos o tres cucharadas pequeñas. Sin embargo, esta cantidad puede variar dependiendo de diversos factores, como el crecimiento, el nivel de actividad, cantidad de leche materna que el lactante recibe y las necesidades de cada niño. Los alimentos que son bien aceptados deben integrarse al grupo de alimentos que el niño consume habitualmente e incrementa gradualmente la porción total. La cantidad final de alimento está determinada por la sensación de saciedad del niño. (39).

  Las cantidades estandarizadas son:

  Entre 6 a 8 meses: de 3 a 5 cucharadas.

  Entre 9 a 11 meses: de 5 a 7 cucharadas.

  De 12 meses a más: de 7 a 10 cucharadas (36).

Tipos de alimentos complementarios

Los alimentos se pueden clasificar en diferentes tipos según su origen, función en el organismo o características.

Cereales

Están constituidos en aproximadamente 80% por carbohidratos, principalmente en forma de almidón; aunque sus niveles varían según el espécimen de cereal y el nivel de procesamiento; entre ellos se encuentra el arroz, harina, avena, papa, fideos y pan. Lo ideal para este tipo de alimentos es no postergar su inserción en la dieta del lactante más allá de los seis meses; por el contrario, debe ser el insumo elegido para el inicio de la AC, pues

constituyen la principal fuente de fuerza y energía con un aporte aproximado de 80 kcal/100g de alimento (40) (41).

Frutas

Constituyen una fuente clave de minerales, vitaminas, (especialmente vitamina C) cuyas necesidades en un niño de 6 meses es de 40 mg/dia y es responsable directo de la biodisponibilidad de micronutrientes como el hierro (36); al mismo tiempo, las frutas aportan componentes que aumentan las defensas contra las enfermedades; Además, gracias a su alto contenido de fibra en forma de celulosa contribuye a regular la motilidad intestinal, siendo útil en casos de estreñimiento. En la AC, se sugiere hacer uso de frutas frescas y ofrecerlas al lactante de forma progresiva desde el inicio con la finalidad de comprobar la tolerancia. Posteriormente se torna necesario incluir papillas y/o ensaladas que incluyan variedad, ello favorece el aprendizaje alimentario y potencia el desarrollo de los sentidos (41).

Verduras y hortalizas

Son alimentos fundamentales en la nutrición, pues están constituidas fundamentalmente por agua, residuos de celulosa, vitaminas y minerales. A diferencia de las frutas, las verduras son bajas en contenido de azúcar lo que les convierte en un alimento altamente saludable, sobre todo por su influencia en la prevención de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. En general se recomienda incluir verduras y hortalizas en la AC desde el primer dia, estas deberán estar sancochadas, en lo posible sin piel y deben representar menos del 20% de contenido total del platillo; la variedad de consumo de verduras hará que el bebé adquiera la costumbre de comer saludablemente. En el caso de algunos especímenes, como los de hoja verde (acelga, espinaca, entre otros) se recomienda postergar mínimo hasta el año debido a sus niveles elevados de nitritos que pueden desencadenar metahemoglobinemia (41) (42).

Carnes

Son alimentos conocidos por ser una fuente primordial de proteínas que dependiendo del producto oscila entre 18-20 g/100g. Cada uno de los alimentos que forman parte de este grupo aportan nutrientes esenciales para el desarrollo y la salud. Las carnes rojas, son excelentes fuentes de hierro, primordial para prevenir la anemia a partir del segundo semestre de vida. Por su parte los pescados y mariscos son ricos en minerales como potasio, fósforo, sodio y ácidos grasos como omega 3, este último beneficioso para la salud cardiovascular. La cantidad de proteínas a cubrir mediante la AC es de 10-15 g/día, misma que debe aumentar progresivamente en 10 g/dia hasta un máximo de 40-50 g/día (40) (43).

En general se sugiere adaptar la alimentación del lactante a las características propias de los lugares de residencia, priorizando el consumo de alimentos naturales, frescos y propios de lugar; dejando de lado los productos procesados y ultra procesados que en su mayoría no generan beneficio alguno a la salud. Asimismo, se debe evitar las grasas saturadas, por sus potenciales efectos negativos. En tanto, la higiene adecuada de los alimentos se torna esencial para prevenir infecciones; además, es no recomendable ofrecer alimentos crudos, como huevo o queso, ya que pueden contaminarse fácilmente; en cuanto a las verduras, deben ser cocidas, ya que las crudas, especialmente las de hojas rugosas, son difíciles de lavar y digerir. Posterior al primer año, los alimentos crudos, como las ensaladas, pueden incorporarse como parte de la dieta diaria (38).

2.1.6. Estado nutricional

Definición

Es la condición de salud resultante de una evaluación integral de salud que valora la adecuada ingesta y aprovechamiento de los nutrimentos necesarios para el crecimiento y desarrollo. Este se evalúa mediante la medición de parámetros antropométricos como peso, talla, perímetro cefálico y su relación con la edad y el sexo del niño (a), además de la revisión de la dieta, antecedentes y estado general de salud (44) (45).

El estado nutricional en niños se evalúa comparando los datos antropométricos obtenidos con estándares de crecimiento y desarrollo establecidos para la población infantil y las clasifica en alteraciones nutricionales por exceso y por defecto, y posibilita el adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico; por su parte, un estado nutricional óptimo se caracteriza por un crecimiento y desarrollo adecuados, una ingesta equilibrada de nutrientes que satisfaga las necesidades de crecimiento y actividad del niño, así como la ausencia de signos de deficiencias nutricionales o trastornos relacionados con la nutrición (45).

Indicadores antropométricos

Se sustentan en la medición de las dimensiones y algunas características físicas del cuerpo humano, a través de las variables antropométricas como peso, longitud (talla), perímetro cefálico, entre otros, Los instrumentos usados para la obtención de la antropometría son poco complejos, seguros y no invasivos, y ofrecen resultados confiables y exactos si se siguen protocolos estandarizados (46)

Peso: Es uno de los indicadores antropométricos básicos utilizados para evaluar el estado nutricional y de salud. El peso es la medida de la masa corporal total del individuo, expresada comúnmente en kilogramos (kg). La medición del peso debe ser realizada utilizando básculas clínicas previamente calibradas, en tanto que el paciente porte ropa ligera. Para niños menores de 24 meses debe utilizarse balanzas calibradas cada 10 gramos. (47)

Talla: Es un indicador clave en la evaluación del crecimiento y desarrollo, mide la longitud corporal entre la planta de los pies y la parte superior de la cabeza. En niños menores de 24 meses se realiza haciendo uso de un infantómetro (precisión mínima de 0,1 cm) de base ancha y de material consistente con un tope móvil o escuadra (45) (47).

Perímetro cefálico: Es la medición de la circunferencia del cráneo, específicamente en el área occipito-frontal. Su relevancia se debe a que es el parámetro más confiable y práctico para evaluar el neurodesarrollo de los niños (47).

Índice de masa corporal (IMC): es una medida utilizada para evaluar el peso corporal en relación con la altura de un niño a partir de los 5 años. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre el cuadrado de la altura en metros (kg/m^2) (47).

Relación peso/edad P/E: Es el indicador resultante de comparar el peso de la niña o del niño con el peso de referencia correspondiente a su edad, sea en semanas, meses o años; y, que puede identificar desnutrición para una edad específica al compararlo con los datos de referencia. No debe usarse para clasificar sobrepeso y obesidad. Asimismo, no se recomienda su uso como parámetro único debido a que no permite diferenciar niñas y niños constitucionalmente pequeñas o pequeños. Es útil para detectar bajo peso o desnutrición global, cuando el punto de referencia se encuentra por debajo de -2DS y sobrepeso cuando el punto marcado está por encima de +2DS (48).

Relación peso/talla P/T: Relaciona el peso de la niña o del niño con el peso de referencia correspondiente a su longitud o estatura, refleja el peso corporal alcanzado en proporción a la longitud o estatura, e indica el nivel de reservas calóricas; por lo que es útil para detectar desnutrición aguda, cuando el punto de referencia se encuentra por debajo de -2DS y obesidad cuando el punto medido está por encima de 2DS (48).

