

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEDE – CHOTA

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES EN
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA. HOSPITAL TITO VILLAR
CABEZA. BAMBAMARCA, 2014”

PRESENTADO POR:

Bach. Enf. Castro Barboza Jhessika Leidydiana

ASESORA: Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

CO - ASESORA: MCs. Rosa Chávez Farro

CHOTA – PERÚ

2014

JURADO EVALUADOR

PRESIDENTA : Dra. Norma Bertha Campos Chávez.

SECRETARIA : Dra. Martha Vicenta Abanto Villar.

VOCAL : M. Cs. María Eloísa Maribel Pérez.

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida y la fuerza para lograr mis metas. A mi padre Wilvian Castro Vásquez a mi madre Clemira Barboza Gáyozo y a mí querido esposo Wilder por su apoyo moral y económico para lograr mi meta de ser profesional.

A mis hermanos que me brindaron su apoyo y a una amiga especial por su amistad, respeto y comprensión. Y aquellos amigos y familiares por el apoyo moral y su verdadera amistad en los momentos difíciles de la vida.

Jhessika Leidydiana

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios, por ser fuente de iluminación y sabiduría, quien me guía por el camino del bien, por darme la vida, salud y espíritu de perseverancia, fuerzas para seguir adelante, y por permitirme llevar a cabo esta investigación.

A mis padres y hermanos, demás familiares y amigos por su apoyo desinteresado tanto económico y moral que me permitieron culminar con éxito mi carrera profesional.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, por acogerme en sus aulas y permitirme formar parte de la gran familia universitaria, así mismo por incentivar a seguir superándome. A la Escuela Académico Profesional de Enfermería Sede - Chota, lugar donde recibimos conocimientos científicos y me ha permitido tener una visión amplia de superación, competitividad profesional y calidad humana, mediante los valiosos aportes y dedicación esmerada de su honorable plana docente.

Un agradecimiento muy especial a mi asesora, a la Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez y a mi coa asesora Mcs. Rosa Ricardina Chávez Farropor su apoyo perseverante, valiosos aportes técnicos y científicos, por su orientación y sugerencias que hicieron posible la formulación y el desarrollo de la presente investigación, llegando a resultados objetivos y por hacer una importante fase de aprendizaje para mi como investigadora.

Al Director del hospital "Tito Villar Cabeza" Bambamarca, así como a la Jefa de enfermería. Y de forma especial a las participantes del estudio quienes con su participación hicieron realidad la ejecución del presente trabajo de investigación.

RESUMEN

La investigación: "Conocimiento y Prácticas de las Madres en Alimentación Complementaria. Hospital Tito Villar Cabeza. Bambamarca 2014" tuvo como objetivo describir y analizar el conocimiento y las prácticas de las madres en alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del Hospital "Tito Villar Cabeza" de Bambamarca. Fue de tipo descriptivo y de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 142 madres, para la recolección de información se utilizó un cuestionario con 28 preguntas.

Entre los principales resultados el 62 % de las madres tienen entre 19-35 años, y el 8,5% tienen menos de 18 años. Se ha encontrado porcentajes similares entre las madres con primaria incompleta y secundaria incompleta (23,9% y 23,2%). El 39,4% de las madres tienen 3 a más hijos y 28,2 % tienen 2 hijos. El 50%, son convivientes. El 69,7% son amas. En el ingreso económico, el 51,4% reciben menos de un sueldo mínimo y el 48,6% reciben más de 750 nuevos soles mensuales. Las madres en su mayoría conoce sobre alimentación complementaria (91,5 %) y el 84,5% tienen prácticas adecuadas en la alimentación complementaria, y el 15,5% tienen prácticas inadecuadas.

PALABRAS CLAVES: Alimentación complementaria, madre, ✓
conocimiento y prácticas.

ABSTRACT

Research: "Knowledge and Practices of Mother son Complementary Feeding. Villar Tito Head Hospital. Bambamarca2014" aimed to describe and analyze the knowledge and practices of complementary feeding mothers of children aged 6 to 24 months attending the clinic for growth and development of the Hospital" Tito Villar Head "Bambamarca. It was descriptive and cross-sectional sample consisted of 142 mothers, for data collection a questionnaire with 28 questions was used. The main results 62% of mothers are between 19-35 years, and 8.5% are under 18 years. We found similar percentages among mothers with incomplete primary and incomplete secondary (23.9% and 23.2%). 39.4% of mothers have 3 or more children and 28.2% have 2 children. 50% are cohabiting. The 69.7% are housewives. In the income, 51.4% receive less than minimum wage and 48.6% are over 750 soles per month. Mothers mostly known for complementary feeding (91.5%) and 84.5% had adequate complementary feeding practices, and 15.5% had inadequate practices.