Relación talla/edad T/E: Es un indicador utilizado para evaluar el crecimiento lineal de un niño en función de su edad. Sirve para diagnosticar talla bajo o desnutrición crónica cuando del punto de medición se encuentra por debajo de -2 DS (47). En la actualidad, la ganancia de talla o la medición de la talla para su edad es reconocida internacionalmente como el indicador más importante de salud pública para monitorear no solo el estado nutricional, sino también el estado de salud de los niños o las niñas. De acuerdo con la OMS, es la única medición que mejor refleja las alteraciones en la salud y la nutrición que experimenta y acumula un niño o niña independientemente de sus causas (44).

Si bien los indicadores antropométricos son la base fundamental para establecer un diagnóstico nutricional, no son los únicos aspectos que se beberían tener en cuenta; pues factores como la composición corporal, la dieta,

la actividad física e incluso el nivel hemoglobina en sangre de son importantes factores determinantes (49) .

Clasificación del estado nutricional

En Perú, para obtener el estado nutricional se utilizan las curvas de crecimiento basadas en percentiles establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuales permite monitorizar el crecimiento físico de los niños y niñas y hacer el diagnóstico nutricional. La clasificación de los diagnósticos nutricional de los indicadores antropométricos es:

Bajo peso o desnutrición global

La desnutrición global es el estado en el cual los niños tienen un peso menor al esperado para su edad y sexo con relación a una población de referencia; este diagnóstico refleja condiciones nutricionales pasadas y actuales. En tanto es considerado como un indicador general de la desnutrición incluyendo desnutrición crónica, aguda o ambas. Sin embargo, puede ser un indicador ambiguo particularmente después del primer año de vida cuando la importancia del peso bajo depende de su relación con la talla más que con la edad (50).

Desnutrición aguda

La desnutrición aguda es el estado en el cual los niños tienen un peso menor al esperado para su talla y sexo. La desnutrición aguda refleja carencia o inadecuada ingesta de alimentos (que limita el consumo de energía) o la presencia de enfermedades agudas recientes (en especial la diarrea), o la presencia de ambas simultáneamente. Así, la desnutrición aguda puede ser un indicador de afectaciones actuales y/o recientes. Sin bien, este tipo de desnutrición es recuperable, de no ser atendida oportunamente pone en alto riesgo la vida del individuo (50) (51).

Talla baja o desnutrición crónica

La desnutrición crónica es el estado en el cual los niños tienen una longitud o talla menor a la esperada para su edad y sexo con relación a una población de referencia. La desnutrición crónica, o talla baja para la edad, refleja los efectos

acumulados a consecuencia de inadecuada ingesta de nutrimentos. La desnutrición crónica está asociada a una permanentemente pérdida de las capacidades físicas, mentales, productivas y es considerada potencialmente mortal (50) (51).

Sobrepeso

El sobrepeso es una afección que se caracteriza por una acumulación excesiva de grasa. El sobrepeso en niños se define como un exceso de peso en relación con la talla, es consecuencia de una acumulación de grasa debido a un desequilibrio entre el consumo calórico y el gasto energético (52).

Obesidad

La obesidad es una compleja enfermedad crónica que se define por una acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (52).

Normalidad

El estado nutricional normal en niños se refiere a una condición en la que el niño presenta un crecimiento y desarrollo adecuados, en concordancia con los estándares de referencia establecidos para su edad y sexo de la OMS. Este estado indica un equilibrio adecuado entre la ingesta de nutrientes, las necesidades energéticas y los procesos metabólicos del organismo (53).

2.4. Bases legales

En el Perú existen lineamientos que contribuyen y legitiman la alimentación complementaria y el estado nutricional como ejes fundamentales; dentro de ellos están:

- Ley Nº 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes.
- Decreto Supremo Nº 009-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Alimentación Infantil.
- Norma técnica de Crecimiento y desarrollo NTS N° 137 aprobado bajo RM 537-2017 MINSA.
- Guía de alimentación complementaria creada bajo resolución ministerial N° 967-2020 y publicada en el año 2021.

- Resolución ministerial 034-2024/MINSA que aprueba la guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la niña y el niño de 0 a 11 años.
- Política nacional de desarrollo e inclusión social al 2030 (PNDIS)

En tanto, a nivel mundial como parte de la agenda al 2030 se planteó como uno de los objetivos del desarrollo sostenible: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible (54).

2.5. Hipótesis

H_1: El nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria se relaciona con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud de Huambocancha Baja 2024.

H_0: El nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria no se relaciona con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud de Huambocancha Baja 2024.

2.6. Variables de estudio y operacionalización

Variable 01: Nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria
Variable 02: Estado nutricional del niño de 6 a 12 meses.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES O CATEGORÍAS	VALOR FINAL	CRITERIOS DE MEDICIÓN	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Conocimiento sobre alimentación complementaria.	Conjuntos de saberes que cada una de las madres posee respecto de la alimentación complementaria. (55).	Nivel de información que poseen las madres respecto a la alimentación complementaria, dicha información incluye aspectos conceptuales, alimenticios, nutricionales, de desarrollo y salud.	**1. Conocimiento general de alimentación complementaria.** **2. Conocimiento específico de alimentación complementaria** **3. Tipos de alimentos**	- Alto (14-18 pts) - Medio (9-13 pts) - Bajo (5-8 pts)	- Concepto de alimentación complementaria - Importancia de AC. - Beneficios - Edad de inicio. - Consistencia de los alimentos según edad - Cantidad de alimentos según edad - Numero de comidas al día según edad. - Alimentos ricos en hierro. - Alimentos Protectores	- Entrevista - Cuestionario

					- Alimentos que proporcionan fuerza y energía - Alimentos que ayudan al crecimiento.	
Estado Nutricional	Condición general del niño (a) en relación con la ingesta y utilización de nutrientes esenciales (47).	Resultado de la valoración de indicadores antropométricos como peso, talla y su relación con la edad.	1 Peso/edad 2 Talla/ edad 3 Peso/talla	- > +2 DS - +2 a -2 DS - < -2 a -3 DS - < -3 DS - > +3 DS - > +2 DS - +2 a -2 DS - < -2 a -3 DS - < -3 DS - > +3 DS - > +2 DS - +2 a -2 DS - < -2 a -3 DS - < -3 DS	- Sobrepeso - Normal - Desnutrición global - Muy alto - Normal - Talla Baja o desnutrición crónica. - Obesidad - Sobrepeso - Normal - Desnutrición aguda	- Revisión documentaria - Hoja de recolección de datos. - Cuervas de crecimiento OMS 2006.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Escenario de estudio

El estudio se desarrolló en el Centro de Salud Huambocancha Baja, que es una zona sanitaria descentralizada que forma parte de la RED II Cajamarca y pertenece a la Microred Huambocancha Baja, con una clasificación de categoría I-3. Geográficamente este centro se encuentra ubicado en el km 4,5 de la carretera que conecta Cajamarca con Bambamarca, específicamente en el Centro Poblado de Huambocancha Baja, dentro del Distrito, Provincia y Departamento de Cajamarca.

La población asignada al establecimiento de Salud es de 6868 pobladores en su mayoría del entorno rural, pertenecientes a las once comunidades que están bajo su jurisdicción mismas que son: Huambocancha Baja, Huambocancha Chica, Coñor, Pacopampa, Nuevo Perú, Llushcapampa Baja, El Milagro, San Antonio, Hualtipampa Baja, Hualtipampa Alta, Llanamayo. (*Fuente: Internado comunitario 2023)*

3.2. Diseño y tipo de estudio

El estudio tuvo un abordaje cuantitativo puesto que los datos de conocimientos que se recolectaron fueron susceptibles de medición; diseño no experimental ya que las madres fueron evaluadas en su contexto natural sin alterar ninguna situación; correlacional porque trata de establecer relación alguna entre la variable nivel de conocimientos y estado nutricional, de corte transversal ya que los datos fueron recogidos en un determinado tiempo (56).