KEYWORDS: Complementary feeding, mother, knowledge and practices.

INTRODUCCIÓN

Sabemos que actualmente la población peruana presenta graves problemas de salud relacionados a la nutrición, en el caso de la desnutrición crónica infantil, esta afecta en un 25,4 % en la población en niños menores de cinco años. Por lo tanto la alimentación y nutrición condicionan en forma importante en el crecimiento y desarrollo del ser vivo. Por ello el momento oportuno para iniciar la alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica. La alimentación complementaria es un paso importante para el futuro estado nutricional del niño, y como futuras profesionales debemos reconocer que para el adecuado desarrollo de esta práctica se entremezclan diversos factores como el acceso a alimentos saludables, el estado de salud previo del niño, los hábitos alimentarios de la familia, el conocimiento y la práctica que tiene la madre acerca de la alimentación complementaria, entre otros.

El estudio tiene como objetivo describir y analizar los conocimientos y prácticas que tienen las madres sobre alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Tito Villar Cabeza de Bambamarca. La muestra estuvo constituida por 142 madres y se usó el instrumentó de Cárdenas, N (2009) y Galindo, D. (2011). Como conclusión final tenemos que la mayoría de las madres participantes conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria.

Estructuralmente el trabajo de investigación consta de 5 capítulos.

En el **CAPÍTULO I**: se presenta: definición, delimitación, formulación y justificación del problema de investigación; además, se precisa los objetivos tanto generales como específicos.

En el **CAPÍTULO II**: se citan los antecedentes sobre el tema, fundamentación teórica así como las variables.

En el **CAPÍTULO III** se aborda: tipo y área de estudio, población y muestra, procesamiento para la recolección de datos, técnica e instrumentos de recolección de datos, prueba piloto, procesamiento y análisis de datos, así como las consideraciones éticas correspondientes.

En el **CAPÍTULO IV** se muestran los resultados en tablas simples, su análisis y la discusión teniendo en cuenta las teorías y antecedentes citados relacionados con el tema de investigación, finalmente se presentan las conclusiones así como algunas sugerencias, bibliografía y anexos.

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 Definición y delimitación del problema.	11
1.2 Formulación del problema.	15
1.3 Objetivos	15
1.4 Justificación	16

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes sobre el Tema	18
2.2 Fundamentación Teórica.	20
2.2.1 Conocimiento.	20
2.2.2 Alimentación complementaria	24
2.2.3 Prácticas de la alimentación complementaria	38
2.3 Operacionalización de las variables	44

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Estudio	48
3.2 Área de Estudio	48
3.3 Población y Muestra	49

3.4 Procedimiento Para La Recolección De Información	50
3.5 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	51
3.6 Prueba Piloto	52
3.7 Procesamiento y Análisis de Datos	52
3.8 Consideraciones Éticas y Rigor Científico	53

CAPITULO IV

RESULTADOS, INTERPRETACION ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	55
---	----

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES	66
SUGERENCIAS	67
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	74

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

GALINDO, D. (2011), refiere que la alimentación complementaria, es aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin estimularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con el objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de seis meses de edad. El momento oportuno para introducir alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica. Por ello, es importante que la introducción de otros alimentos aporte aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad. La alimentación de la población, está influenciada, por muchos factores entre ellos el acceso a los alimentos, a los recursos para obtenerlos, a la zona geográfica donde vive el individuo, esta situación marca nuestras costumbres alimenticias que se relacionan con nuestro estado de salud como adultos.

Existen un conjunto de creencias en Bambamarca acerca de alimentación complementaria como:

- El niño debe empezar comiendo calditos, agüitas.
- Los caldos nutren más que la comida espesa
- El agua de betarraga mejora la sangre del niño.
- Alimentar al niño antes de los seis meses es mejor para su nutrición.

Estas creencias pueden influir negativamente en la alimentación complementaria del niño provocando desnutrición o problemas diarreicos e incluso podemos encontrar madres reacias a cambiar esas creencias requiriéndose de un trabajo prolongado de consejería con la madre.

Profundamente arraigadas en nuestra cultura, que interfieren en el momento del inicio y la continuidad de la alimentación complementaria, así como en la alimentación posterior, al respecto **MINSA (2007)**, señala que el momento oportuno para iniciar la alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica. Por tal motivo se hace necesaria la introducción de otros alimentos que aporten aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad.

Sobre el mismo punto la **OMS (2009)**, recomienda que los lactantes debe recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 y los 8 meses, y después, entre los 9 a 11 meses y los 12 a 24 meses, unas tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee.

Cuando las mujeres son madres por primera vez tienen algún conocimiento referente a la alimentación de los niños influenciado por el entorno familiar, es aquí cuando suelen aparecer las prácticas inadecuadas de alimentación: los alimentos introducidos a los niños durante la alimentación complementaria son poco variados, consistencia inadecuada, además de condiciones higiénicas deficientes; teniendo como consecuencia la aparición de Enfermedad Diarreica infantil y parasitosis y finalmente desnutrición que merma su crecimiento y desarrollo posterior. Cuando el niño empieza a bajar de peso, muchas veces el motivo es el bajo nivel de conocimiento y las inadecuadas prácticas de la madre en la introducción de alimentos en la dieta del niño; en este sentido **ENDES (2012)**, informa que los porcentajes de malnutrición y otras deficiencias nutricionales empiezan a incrementarse en el periodo comprendido entre los 6 meses y 2 años, lapso que comprende la alimentación complementaria.

El conocimiento de la madre acerca del cuidado de la alimentación del niño tiene que ver frecuentemente con la influencia externa, ya sea medios de comunicación, información del personal de salud, hábitos y creencias recibidos de la familia, etc. Y el hecho de que la madre conozca o desconozca sobre como iniciar, que alimentos brindar, su frecuencia, o consistencia tiene mucha relación en sus prácticas adecuadas o inadecuadas para alimentar al niño.

Por su parte **UNICEF (2012)**, indica que en el Perú, la desnutrición crónica, es más frecuente en niños entre 8 y 24 meses de edad, y es consecuencia de problemas de destete inadecuado así como de prácticas inapropiadas de alimentación complementaria.

El conocimiento de la madre de como iniciar y continuar con una adecuada alimentación complementaria, se relaciona directamente con el estado de salud del niño, ya que si está mal alimentado puede desnutrirse y enfermar, y si existe higiene deficiente, y mal saneamiento intradomiciliario, el niño puede adquirir enfermedades tan comunes y peligrosas como las diarreas que pueden ser causa y consecuencia de desnutrición **al respecto el ASIS de la Red de Salud Bambamarca (2012)**, refiere que las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) continúan siendo el principal problema de salud pública en los niños menores de cinco años, por el efecto negativo que tienen sobre el estado nutricional en los niños menores de 5 años.

ZVALETA, J. (2013), menciona que en la práctica de alimentación complementaria un buen porcentaje de madres inician la alimentación con alimentos líquidos y semisólidos antes de los seis meses así como existen madres en menor proporción que opinan que la edad de introducción es entre los 7 u 8 meses de edad. Sobre la preparación con que inician la alimentación, un buen porcentaje responde que lo hace con

“las sopitas y cremas” especialmente en la selva. el promedio de meses para recomendar la introducción de líquidos y semisólidos era de 4 meses, y con una mayor restricción de alimentos, dándole mayor importancia al empleo de calditos y sopas para iniciar la alimentación complementaria.

La manifestación más evidente de las prácticas inadecuadas de la alimentación complementaria son problemas de crecimiento es decir, estos niños se transforman en personas de baja estatura en relación con su edad. Sin embargo, las consecuencias negativas pueden incluir retardos psicomotores y cognoscitivos, con dificultades en el aprendizaje, el lenguaje, la percepción del mundo, el rendimiento escolar, la productividad en la vida adulta, el control emocional y la adaptación social al medio.

Siendo la alimentación complementaria la introducción de alimentos líquidos o sólidos que acompañan a la lactancia materna o artificial. Es fundamental el conocimiento de la madre acerca que alimentos brindar a su niño, su preparación y frecuencia son básicas, el conocimiento le permite tomar nuevas direcciones y decisiones, evaluar las necesidades del niño para asegurar una óptima alimentación. Es importante especificar que tanto el conocimiento como las prácticas deben formar una sólida unidad, no es suficiente que la madre conozca si no que ponga en práctica lo que conoce, para lo cual es importante una buena orientación del personal de salud.

Por lo expuesto podemos evidenciar que esta realidad afecta al niño menor de dos años y no habiendo estudios relacionados del tema, en el Distrito de Bambamarca, como investigadora se cree que el presente estudio debe tener visión amplia para valorar lo imprescindible que es la alimentación complementaria en el desarrollo del niño, se considera importante realizar el presente estudio a fin de que permita formular estrategias orientadas a promover en las madres la adopción de una

cultura preventiva e incrementar su conocimiento y prácticas sobre la alimentación complementaria a fin de contribuir en la calidad de vida del niño disminuyendo el riesgo a enfermedades carenciales, por tanto se plantea la siguiente interrogante:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el conocimiento y las prácticas de las madres en alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del Hospital "Tito Villar Cabeza" Bambamarca, 2014?