3.3. Población de estudio

La población estuvo conformada por 55 madres y cada uno de sus niños de seis y doce meses que acudieron al control CRED en el centro de salud Huambocancha Baja. *(Fuente: padrón nominal)*

3.4. Criterio de inclusión y exclusión

Inclusión

- Madres con niños entre de 6 a 12 meses de edad.
- Madres de familia cuyos niños se atendieron regularmente el consultorio de crecimiento y desarrollo y residen en el espacio geográfico asignado al centro de salud Huambocancha Baja.
- Madres que aceptaron participar en la investigación y por tanto firmen el consentimiento informado
- Madres cuyos niños recibieron alimentación complementaria.
- Niños con historia clínica completa.

Exclusión

- Madres con niños nacidos pretérmino.
- Niños que no se atendieron regularmente en el centro de salud.
- Niños que se atendieron en el centro de salud, pero residen en otro lugar.
- Niños con historia clínica incompleta.
- Niños con diagnóstico de anemia.

3.5. Unidad de Análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las madres y las historias clínicas de cada uno de sus niños de 6 a 12 meses de edad que recibieron atención en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del centro de salud de Huambocancha Baja 2024

3.6. Muestra o Tamaño muestral

Al tratarse de una población relativamente pequeña, toda la población (55 madres y sus niños) de estudio fue incluida en la muestra, lo que significó que cada individuo fue seleccionado para participar en la investigación, lo que garantizó la representatividad completa de la población y la maximización en confiabilidad de los resultados (56).

3.7. Selección de la muestra o procedimiento de muestreo

Se utilizó un muestreo censal no probabilístico sujeto a criterios de inclusión y exclusión, puesto que se trabajó con todas las madres de niños entre los 6 a 12 meses de edad que acuden a los controles CRED en el centro de Salud Huambocancha Baja.

3.8. Técnicas a instrumentos de recolección de datos.

Para la recolección de datos sobre conocimientos de alimentación complementaria la técnica que se utilizó fue la entrevista pactada en domicilio y/o centro de salud; para los datos de estado nutricional se utilizó una hoja de recojo de datos. Los datos fueron recogidos durante el mes de abril del 2024.

El instrumento utilizado para la recolección de la información consistió en un cuestionario elaborado por Orbezo L, y modificado de acuerdo a las guías de alimentación complementaria por Falcón G; para el estudio el instrumento fue adaptado a expresiones del lugar sin alterar su consistencia; además fue sometido a una prueba piloto.

El instrumento constó de tres partes: la primera recogió datos generales de la madre como edad, grado de instrucción, procedencia. En el segundo apartado se recolectó datos del niño como edad y sexo. Finalmente, en la tercera parte se incluyó las preguntas relacionadas a los conocimientos sobre alimentación complementaria.

Proceso de recolección de datos

Para la recolección de datos, se realizó las coordinaciones previas con jefe del Centro de Salud Huambocancha Baja, Lic. José Rodríguez Basilio, mediante un documento de solicitud de acceso al padrón nominal de madres con niños entre 6 y 12 meses atendidos en dicho centro de salud. Posteriormente, se realizó un filtrado con el fin de obtener la población que cumpla o tenga las mismas características.

Además, el proceso de recolección de datos de las madres se hizo de la siguiente manera:

1. En la primera etapa se aplicó el instrumento de conocimientos sobre alimentación complementaria a las madres, previo a ello se le realizó una explicación sobre la importancia de su contribución y se garantizó la confidencialidad de la

información recolectada. El recojo de la información se dio luego de una entrevista consensuada en el centro de salud y/o domicilio; Para el caso de las madres que fueron sujetos de aplicación del instrumento en su domicilio, el investigador se apoyó de las visitas domiciliarias que hace el personal del centro de salud Huambocancha y asistió junto con los mismos a recopilar la información de forma directa. Por su parte, en el caso de las madres a las que no se les logró encontrar en su hogar, se les aplicó el instrumento el día que acudieron al control CRED de su niño.

2. La segunda etapa, consistió en una revisión documentaria de la historia clínica de cada uno de los niños cuyas madres respondieron el cuestionario, dicha revisión se hizo con la finalidad de obtener los datos relacionados al estado nutricional de niño.

Validez y Confiabilidad del Instrumento

Al tratarse de un instrumento utilizado en trabajos académicos de las mismas características y por tanto validado anteriormente; se aplicó una prueba piloto en 10 madres de familia con niños entre 6 y 12 meses atendidas en el consultorio CRED del "puesto de salud Huambocancha Alta", cuya población tiene similares características a la estudiada; obteniéndose una confiabilidad de 0.810 Alpha de Cronbach.

3.9. Procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante los programas Excel y SPSS V.26 de la siguiente manera:

- **Importación de datos:** En primer lugar, la información recogida fue ingresada y codificada en el programa Excel, posteriormente fue importados a SPSS V26 para su procesamiento.

- **Revisión de datos:** luego que los datos fueron cargados en SPSS, se realizó una revisión exhaustiva, ello con la finalidad de asegurar la no existencia de valores atípicos, datos faltantes u otros problemas que puedan afectar el análisis.

- **Análisis:** luego de la revisión exhaustiva se realizó el procesamiento de los datos asociados a ambas variables; el análisis incluyó pruebas estadísticas, de correlación; cuyos resultados fueron presentados en tablas y cuadros estadísticos.

- **Interpretación de resultados:** Una vez obtenidos los resultados se hizo la interpretación de los mismos, mediante estadística descriptiva.

- **Presentación de resultados:** Finalmente, se presentaron los resultados mediante tablas simples y de doble entrada.

Para la investigación se usó la prueba de coeficiente de correlación Rho de Spearman.

3.10. Consideraciones éticas.

En ese sentido; en todo momento de la investigación primó los principios éticos como:

- **Confidencialidad:** Para garantizar, la confidencialidad de la información se evitó recoger datos personales de identificación, por el contrario, se usó códigos de numeración. De igual manera, los registros físicos previa numeración, fueron cerrados al azar y protegidos (57).

- **Beneficencia / No maleficencia:** Se certificó que el estudio realizado tiene como fin estricto el contribuir al aumento de los conocimientos humanos entendiéndose a ello como beneficio; Además, la participación no implicó riesgo alguno de vulnerabilidad física, psicológica y moral (58).

- **Autonomía:** Los participantes del estudio fueron informados enfatizando en una participación completamente voluntaria; como forma de ampliar la autonomía se les pidió otorguen y firmen un consentimiento informado (59).

- **Justicia:** Durante el estudio, se aseguró que todos los participantes reciban un trato justo y equitativo, independientemente de su origen étnico, nivel socioeconómico u otras características (58).

CAPÍTULO IV
RESULTADOS y DISCUSIÓN

4.1. Análisis y discusión de los resultados

Tabla 1. Nivel de conocimientos maternos sobre alimentación complementaria. Centro de salud Huambocancha Baja – Cajamarca, 2024.

Nivel de conocimiento maternos sobre alimentación complementaria	n°	%
Bajo	22	40
Medio	16	29,1
Alto	17	30,9
Total	55	100

La tabla 1, evidenció la existencia de un bajo nivel de conocimientos sobre alimentación en las madres representado con el 40.0%; además, se resalta que 30,9% reportaron un nivel alto de conocimientos.

En el entorno local los hallazgos difieren de los encontrados por Pérez L. y Chávez G. cuyos estudios realizados en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota entre el 2021 y 2022, encontraron altos niveles de conocimientos entorno a la alimentación complementaria con 76.1% y 74.3% respectivamente (28) (29). Sin embargo, Chiclote A. en su investigación realizada en el Hospital de atención Celendín, halló resultados parecidos, al estudio; pues un 50.0 % evidenció bajo nivel de conocimientos, principalmente al inicio de la AC (30).