1.3 OBJETIVO

Objetivo General:

- Describir y analizar el conocimiento y las prácticas de las madres en alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del Hospital "Tito Villar Cabeza" Bambamarca 2014.

Objetivos Específicos

- Caracterizar social y económicamente a las madres que brindan alimentación complementaria a sus niños de 6 a 24 meses que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del Hospital "Tito Villar Cabeza" Bambamarca, 2014.
- Describir el conocimiento de las madres en alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del Hospital "Tito Villar Cabeza" Bambamarca, 2014.

- Describir las prácticas de las madres en alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del Hospital "Tito Villar Cabeza" Bambamarca, 2014.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El Perú es un país en desarrollo y uno de los principales problemas de salud es la desnutrición del niño menor de cinco años, problema que aparece mayormente cuando el niño debe iniciar a comer alimentos aparte de la leche materna; es importante y necesario identificar el conocimiento y prácticas de las madres sobre la alimentación complementaria para contribuir a buscar una solución a este problema nutricional.

El presente estudio de investigación, pretende identificar el conocimiento y prácticas que tienen las madres en alimentación complementaria, ya que está no solo está relacionada con los alimentos que se brinda al niño si no también el cómo, el cuándo, quien y donde se alimenta, además tiene la finalidad de conocer si sus prácticas son adecuadas o inadecuadas y así tomar medidas preventivas para el niño y disminuir el riesgo de desnutrición.

Los resultados de la investigación contribuirán para que los profesionales de enfermería que laboran en el área niño del Hospital nivel II-I de Bambamarca potencien la orientación y consejería de la madre mediante actividades interactivas destinadas a incrementar el conocimiento y mejorar las prácticas en la alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses., teniendo en cuenta los valores culturales, la condición social y otros, lo cual contribuirá al crecimiento y desarrollo saludable del niño. Además implementen un programa de seguimiento a madres de niños menores de seis meses.

Los hallazgos del presente estudio será importante para el docente del Área Materno Infantil de la Universidad de Cajamarca. Sede-Chota, ya que pueden basar el proceso de enseñanza aprendizaje de los estudiantes en resultados objetivos extraídos de la realidad, proponiendo actividades educativas intra y extramurales para promover el conocimiento y las prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria.

Finalmente, se espera que el presente trabajo de investigación, sirva como una base de datos y/o guía del personal de salud y para estudiantes de salud que deseen profundizar sus conocimientos sobre el tema.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA

BENÍTEZ, J.(2007),en el estudio titulado “Relación que existe entre el nivel de conocimientos dela madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja, enero 2007”en Lima-Perú. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 50 madres, la técnica fue la entrevista y el instrumento un cuestionario. Las conclusiones a las que llegó, entre otras fueron: “El nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria mayoritariamente fluctúa entre medio y alto, siendo el nivel bajo el de menor porcentaje”.

BARBA, H. (2008), en la pesquisa sobre “Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza en Lima – Perú. Las conclusiones fueron que las características de la alimentación son adecuadas para la mayoría de niños de 6 meses a 1 año, teniendo como condiciones favorables la cantidad de la alimentación y las prácticas de higiene que realiza la madre o cuidadora durante la alimentación del niño.

SÁENZ, M. Y CAMACHO, Á.(2007), realizaron un estudio sobre “Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá” de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. El método fue descriptivo, tipo cualitativo y cuantitativo. Entre sus conclusiones tenemos: “El 98 % de los niños recibió leche materna y en la mayoría de casos, 75% se reconocieron los beneficios de esta tanto para

la madre como para el niño. Solo el 21 % finalizó la lactancia antes de los 6 meses, edad mínima recomendada por la OMS. El 40 % de las madres mantienen la lactancia a los 12 meses”.

CÁRDENAS, N. (2009), en la investigación “Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud de Santa Anita” en Lima – Perú, se encontró que las madres primíparas tienen en su mayoría un nivel de conocimientos medio y realizan prácticas desfavorables sobre la alimentación complementaria, existente relación entre la consistencia de los alimentos y la higiene; y también entre la edad de inicio, el entorno durante la alimentación y la combinación de alimentos.

GALINDO, D. (2011), en el estudio “Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud “Nueva Esperanza”, en Lima – Perú, las conclusiones son: del 100%, 55% de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% desconocen. En cuanto a las prácticas 61% tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% tienen prácticas inadecuadas. La mayoría de las madres que acuden al centro de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria.

ZVALETA, S. (2012), en la pesquisa “Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el P.S. Cono norte 1er Trimestre” en Tacna – Perú. Las conclusiones fueron: las madres tienen un nivel bueno de conocimientos sobre alimentación complementaria, por otro lado el mayor porcentaje de niños lactantes menores tiene un estado nutricional de normal o eutrófico, si existe una

relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses.