De otro lado, en comparación con estudios a nivel nacional existe discrepancia de resultados como los encontrados por Domínguez L. quien mediante su estudio realizado en el centro 9 de Octubre – Ucayali, indica que 79.4% tenían alto nivel de conocimientos (24). Asimismo, Bravo A. en su investigación ejecutada en el centro de Salud Pampa Grande – Tumbes, halló que el 78% de madres tenía un alto nivel de conocimientos (23). Por su parte, Frías y colaboradores encontraron que el 32% de sus estudiados del Establecimiento de Salud Tunal – Piura, presentaba bajo nivel de conocimientos; del mismo modo Calderón Y, manifiesta que el 56% de las madres

del Centro de Salud Huariaca - Pasco incluidas en su estudio tienen nivel de conocimientos bajos (26) (27).

En ese contexto, los primeros dos años de vida son cruciales para el crecimiento integral de una persona, ya que se establecen las bases del perfeccionamiento biológico, motor, cognitivo, emocional, físico y social; en consecuencia, adquiere una especial relevancia la (AC), que, introducida en torno a los seis meses de vida, complementa la lactancia materna proporcionando nutrientes claves para el alcance máximo del desarrollo. Sin embargo, el éxito de este proceso depende de factores múltiples, dentro de los que se incluyen el nivel económico, las creencias culturales, acceso a servicios de salud y los conocimientos de la persona cuidadora al ser ésta la responsable de proporcionar la alimentación (60).

El bajo nivel de conocimiento identificado en el estudio podría reflejar una preocupante falta de acceso a recursos informativos adecuados o la omisión de estos; asimismo, podrían mostrar que las consejerías ofertadas en los establecimientos de salud no están alcanzando los objetivos. Lo que contribuye a la perpetuación de una brecha significativa en la adopción de prácticas apropiadas relacionadas con la alimentación complementaria.

Al respecto, estudios han evidenciado que la falta de acceso a información clara, actualizada y basada en evidencia científica por parte de los cuidadores influye de manera directa en su nivel de conocimiento y en los comportamientos relacionados con la AC. Esta carencia informativa se traduce frecuentemente en prácticas inadecuadas, tales como la introducción temprana y/o tardía de los alimentos, la oferta de porciones inadecuadas en frecuencia o cantidad, y la utilización de productos ultra procesados que no cumplen con los requerimientos nutricionales del lactante. (61).

No obstante, esta problemática puede estar vinculada a múltiples factores, entre ellos las limitaciones económicas que restringen la capacidad de adquirir alimentos nutritivos o de participar en programas educativos. Asimismo, un bajo nivel educativo dificulta la comprensión de la importancia de una adecuada nutrición en los primeros años de vida; por su parte la falta de acceso a prestaciones de salud, especialmente en áreas rurales alejadas o con pocos recursos, impide que las madres

reciban orientación profesional y oportuna acorde a sus necesidades. Además, la heterogeneidad de poblaciones y contextos culturales, pueden influir en las decisiones de las madres, eternizando prácticas incorrectas (62).

Desde la experiencia personal, los profesionales de la salud brindan consejerías alimentarias en cada control y/o visita domiciliaria como parte de sus estrategias y actividades de educación y promoción de la salud. Sin embargo, parece que esta información no es lo suficientemente efectiva o, por el contrario, son omitidos; es decir, las madres forman sus percepciones de los que está bien o mal respecto a la alimentación de sus niños, basándose en creencias populares; que en la mayoría de los casos es sesgada y subjetiva.

La explicación a este fenómeno puede entenderse desde la perspectiva de Bandura, con su Teoría del Aprendizaje Social, quien plantea que los conocimientos están influenciados por múltiples factores, pero que su adopción y puesta en práctica depende en gran medida de la autoeficacia; concepto que se refiere al grado de convencimiento de una persona para adoptar ciertos comportamientos, incluido la disposición de aprender. En este sentido, si no existe un nivel adecuado de autoeficacia; la información proporcionada por parte de los profesionales de la salud u otros, por más clara o abundante que sea, no será tomada en cuenta y tampoco aplicada (31).

Como consecuencia, prevalece el conocimiento tácito, descrito por Polanyi, el cual, aunque tiene un valor significativo por basarse en la experiencia y las prácticas cotidianas, puede perennizar conceptos y hábitos culturales equívocos, ya que al ser un tipo de conocimiento trasmitido a través de las generaciones no siempre están fundamentados científicamente.

Para abordar esta situación, es esencial eliminar las barreras y obstáculos de distinta índole; a partir de ello, implementar estrategias que mejoren la accesibilidad y calidad de los recursos informativos. Es decir, desarrollar materiales educativos claros y adaptados a diferentes niveles de comprensión, pero sobre todo adecuados al contexto geográfico de cada población; puesto que, en la mayoría de los casos el material educativo es elaborado a nivel central sin tener una validación exhaustiva; además, resulta primordial capacitar a profesionales de la salud para brindar un

asesoramiento más personalizado; a nivel de grupos fomentar iniciativas comunitarias que involucren a los cuidadores en la toma de decisiones informadas sobre la alimentación de sus hijos.

Así pues, se destaca la importancia de reforzar el adiestramiento en alimentación, combinando enfoques educativos basado en guías médicas y recomendaciones de organizaciones como la OMS, UNICEF, FAO y MINSA y las surgidas de forma tácita; es decir, resulta primordial que se respeten las creencias culturales como una estrategia que refuerce autoeficacia; de tal forma que las madres se sienten estimuladas a realizar cambios reales en las prácticas relacionadas con la alimentación y el cuidado infantil. Al respecto Geert Hofstede, propone que el respeto las creencias culturales de las personas permite construir relaciones más efectivas y acceder mejor a sus perspectivas e incluso un cambio de comportamiento (63)

Tabla 2. Estado nutricional de niños entre 6 y 12 meses del centro de salud Huambocancha Baja 2024.

	Diagnóstico	N°	%
Indicador	Desnutrición	14	25,5
	Normal	41	74,5
Peso/Edad	Desnutrición Global	13	23,6
	Normal	37	67,3
	Sobrepeso	5	9,1
Talla/Edad	Desnutrición crónica	14	25,5
	Normal	40	72,8
	Alto	1	1,7
Peso/Talla	Desnutrición aguda	13	23.7
	Normal	39	70,9
	Sobrepeso	2	3,6
	Obesidad	1	1,8
Total		**55**	**100**

De la tabla 2, se deduce que la desnutrición crónica afecta a un 25.5% de niños, asimismo, la desnutrición aguda 23.7 % y la desnutrición global 23.6 %.

Estos hallazgos fueron concordantes con los reportados por el SIEN- HIS para la región Cajamarca quien reportó cifras de 24.7% de desnutrición crónica en el año 2024 (15), de igual modo Valentín A, encontró 21,7% de desnutrición crónica y Encalada J, en su estudio halló 15% de prevalencia de desnutrición, este último estudio del entorno internacional específicamente en Ecuador (25) (20)**.** Sin embargo, resultados diferentes fueron encontrados en otros estudios tales como los de Frías F y Chávez G, quienes encontraron cifras bajas de desnutrición crónica con 6% y 9.6% respectivamente (26) (29).

El estado nutricional es el resultado de una interacción compleja de factores dentro de los cuales el componente alimentario juega un papel crucial. Una alimentación

equilibrada y adecuada a las necesidades individuales es esencial para mantener un buen estado nutricional y prevenir enfermedades. Por el contrario, un aporte nutricional inadecuado, ya sea por exceso o defecto, puede desencadenar alteraciones nutricionales que resultan potencialmente dañinas (38).

Los resultados muestran una situación preocupante debido a la alta tasa de desnutrición crónica que Según Waterlow J, la DC es la condición caracterizada por una falta prolongada de nutrientes esenciales durante los períodos críticos de crecimiento infantil, lo que resulta en una baja estatura para la edad (64). De ello se deduce, que no se trata únicamente de un problema actual, sino de una problemática con repercusiones futuras, dado que un retraso en este período crítico del desarrollo causa daños irreversibles (64).