RODRIGUEZ, D. y SÁNCHEZ, Y. (2013), en la investigación denominada “Características socioeconómicas de la familia y alimentación complementaria en niños menores de 2 años. Puesto de Salud de Chuyabamba - Chota 2013” en Perú, encontraron que: en relación a la alimentación complementaria que recibe el niño menor de 2 años, el 63,3% recibe alimentación complementaria inadecuada, y el 36,7% la alimentación complementaria es adecuada.

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1 CONOCIMIENTO

2.2.1.1. DEFINICIONES

SALAS, M. (2009), “el conocimiento es un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica”.

SALAZAR, A. (1988), desde el punto de vista filosófico lo define como el acto y contenido, dice que el conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho u objeto; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer, al producto de la operación mental de conocer, este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como: conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico.

KANT, I. (2004), en su teoría de conocimiento refiere que se está determinando por la intuición sensible y los conceptos, distinguiéndose dos tipos de conocimiento, el puro o priori que se desarrolla antes de la experiencia y el empírico el cual es elaborado después de la experiencia. De lo expuesto se puede considerar que el conocimiento, es la adquisición de conceptos por medio de la educación formal, e informal mediante el ejercicio de las facultades intelectuales.

2.2.1.2 TIPOS DE CONOCIMIENTO:

Según **BUNGE, M. (1988)**, el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros precisos ordenados, vago inexacto clasificándole en:

Conocimiento Vulgar: Los conocimientos se adquieren en forma espontánea o natural, están estrechamente vinculados con los impulsos más elementales del hombre, sus intereses y sentimientos y por lo general se refieren a problemas inmediatos que la vida le plantea. El sujeto trabaja con intuiciones vagas y razonamientos no sistemáticos, ganados un poco al azar. La organización metódica y sistemática del conocimiento permite pasar del saber vulgar al científico.

Conocimiento Científico: se caracteriza por ser selectivo, metódico y sistemático, se basa constantemente en la experiencia y busca explicar racionalmente los fenómenos. Lo cual le da un carácter riguroso y objetivo, y hace que el, sin perder su esencia teórica, sea eficaz instrumento de dominio de la realidad. La ciencia es un saber que se apoya en observaciones metódicas en procesos racionales Claramente definidos, precisos y ordenados. En este aspecto el conocimiento filosófico es exactamente igual al científico, con la diferencia que aborda problemas más difíciles de resolver, objetos

más huidizos a la captación y además aplica permanentemente la crítica a sus propios métodos y principios.

Conocimiento de Filosófico:

LEON, O. y MONTERO, I. (2003), esclarece el trabajo de las ciencias y describe su fundamento de verdad; pone además a prueba todas las certezas y nos instruye sobre los alcances de nuestro saber. Se caracteriza por ser eminentemente problemático y crítico, incondicionado y de alcance universal, cuyos temas de investigación van más allá de la experiencia; ganando así un nivel superior de racionalidad gracias a la cual el hombre intenta dar una explicación integral del mundo y de la vida.

2.2.1.3 FORMAS DE ADQUIRIR EL CONOCIMIENTO

Para **RODRIGUEZ, F. (1998)**, las actividades irán cambiando a medida que aumentan los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, esto unido a la importancia que se le da a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través de 2 formas:

- **Lo informal**: Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud – enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.
- **Lo formal**: Es aquello que se imparte en las instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

Existen diversas fuentes del conocimiento como la realidad exterior que circunda al hombre que actúa sobre él y a su vez el hombre no solo percibe los objetos y fenómenos del mundo sino influye activamente sobre ellos transformándolas.

2.2.1.4 LOS TRES NIVELES DEL CONOCIMIENTO.

Según **RODRIGUEZ,F. (1998)**,el ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles, sensible, conceptual y holístico. El conocimiento sensible consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista, gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano. Los animales han desarrollado poderosamente el olfato y el tacto.

En segundo lugar, tenemos el conocimiento conceptual, que representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento sensible es singular y el conceptual universal. Por ejemplo, puedo ver y mantener la imagen de mi padre; esto es conocimiento sensible, singular. Pero además, puedo tener el concepto de padre, que abarca a todos los padres; es universal. El concepto de padre ya no tiene color o dimensiones; es abstracto. La imagen de padre es singular, y representa a una persona con dimensiones y figura concretas. En cambio el concepto de padre es universal (padre es el ser que da vida a otro ser). La imagen de padre sólo se aplica al que tengo en frente. En cambio, el concepto de padre se aplica a todos los padres. Por esto decimos que la imagen es singular y el concepto es universal.

En tercer lugar tenemos el conocimiento holístico (también llamado intuitivo, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra intuición se ha utilizado hasta para hablar de premoniciones y corazonadas). En este nivel tampoco hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento conceptual. Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio

contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (holos significa totalidad en griego). La principal diferencia entre el conocimiento holístico y conceptual reside en las estructuras. El primero carece de estructuras, o por lo menos, tiende a prescindir de ellas. El concepto, en cambio, es un conocimiento estructurado. Debido a esto, lo percibido a nivel intuitivo no se puede definir, (definir es delimitar), se capta como un elemento de una totalidad, se tiene una vivencia de una presencia, pero sin poder expresarla adecuadamente. Aquí está también la raíz de la dificultad para dar ejemplos concretos de este conocimiento. Intuir un valor, por ejemplo, es tener la vivencia o presencia de ese valor y apreciarlo como tal, pero con una escasa probabilidad de poder expresarla y comunicarla a los demás.

2.2.2 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Según **MINSA, (2004)**, de acuerdo a los Lineamientos de Nutrición Materno –Infantil edad a partir de los 6 meses el niño debe iniciar la alimentación complementaria, incluyendo alimentos semisólidos (papillas, mazamorras, purés) e ir modificándolos ofreciendo alimentos aplastados, triturados y luego picados hasta que se incorpore en la alimentación familiar

Según **ZVALETA, J. (2013)**, la alimentación complementaria es aquella que complementa como una unidad de la lactancia materna sin desplazarla como cualquier alimento líquido o sólido provisto al niño pequeño junto con la lactancia materna a partir de los seis meses, el niño o la niña además de continuar con la lactancia materna necesita iniciar con la alimentación complementaria, cuando el niño empieza a comer otros alimentos diferentes a la

leche materna es necesario tener mucha paciencia, no forzarlo, ni causarlo el momento debe ser tranquilo y lleno de cariño.

2.2.2.1 INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

ZVALETA, J. (2013), refiere que el rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente es entre los 6 y 24 meses de edad. Tiempo que a veces no se cumple pues nuestra realidad es otra la mayoría de las madres empieza en forma tardía la alimentación complementaria.

2.2.2.2 TIEMPO QUE DURA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

Según **ZVALETA, J. (2013)**, Comienza a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y se aumenta la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna, este proceso se lleva a cabo hasta los veinticuatro meses de edad.

2.2.2.3 IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

Conforme los niños(as) crecen, se vuelven más activos y la lactancia materna resulta insuficiente para cubrir sus necesidades nutricionales. En este momento resulta necesario introducir alimentos adicionales a la leche materna. A este proceso se le denomina alimentación complementaria, el cual se inicia a los 6 meses y finaliza alrededor de los dos años de edad, que es cuando la alimentación con leche materna es reemplazada totalmente por los alimentos de la olla familiar. La diferencia entre la cantidad de energía y nutrientes que una niña o niño necesita y la cantidad que proviene de la leche materna se denomina brecha de energía y nutrientes (**MINSA, 2004**).

2.2.2.4 BENEFICIOS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

Los beneficios físicos para el niño son un mejor desarrollo y crecimiento en sus valores ponderales principalmente de peso y talla, además de un buen desarrollo cerebral, para evitar retrasos en el desarrollo psicomotor. En el aspecto Psicológico se genera un vínculo madre - niño de mayor seguridad y confianza para el niño. El beneficio económico de la promoción de la alimentación complementaria es la disminución de la posibilidad de presentar enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias. **(MINSA, 2009).**

2.2.2.5. LOS ALIMENTOS DURANTE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA según MINSA (2004).

a) CLASIFICACIÓN DE LOS ALIMENTOS.

Los alimentos se pueden clasificar de muchas formas, por su contenido de nutrientes, por la función que desempeñan en el organismo y por grupos (agrupados por características nutritivas y físicas similares).

❖ Según el Contenido de Nutriente:

Macronutrientes. Son aquellas sustancias que se ingieren en cantidades significativas como: proteínas, carbohidratos y lípidos o grasas.

Micronutrientes Sustancias que se consumen en cantidades muy pequeñas como: vitaminas y minerales.

❖ Según Función que Desempeñan en el Organismo:

Alimentos que dan fuerza, energéticos o calóricos:

Son aquellos que nos dan la energía y vigor necesario para realizar distintas actividades. Son el combustible del organismo. Los alimentos energéticos son ricos en dos macronutrientes; carbohidratos y grasas.

Los alimentos que nos proporcionan energía son:

- **Tubérculos:** papa, chuño, yuca, camote, olluco, mashua, etc.
- **Cereales:** avena, arroz, cebada, quinua, trigo, kiwicha, maíz, morón, etc.
- **Azúcares:** chancaca, miel, azúcar blanca, rubia, etc.
- **Aceites Y Grasas:** mantequilla.