No obstante, este problema puede estar asociado a diversos factores, en gran medida refleja el rol fundamental que desempeña la madre en el cuidado diario de su hijo. Al respecto, De Onis M, señala que la calidad del cuidado materno, especialmente en términos de alimentación, es crucial para prevenir la desnutrición infantil; además, destaca que los comportamientos maternos, influenciados por factores como la educación, los recursos disponibles y las prácticas culturales, tienen un impacto directo en el crecimiento y desarrollo del niño, particularmente en contextos de vulnerabilidad (65).

En el contexto latinoamericano, el Perú se destaca por ser es uno de los países con el mayor número de políticas encauzadas a la reducción de las desigualdades en la primera infancia; así, programas como Cuna más, orientado al desarrollo infantil temprano; Programa juntos, encaminado a promover una alimentación y crecimiento saludable mediante un incentivo monetario y PNDIS- 2030 que a través de acciones integrales busca el bienestar de las personas en las distintas etapas del ciclo de vida.

Si bien, dichas políticas has tenido un efecto positivo en la reducción de la desnutrición crónica a nivel nacional; sigue siendo el flagelo de las poblaciones rurales más vulnerables, especialmente en regiones como Huancavelica, Loreto y Cajamarca, cuyos índices de DC están presente en casi un cuarto de población infantil (15). Lo que podría indicar que, en dichos contextos, no existe acceso a los

programas, no llega a quienes lo necesitan o por el contrario no es utilizado adecuadamente.

Otro factor que influye en la desnutrición crónica es la falta de acceso a agua potable y saneamiento básico. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la falta de estos servicios aumenta el riesgo de enfermedades diarreicas e infecciosas, que a su vez afectan la absorción de nutrientes y agravan la desnutrición (66). En el Perú, aunque se han realizado esfuerzos significativos para mejorar la cobertura de agua y saneamiento, aún existen brechas importantes, especialmente en las zonas rurales, lo que contribuye a un aumento de la inseguridad alimentaria cuyas repercusiones son catastróficas para la salud en cualquier edad.

Finalmente, aunque en proporciones mínimas la desnutrición crónica puede estar asociada a alteraciones genéticas y metabólicas, que al no ser diagnosticadas a tiempo pierden la posibilidad de recuperación. En ese sentido, prima la necesidad de fortalecer la vigilancia nutricional y la capacitación del personal de salud para identificar tempranamente estos casos, y brindar intervenciones oportunas que incluyan no solo el tratamiento de los niños afectados, sino también la prevención en los más pequeños y en las madres gestantes.

Tabla 3. Relación entre conocimientos maternos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Huambocancha Baja 2024.

Nivel de conocimientos	Estado Nutricional				Total		Rho Spearman
	Desnutrición crónica		Normal				
	n°	%	n°	%	N	%	
Bajo	8	14,5	14	25,5	22	40	p = 0.337
Medio	4	7,4	12	21,7	16	29,1	
Alto	2	3,6	15	27,3	17	30,9	
Total	14	25,5	41	74,5	55	100	

De la tabla 3, se infiere que, de las madres con un nivel bajo de conocimientos sobre alimentación complementaria, el 14.5% de los niños presentó desnutrición crónica, asimismo el 25.5% de los niños bajo este grupo presentan un estado nutricional normal.

Por su parte, en el grupo de madres con nivel medio de conocimientos, el porcentaje de niños con desnutrición crónica disminuyó al 7.4%, mientras que el 21.7% presentó un estado nutricional normal. Esto indica una mejora progresiva en el estado nutricional al aumentar el nivel de conocimientos.

En relación al alto nivel de conocimientos, el porcentaje de niños con desnutrición crónica es más bajo 3.6%, mientras que el 27.3% de los niños tuvo un estado nutricional normal. Estos resultados sugieren que un alto nivel de conocimientos está asociado con mejores resultados en el estado nutricional infantil.

Los resultados, son concordantes con los encontrados por Olalde E, quien en su estudio encontró prevalencia de bajo nivel de conocimientos traducido en 24.1% de desnutrición (19). Sin embargo, los hallazgos difieren con los de Chavez G, quien encontró que no existe relación estadísticamente significante entre nivel de conocimientos y estado nutricional (29).

La relación entre nivel de conocimientos y estado nutricional es explicada desde la perspectiva de Ramona Mercer quien propone que la madre desempeña su rol de cuidadora basada en un proceso de aprendizaje, ajuste y apoyo que no se desarrolla en aislamiento, sino dentro de un contexto social y cultural que puede facilitar o dificultar su desempeño (32).

En este sentido, el estado nutricional de los niños puede depender directamente del nivel de conocimiento, habilidades y recursos de las madres en relación con la alimentación complementaria. Si la madre tiene un bajo nivel educativo o poco acceso a información, es más probable que adopte prácticas de alimentación inadecuadas, contribuyendo a problemas como la desnutrición crónica o la talla baja (32).

Los resultados obtenidos en esta investigación a priori presentan una relación entre el nivel de conocimientos de las madres y el estado nutricional de sus hijos. En particular, se observó que para el caso de las madres que presentan un bajo nivel de conocimientos en alimentación complementaria, existe un porcentaje elevado de sus niños con desnutrición crónica. Este hecho puede explicarse porque los cuidadores con menor información tienden a tomar decisiones equivocas sobre las necesidades alimentarias de sus hijos.

Sin embargo, se observó una proporción elevada de niños cuyo diagnóstico nutricional es normal, a pesar que sus madres presentan bajo nivel de conocimientos. La explicación a estos hallazgos podría radicar en que la mayoría de los niños son beneficiarios de programa Cuna Mas, en donde reciben cuidados incluido una alimentación acorde a sus necesidades.

Teniendo en cuenta lo anterior, se afirma la asociación entre la desnutrición con el déficit de conocimientos, puesto que influyen directamente en la selección y combinación de los alimentos, así como en las características específicas de las comidas; Sin embargo, también podrían influir el contexto y las condiciones socioeconómicas al ser estas barreras de acceso a alimentos. Al respecto, estudios señalan que el conocimiento por sí solo no asegura un adecuado estado nutricional, ya que su aplicación puede verse afectada por diversos factores. Entre ellos, destacan

la situación económica, la disponibilidad de alimentos variados, el nivel educativo y las condiciones sanitarias dentro del hogar (67).

Del mismo modo, los resultados resaltan un grupo mínimo de madres cuyos cocimientos están en nivel medio y alto; aun así, sus niños tienen desnutrición; esta problemática podría explicarse desde las precarias condiciones económicas de la familia (frecuente en la región Cajamarca), que dificultan el acceso a alimentos con alto valor nutritivo; además la prevalencia de la lactancia materna por encima de la AC incluso más allá de los dos años; asimismo, la presencia de trastornos genéticos, incidencia de enfermedades principalmente IRAS y EDAS e incluso efectos adversos acarreados desde la gestación.

La relevancia de relacionar en el estudio el nivel de conocimientos y estado nutricional radica en que, el porcentaje de niños con un estado nutricional inadecuado disminuye de manera consistente a medida que aumenta el nivel de conocimiento de las madres. No obstante, aunque se encuentra una relación entre ambas variables no esta no es estadísticamente significativa lo cual se pudo comprobar mediante la aplicación de Rho de Spearman dando un valor de $p=0.337$ con un nivel de significancia del 5%.

Finalmente, los hallazgos del estudio evidenciaron la importancia de la educación en alimentación complementaria como una estrategia esencial para mejorar el estado nutricional de los niños en sus primeros años de vida. Sin embargo, los resultados encontrados contrastan los hallazgos de investigaciones previas que han demostrado que los conocimientos por sí solo no determinan el estado nutricional. Por lo tanto, es vital la realización de un análisis multivariado que permita cuantificar el impacto relativo de otros factores.

4.2. Conclusiones

El análisis de resultados permite llegar a las siguientes conclusiones:

- Una proporción equivalente a poco menos de la mitad de las madres evaluadas, posee un nivel bajo de conocimientos sobre alimentación complementaria, lo que influye de manera directa en el estado nutricional.

- La evaluación antropométrica de los niños revela que la cuarta parte presenta desnutrición crónica, superando el promedio nacional.

- El análisis estadístico mostró que no existe relación significativa entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y estado nutricional de niños entre 6 y 12 meses. Esto es evidenciado mediante el coeficiente de relación de Rho de Spearman con valor de 0,337.

4.3. Recomendaciones

- Las instituciones de salud deben implementar programas educativos continuos dirigidos a madres sobre alimentación complementaria teniendo como eje primordial el respeto hacia el contexto sociocultural de tal manera que las madreas se sientan estimuladas a mejorar sus conocimientos en la selección de alimentos adecuados y las técnicas de preparación.

- A las autoridades locales, gestionar y reevaluar los recursos educativos de promoción de la salud, a fin de poder adaptarlos al nivel de comprensión local y lograr su máximo aprovechamiento.

- Al personal de salud es preciso fomentar espacios de diálogo y participación donde las madres puedan compartir experiencias, resolver dudas y fortalecer sus conocimientos sobre prácticas alimentarias saludables para contribuir a mejorar el estado nutricional y el desarrollo integral de los niños en la etapa esencial del crecimiento.

- A los investigadores, realizar estudios con mayor especificidad que permita profundizar en los factores que influyen en los conocimientos maternos sobre su impacto en el estado nutricional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de inclusión social. El desarrollo infantil en el marco de la PNDIS. 2024.
2. Heckman JJ. Schools, Skills, and Synapses. Econ Inq. junio de 2008;46(3):289.
3. Proaño D. Fundación de Waal. 2021 [citado 29 de enero de 2025]. Desnutrición Crónica Infantil. Disponible en: https://fundaciondewaal.org/index.php/2021/10/07/una-cruzada-por-combatir-la-dci-en-ecuador/
4. INEI. Encuesta demográfica y de salud familiar 2022 [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1898/libro.pdf
5. Kostecka M, Jackowska I, Kostecka J. Factors Affecting Complementary Feeding of Infants. A Pilot Study Conducted after the Introduction of New Infant Feeding Guidelines in Poland. Nutrients. 28 de diciembre de 2020;13(1):61.
6. De Groot R, Gassmann F, Dietrich S, Timar E, Jaccoud F, Giuberti L, et al. Tendencias y factores determinantes de la alimentación de los niños y niñas entre 6 y 24 meses en América Latina y el Caribe [Internet]. Panamá: unicef; 2021 dic p. 1-3. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/media/30206/file/Tendencias-de-la%20alimentacion-en-ninos-pequenos-Regional.pdf
7. Fernández-Vegue MG. Alimentación complementaria. 9 de noviembre de 2028;2-22.
8. OMS. Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. 2021 [citado 29 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding
9. OMS. Malnutrición [Internet]. 2021 [citado 29 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition
10. Unicef. Nota de prensa. 2023 [citado 19 de enero de 2025]. Hambre, sobrepeso y obesidad en América Latina y el Caribe y la región, niveles mayores a la estimación mundial. Disponible en: https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/nuevo-informe-de-la-onu-432-millones-de-personas-sufren-hambre-en-america-latina
11. Unicef. Desnutricón infantil UNICEF. [citado 19 de enero de 2025]. Desnutrición infantil. Disponible en: https://www.unicef.es/causas/desnutricion-infantil

12. Caribe CE para AL y el. Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe [Internet]. Comisión Económica para América Latina y el Caribe; [citado 21 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe
13. FAO, IFAD, PAHO, WFP, UNICEF. América Latina y el Caribe - Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición 2023 [Internet]. Santiago: FAO; IFAD; PAHO; WFP; UNICEF; 2023 [citado 19 de enero de 2025]. 90 p. Disponible en: http://www.fao.org/documents/card/es/c/cc8514es
14. Banco Mundial. World Bank Open Data. [citado 19 de enero de 2025]. Gupo Banco Mundial | datos. Disponible en: https://data.worldbank.org
15. MINSA. Tableau Software. 2023 [citado 29 de agosto de 2023]. Tablero de indicadores de estado nutricional de niños menores de 5 años. Disponible en: https://public.tableau.com/views/Tablero_SIEN_16470222775020/SIEN?:embed=y&:showVizHome=no&:host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:embed_code_version=3&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate_transition=yes&:display_static_image=no&:display_spinner=no&:display_overlay=yes&:display_count=yes&:language=es-ES&publish=yes&:loadOrderID=0
16. Orbezo JJ. REDinforma - Repositorio digital. 2019 [citado 19 de enero de 2025]. REDinfoma | Mi Region. Disponible en: http://sdv.midis.gob.pe/RedInforma/Reporte/Reporte?id=17
17. Orbezo JJ. REDinforma - Repositorio digital. 2019 [citado 19 de enero de 2025]. REDinfoma | MIDIStrito. Disponible en: http://sdv.midis.gob.pe/RedInforma/Reporte/Reporte?id=18
18. ITPS. La importancia de la educación en nutrición para niños y adolescentes [Internet]. Instituto Tomas Pascual Sanz. 2018 [citado 29 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.institutotomaspascualsanz.com/la-importancia-de-la-educacion-en-nutricion-para-ninos-y-adolescentes/
19. Olalde A, Aguiñiga J, Gallegos P, Olivares L, Lajud N. Alimentación complementaria en lactantes y su relación con el estado nutricional. 2023;3(4):114-21.
20. Encalada J, Montoya Jaramillo V, Pardo E. Conocimiento materno sobre alimentación complementaria e influencia en el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses de Zamora. Revista Ocronos. 24 de agosto de 2023;VI:86.

21. Olvera Martínez AD. Asociación entre los conocimientos y prácticas maternas de alimentación complementaria con el estado nutricional de niños de 6 a 24 meses de edad [Internet] [pdf]. [Tijuana, Baja California]: Universidad Autónoma de Baja California; 2022. Disponible en: https://repositorioinstitucional.uabc.mx/server/api/core/bitstreams/932cfa3c-bf9a-4415-83b5-dfbe447aa915/content
22. Chaguay C. Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria en lactantes de 6 a 24 meses en un Centro de Salud Daule año 2021. 2022. 6 de abril de 2022;76.
23. Bravo A. Conocimientos sobre alimentación complementaria de madres de niños de 6 a 12 meses en Centro de Salud Pampa Grande. [Internet] [Cuantitativo]. [Tumbes]: Universidad Nacional de Tumbes; 2022. Disponible en: https://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/63633/TESIS%20-%20BRAVO%20ALBURQUEQUE.pdf?sequence=3&isAllowed=y
24. Dominguez Orneta LE, Falcon Macedo GJ. Conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses del centro de salud 9 de Octubre, 2021 [Internet] [pdf]. [Pucallpa]: Universidad Nacional de Ucayali; 2022. Disponible en: http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/5270/B3_2022_UNU_ENFERMERIA_2022_T_LUZ-DOMINGUEZ_GILSIA-FALCON.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Valentín Alvarado VV. Nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño entre 6 y 24 meses del C.S. San Sebastián 2020 [Internet] [pdf]. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Federico Villareal; Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/5181/UNFV_FMHU_Valentin_Alvarado_Valeria_Valentina_Titulo_profesional_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Frías F, Castillo P, Fiestas S. Nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad que asisten al consultorio de cred, en el establecimiento de Salud I-4 Tunal Piura, 2019 [Internet] [pdf]. [Callao]; 2020. Disponible en: http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/6868/TESIS%20FRIAS%20-%20FIESTAS%20-%20CASTILLO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