Alimentos que ayudan a crecer, estructurales, constructores, formadores o reparadores: Son los que intervienen en el crecimiento, ayudan a reconstruir ya reparar los tejidos dañados de nuestro cuerpo para el mantenimiento de la vida. Los alimentos de este grupo contienen principalmente proteínas. La cantidad de proteínas que requiere el organismo depende de varios factores como la edad y el estado fisiológico (gestantes y lactantes).

En nuestra dieta se pueden distinguir: Proteínas de origen animal, llamadas también proteínas de alto valor biológico, se encuentran en:

- **Carne y huevo:** res, pollo, cerdo, otras aves
- **Pescados:** de mar y río, etc.
- Leche y derivados.

Es muy importante el consumo de este tipo de proteínas en los niños porque se encuentran en crecimiento, proteínas de origen vegetal, se encuentran principalmente en las:

- **Menestras:** lentejas, frejoles, pallares.
- **Cereales:** quinua, avena, trigo, etc.

Alimentos reguladores o protectores: Son aquellos que regulan el funcionamiento de todo el organismo sin ellas el organismo no es capaz de aprovechar los demás alimentos, estos alimentos son ricos en vitaminas y minerales. Las vitaminas se encuentran en los alimentos tanto de origen animal como vegetal a excepción de la vitamina D que se forma en la piel con la exposición al sol. Los minerales se encuentran en la naturaleza y no en los seres vivos. Estos alimentos cumplen un papel muy importante en el organismo, porque son necesarios para la elaboración de tejidos y la formación de las hormonas, enzimas y otras sustancias. Entre estos tenemos:

- Hortalizas o verduras: zanahorias, pimentón, lechuga, coliflor, zapallo, espinaca, acelga, etc.
- Frutas: mango, piña, naranja, limón, etc.

❖ **Según Grupos de Alimentos**

En nuestro país se clasifican los alimentos en dos grandes grupos: Alimentos básicos y Alimentos complementarios, dentro de los alimentos básicos encontramos a los alimentos que dan fuerza, energéticos o calóricos y alimentos que ayudan a crecer, estructurales, plásticos, constructores, formadores o reparadores, mientras que los alimentos complementarios

están formados por los alimentos reguladores o protectores.

b) COMBINACIÓN DE ALIMENTOS: Las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas (menestras), alimentos de origen animal, tubérculos, verduras, lácteos, (derivados) y frutas, teniendo en cuenta la disponibilidad en la zona de residencia. Debido al crecimiento desarrollo rápido durante los primeros 2 años de vida, las necesidades de nutrientes por unidad de peso de los niños(as) son muy altas, dada las pequeñas cantidades de alimentos que los niños(as) consumen a esta edad, la densidad de estos nutrientes en las preparaciones tienen que ser altas. Los alimentos de origen vegetal, por sí solos no satisfacen las necesidades de estos y otros nutrientes, por lo que se recomienda incluir carnes, aves, pescado, vísceras, sangrecita y huevo en la alimentación complementaria lo más pronto posible, de esta manera asegurar el aporte del hierro, zinc, calcio y vitaminas, por ello se brinda lo siguiente:

Mezclas Dobles:

Existen tres formas de mezclas dobles:

- Alimento base (Papa) + Leguminosas.
- Alimento base (Arroz) + alimentos de origen animal (pescado).
- Alimento base (Garbanzo) + vegetales de hoja verde o vegetales amarillos.

Mezclas Triple:

- Alimento base (Papa) + Leguminosas (Quinoa) + Alimentos de origen animal (pollo).

- Alimento base (Arroz) + leguminosas (Habas) + vegetales de hoja verde o vegetales amarillos (Zanahoria)
- Alimento base (Trigo) + alimentos de origen animal (Hígado) + vegetales de hoja verde o vegetales amarillos (Zapallo).

Mezcla cuádruple: La mejor de todas es la mezcla cuádruple que combina los cuatro principales tipos de alimentos:

- Alimento base (Papa) + leguminosas (Arveja) + alimentos de origen animal (pescado) + vegetales de hoja verde oscuro o vegetales amarillos (Acelga), para la combinación de alimentos se realiza según el siguiente cuadro por edades:

Combinación de alimentos por edades en la Alimentación Complementaria

EDAD	ALIMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia Materna
<ul style="list-style-type: none"> • 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia Materna, Cereales, papillas, Mazamorras. (una cucharadita de aceite)
<ul style="list-style-type: none"> • 6 - 8 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia Materna, Cereales, frutas, verduras, pollo sancochado, hígado.
<ul style="list-style-type: none"> • 7 – 9 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia Materna, Cereales, frutas, Carnes, pescado.
<ul style="list-style-type: none"> • 9 – 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia Materna, Cereales, frutas, Carnes, pescado, Huevo, comida de la olla familiar

Características de las combinaciones de alimentos

Para CÁRDENAS, N. (2009), las mezclas a ofrecer a los lactantes y niños deberían tener entre otras las siguientes características:

- Ser nutricionalmente balanceadas.
- Fácil disponibilidad y digestibilidad
- Costo razonable.