27. Calderón Y. Nivel de conocimiento en madres sobre la alimentación complementaria en niños menores de 1 año en el Centro De Salud - Huariaca 2020 [Internet] [pdf]. [Huancayo - Perú]: Universidad Peruana del Centro; Disponible en: https://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14127/242/TESIS%20%20YOSELYM%20CALDERON.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Pérez Cabrera L. Conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaría de madres con niños de 6 a 24 meses atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021 [Internet] [pdf]. [Chota - Perú]: Universidad Autónoma de Chota; Disponible en: http://www.repositorio.unach.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14142/231/INFORME%20FINAL%20DE%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Chávez Chávez MG. Nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional de niños de 6 a 12 meses. Hospital José soto Cadenillas. Chota 2022 [Internet]. Universidad Nacional de Cajamarca; Disponible en: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5513/TESIS%20FINAL%20GABY%2012-02-2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Chiclote A. Conocimiento y prácticas acerca de alimentación complementaria en las madres con niños de 6 a 12 meses atendidos en hospital general de atención celendín-2021 [Internet]. [Cajamarca-Perú]: Universidad Nacional de Cajamarca; Disponible en: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4791/ALICIA%20CHICLOTE%20MANTILLA.pdf?sequence=5&isAllowed=y
31. Rodriguez R, Cantero M. Albert Bandura: impacto en la educación de la teoría cognitiva social del aprendizaje. diciembre de 2020;(384):72-6.
32. Edith Ortiz-Félix R, Cárdenas-Villarreal VM, Flores-Peña Y. Modelo de rol materno en la alimentación del lactante: Teoría del rango medio. Index de Enfermería. septiembre de 2016;25(3):166-70.
33. Zambrano C, Pertuz V, Straccia D. Generación del conocimiento en empresas de seguridad y salud en el trabajo en Valledupar, Colombia. 2017;38(18):1.
34. Gallardo F. Ciencia, Razón y Fe. 2011 [citado 20 de enero de 2025]. Ciencia y religión: el realismo de Michael Polanyi. Disponible en: https://www.unav.edu/web/ciencia-razon-y-fe/el-realismo-de-michael-polanyi

35. Pérez-Fuillerat N, Solano-Ruiz MC, Amezcua M. Conocimiento tácito: características en la práctica enfermera. Gac Sanit. 5 de diciembre de 2019;33:191-6.
36. Valladares C, Lázaro M, Mauricio A. Guías alimentarias para niñas y niños menores de 2 años. [Internet]. Lima - Perú; 2021. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5492.pdf
37. Giraldi MP, Durán FDM. Alimentación complementaria en el lactante. 2015. XIX(4):260-7.
38. Flores S, Martínez G, Tounssait G, Amapola D, Copto A. Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. abril de 2006;63:12-144.
39. INS. Alimentación saludable. [citado 21 de febrero de 2024]. Inicio de la alimentación complementaria | Alimentación Saludable. Disponible en: https://alimentacionsaludable.ins.gob.pe/ninos-y-ninas/alimentacion-complementaria
40. INSTITUTO DYN. Instituto DYN. 2023 [citado 20 de enero de 2025]. Conoce la clasificación de los alimentos. Disponible en: https://institutodyn.com/la-clasificacion-de-los-alimentos/
41. Coronel C, Cinta M. La alimentación complementaria en el lactante. SEPEAP. mayo de 2007;XI(4):331-44.
42. Pavón P, Parra I, Aparicio M, Arroba M. Manual Práctico de nutrición pediatrica. 2007.
43. Porbén SS. Alimentación complementaria. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. 9 de mayo de 2022;31(2):12.
44. OMS. crecimiento infantil. [citado 20 de enero de 2025]. Crecimiento infantil. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/child-growth
45. Marugán J, Torres M, Alonso C, Redondo M. Valoración del estado nutricional | Pediatría integral [Internet]. Pediatria Integral. 2015 [citado 21 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-05/valoracion-del-estado-nutricional/
46. Camps AR, Llodrá JMR, Martínez RG. Valoración del estado nutricional. AEP. 2023;1:389-99.
47. MINSA. Norma Técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años [Internet]. 2017. Disponible en:

https://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/dais/ppan/normast/CRED.pdf

48. Ministerio de Salud. Resolución ministerial N° 034-2024-MINSA Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la niña y el niño de 0 a 11 años. 2024.
49. Ravasco P, Anderson H, Mardones F. Métodos de valoración del estado nutricional. Nutrición Hospitalaria. octubre de 2010;25:57-66.
50. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2007 [citado 20 de enero de 2025]. Nutrición de los Niños. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2007/11.%20lactancia%20y%20nutrici%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os/11.6%20nutrici%C3%B3n%20de%20los%20ni%C3%B1os.html
51. Desnutrición [Internet]. 2013 [citado 20 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.incap.int/index.php/es/desnutricion2
52. OMS. Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2024 [citado 20 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
53. González Hermida A, Vila Díaz J, Guerra Cabrera C, Quintero Rodríguez O, Dorta Figueredo M, Pacheco J. Estado nutricional en niños escolares. Valoración clínica, antropométrica y alimentaria. MediSur. abril de 2010;8(2):15-22.
54. CEPAL. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. Comisión Económica para América Latina y el Caribe; [citado 22 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.cepal.org/es/temas/agenda-2030-desarrollo-sostenible/objetivos-desarrollo-sostenible-ods
55. Zúñiga MFS, Holguín C, Mamián AM, Noguera MD. Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria en Latinoamérica: revisión narrativa. 2017;19(2).
56. Arias J. Diseño y metodología de la investigación. Pimera edición. junio de 2021;69-79.
57. Morales OB. Confidencialidad de la información. 2013 [citado 27 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/
58. Koepsell D, Ruiz M. Etica de la investigación [Internet]. Primera edición. México: Conacyt; 2015. 93-105 p. Disponible en: https://www.conbioetica-

mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Libro_Etica_de_la_Investigacion_gratuito.pdf

59. Dos Santos D. Autonomía, consentimiento y vulnerabilidad del participante de investigación clínica. 2017;25(1):19-29.
60. Lizaur ABP. Alimentación complementaria. Gaceta Médica de México. 2011;(5):39-45.
61. Forero T. Y, Acevedo R. MJ, Hernández M. JA, Morales S. GE, Forero T. Y, Acevedo R. MJ, et al. La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes. Revista chilena de pediatría. octubre de 2018;89(5):612-20.
62. Coloma JPV, Quintana KAC, Champutiz SBB. Factores asociados a los conocimiento y prácticas en lactancia materna y alimentación complementaria. Enfermería Investiga. 3 de julio de 2024;9(3):19-27.
63. Hofstede Gert. Culturas y organizaciones: el software de la mente: la cooperación intercultural y su importancia para la supervivencia. 3ª ed. New York;
64. Waterlow JC. Classification and definition of protein-calorie malnutrition. Br Med J. 2 de septiembre de 1972;3(5826):566-9.
65. de Onis M, Branca F. Childhood stunting: a global perspective. Matern Child Nutr. mayo de 2016;12 Suppl 1(Suppl 1):12-26.
66. Organización Panamericana de la Salud. Agua y Saneamiento [Internet]. 2021 [citado 29 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/agua-saneamiento
67. Pedraza DF. Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. Revista de Salud Pública. 2004;6(2):140-55.

ANEXOS

ANEXO 1

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo. Sr./Sra. ....., de ..... años de edad y con DNI Nº.....

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado y acepto participar y por ende responder las preguntas sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo. Asímismo, presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación titulado "**CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 6 Y 12 MESES, HUAMBOCANCHA BAJA, 2024**". He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos estrictamente conforme estipula la ley 29733, Ley de protección de datos personales. Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Cajamarca,….. de…….. de 2024

Firma del Participante

Huella del Participante

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS ENTRE 6 Y 12 MESES HUAMBOCANCHA BAJA, 2024.

PRESENTACIÓN

Buenos días, soy egresado de la carrera profesional de enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca mi nombre es; Jeiner Herrera Herrera, estoy realizando una investigación con el propósito de obtener información acerca "Conocimientos y sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud de Huambocancha Baja, 2024". Por lo tanto, solicito su colaboración contestando las preguntas que a continuación presento. Es necesario indicar que la información brindada será anónimas y confidenciales.

Instrucciones

Lea con atención las preguntas que a continuación se le presentan, tómese el tiempo que considere y luego marque con un aspa (X) la opción que considere correcta.

I. DATOS DE LA MADRE

1. **Edad:……..**
2. **Grado de instrucción**
   a) Primaria completa
   b) Primaria incompleta
   c) Secundaria completa
   d) Secundaria incompleta
   e) Superior completa
   f) Superior incompleta
3. **Ocupación:**

   Especifique: ……

4. **Estado Civil**
   a) Casada
   b) Soltera
   c) Conviviente
   d) Separada

e) Divorciada

5. **¿Cuántos hijos (as) tiene? ;……**

II. DATOS DEL NIÑO

6. **Edad: ……**
7. **Sexo**

a) Masculino b) Femenino

III. CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

A continuación, lea cada pregunta y luego con una ASPA (X). la respuesta que usted crea la más adecuada

1. ¿Qué es para usted la alimentación complementaria?

a. Es darle al niño leche materna y calditos
b. Es darle al niño otros alimentos aparte de la leche materna
c. Es darle al niño leche materna y otro tipo de leches
d. Es darle al niño solo comida de la olla familiar
e. Desconoce

2. La alimentación complementaria es beneficiosa para el niño porque:

a. No contribuye a su desarrollo y no previene la anemia
b. Solamente lo ayuda a crecer y no ganar talla
c. Brinda vitaminas y minerales, pero no disminuye el riesgo de enfermarse.
d. Favorece el desarrollo físico, psicológico y disminuye la probabilidad de contraer enfermedades.
e. Desconoce

3. ¿A qué edad se debe iniciar la alimentación complementaria en el niño?

a. 4 meses
b. 5 meses.
c. 6 meses.
d. 7 meses
e. Desconoce

4. ¿Qué tipo comidas debe comer el niño al inicio de la alimentación complementarias?

a. Sopas y calditos
b. Pures y papillas
c. Caldos y jugos

d. Jugos y alimentos picados
e. Desconoce

5. **El inicio de la alimentación complementaria posterior a los 6 meses puede causar:**
   a. Problemas en el habla y para caminar.
   b. Desnutrición, anemia y déficit en el desarrollo.
   c. Problemas de comportamiento
   d. Problemas gastrointestinales y retraso del desarrollo.
   e. Desconoce
6. **¿Cómo debe ser la consistencia de los alimentos que debe comer un niño de 6 a 8 meses?**
   a. Alimentos aplastados tipo puré o papilla
   b. Alimentos triturados y picados en trozos pequeños.
   c. Alimentos picados en trozos grandes.
   d. Alimentos que consumen todos los integrantes de la familia
   e. Desconoce
7. **¿Cómo debe ser la consistencia de los alimentos que debe comer un niño de 9 a 11 meses?**
   a. Alimentos aplastados tipo puré o papilla
   b. Alimentos triturados y picados en trozos pequeños.
   c. Alimentos picados en trozos grandes.
   d. Alimentos que consumen todos los integrantes de la familia
   e. Desconoce
8. **¿Cómo debe ser la consistencia de los alimentos que debe comer un niño mayor de 1 año?**
   a. Alimentos aplastados tipo puré o papilla
   b. Alimentos triturados y picados en trozos pequeños.
   c. Alimentos picados en trozos grandes.
   d. Alimentos que consumen todos los integrantes de la familia
   e. Desconoce
9. **¿Qué cantidad de alimentos debe comer un niño de 6 a 8 meses?**
   a. 1 a 3 cucharadas
   b. 3 a 5 cucharadas
   c. 5 a 7 cucharadas

d. 7 a 10 cucharadas

e. Desconoce

10. ¿Qué cantidad de alimentos debe comer un niño de 9 a 11 meses?

a. 1 a 3 cucharadas

b. 3 a 5 cucharadas

c. 5 a 7 cucharadas

d. 7 a 10 cucharadas

e. Desconoce

11. ¿Qué cantidad de alimentos debe comer un niño de 12 meses?

a. 1 a 3 cucharadas

b. 3 a 5 cucharadas

c. 5 a 7 cucharadas

d. 7 a 10 cucharadas

e. Desconoce

12. ¿Cuántas veces al día debe comer un niño (a) de 6 a 8 meses?

a. 3 comidas al día (desayuno, almuerzo y cena)

b. 4 comidas al día (desayuno, refrigerio, almuerzo y cena)

c. 5 comidas al día (desayuno, refrigerio, almuerzo, refrigerio y cena)

d. El niño debe comer las veces que él pida.

e. Desconoce

13. ¿Cuántas veces al día debe comer un niño (a) de 9 a 11 meses?

a. 3 comidas al día (desayuno, almuerzo y cena)

b. 4 comidas al día (desayuno, refrigerio, almuerzo y cena)

c. 5 comidas al día (desayuno, refrigerio, almuerzo, refrigerio y cena)

d. El niño debe comer las veces que él pida.

e. Desconoce

14. ¿Cuántas veces al día debe comer un niño (a) de 1 año?

a. 3 comidas al día (desayuno, almuerzo y cena)

b. 4 comidas al día (desayuno, refrigerio, almuerzo y cena)

c. 5 comidas al día (desayuno, refrigerio, almuerzo, refrigerio y cena)

d. El niño debe comer las veces que él pida.

e. Desconoce

15. ¿Cuáles de los siguientes alimentos son ricos en hierro?

a. Trigo, arroz, papa, maíz
b. Lenteja, pescado, hígado, Sangrecita
c. Manzana, Plátano, naranja, Uva
d. Huevos, Leche, queso, yogurt
e. Desconoce

16. ¿Cuáles de los siguientes alimentos protegen de las enfermedades a su niño (a)?

a. Plátano, fresa, lechuga, zanahoria
b. Pollo, Pescado, papa, trigo
c. Leche, huevos, hígado, arveja
d. Arroz, maíz, lenteja, frejol
e. Desconoce

17. ¿Cuáles son los alimentos que proporcionan fuerza y energía al niño (a)?

a. Leche, huevos, hígado, arveja
b. Lechuga, zanahoria, plátano, mandarina
c. Camote, Trigo, papa, maíz
d. Sangrecita, huevos, pollo, lenteja
e. Desconoce

18. ¿Cuáles son los alimentos que ayudan al crecimiento del niño (a)?

a. Betarraga, tomate, sandía, fresa
b. Plátano, mandarina, maíz, avena
c. Trigo, arroz, zanahoria, lechuga
d. Cuy, pescado, huevos, lenteja
e. Desconoce

ANEXO 3

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE NIÑOS ENTRE 6 Y 12 MESES HUAMBOCANCHA BAJA, 2024.

N°	SEXO		Edad actual	ANTROPOMETRÍA	
	M	F		PESO	TALLA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

ANEXO 4

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,810	20

Jeiner Herrera Herrera

TESIS - HERRERA HERRERA JEINER[1].docx

My Files
My Files
Universidad Nacional de Cajamarca

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::3117:470249259

Fecha de entrega
27 jun 2025, 3:25 p.m. GMT-5

Fecha de descarga
27 jun 2025, 3:55 p.m. GMT-5

Nombre de archivo
TESIS - HERRERA HERRERA JEINER[1].docx

Tamaño de archivo
262.6 KB

69 Páginas

15.957 Palabras

89.504 Caracteres

turnitin Página 1 of 75 - Portada Identificador de la entrega trn:oid:::3117:470249259

8% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

6% Fuentes de Internet
4% Publicaciones
6% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

6% Fuentes de Internet
4% Publicaciones
6% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	
hdl.handle.net		<1%
2	Internet	
repositorio.unap.edu.pe		<1%
3	Trabajos entregados	
Universidad Andina del Cusco on 2025-06-09		<1%
4	Internet	
repositorio.unsch.edu.pe		<1%
5	Trabajos entregados	
uncedu on 2024-10-01		<1%
6	Trabajos entregados	
uncedu on 2025-01-12		<1%
7	Internet	
repositorio.unasam.edu.pe		<1%
8	Trabajos entregados	
uncedu on 2025-02-05		<1%
9	Publicación	
Chávez Molina, Lidz Pamela. "Factores Que Influyen en la Disminución de Anemia...		<1%
10	Internet	
repositorio.udh.edu.pe		<1%
11	Trabajos entregados	
uncedu on 2024-02-21		<1%