Características de algunos alimentos:

Cereales: Se introducirán alrededor de los 6 meses y nunca antes de los cuatro. A menudo es el primer elemento distinto de la leche que se introduce en la dieta de los lactantes. Los cereales contribuyen al aporte energético, y por tanto, existe riesgo de sobrealimentación, si se abusa de su consumo. Se ofrecen en forma de papillas y debe utilizarse la leche habitual y añadir el cereal necesario.

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

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

Carnes: Se empieza con pollo, a partir del 6º mes, ya que es la menos grasa, posteriormente se introduce ternera, cordero y otras.

Pescados: Comenzar pasado el 9º mes con pescados blancos: merluza, lenguado. Tienen gran capacidad de producir intolerancias alérgicas. En niños con antecedentes familiares, esperar su introducción hasta pasado el año de edad.

Huevos: Al 9º mes se puede introducir la yema cocida, y el huevo entero hacia el 12º mes. Se recomiendan 2-3 huevos por semana. La yema es buena fuente de grasas esenciales, vitaminas liposolubles y hierro. La clara contiene proteínas de alto valor biológico, entre ellas la ovoalbúmina, de alta capacidad alergénica.

Legumbres: A partir de los 18 meses se pueden añadir al puré de verduras. Mezclados con arroz u otros cereales, sustituyen a las carnes. Se puede dar un par de veces a la semana.

Yogures: A partir del 8º mes puede ofrecerse yogur natural, sin azúcar, sólo o mezclado con la papilla de frutas.

c) CANTIDAD DE ALIMENTOS. En niños(as) amamantados de países en desarrollo, las necesidades energéticas a cubrir con la alimentación complementaria se estiman en 200, 300 y 550 kcal/día entre las edades de 6 y 8, de 9 y 11 y de 12 y 23

meses, respectivamente. Por otro lado, tenemos que la capacidad gástrica de la niña o niño guarda relación con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida.

Los lactantes aumentan gradualmente su aceptación a los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que aceptan. A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a 1/2 taza (100 g o 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a 3/4 de taza (150 g o 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, más una entre comida adicional; y finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200 g ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente), tres veces al día, más dos entre comidas adicionales. Desde los 6 meses de edad, la niña o niño debe tener su propio recipiente (plato o taza) y cucharita, para que la madre o la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta y conscientemente aumente la cantidad, de acuerdo con la edad y sus sensaciones de hambre y saciedad. A medida que mejora la aceptabilidad y la niña o niño recibe mayor cantidad de alimentos se puede aumentar su variedad. La incorporación de un nuevo alimento debe ser en volúmenes pequeños para prevenir posibles intolerancias y/o alergias.

d) FRECUENCIA DE LOS ALIMENTOS. La frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0,8 kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada es baja, o si a la niña o niño se le suspende la lactancia materna,

requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

La alimentación complementaria deberá distribuirse en varios tiempos de comida, que se irán incrementando gradualmente conforme crece y desarrolla la niña o niño según su edad. A los 6 meses, se empezará con dos comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a tres comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 y 11 meses, además de las tres comidas principales deberán recibir una entre comida adicional y su leche materna; y finalmente entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedará establecida en tres comidas principales y dos entre comidas adicionales, además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

En las comidas adicionales de media mañana o media tarde, se ofrecerán de preferencia alimentos de fácil preparación y consistencia espesa (mazamorra, papa sancochada, entre otros) o ya listos para consumir (pan, fruta u otros alimentos sólidos), de modo que la niña o niño los pueda comer por sí solo.

Para iniciar la alimentación con preparaciones semisólidas, se recomienda elegir una hora cercana al mediodía, antes de la siguiente lactada.

e) CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS. A partir del sexto mes de edad el niño deberá iniciar la alimentación complementaria con preparaciones semi-sólidas como papillas, mazamoras o purés con una densidad energética no menor a 0,8 kcal/g. Gradualmente se incrementará la consistencia y variedad de

los alimentos que se le ofrezcan, adaptándolos a sus requerimientos y habilidades desarrolladas según su edad.

Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, gaseosas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio, las preparaciones espesas como purés o mazamorra, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las necesidades nutricionales de la niña o niño, la alimentación complementaria se preparará con alimentos disponibles en la olla familiar apropiados para su edad.

A los 6 meses, se iniciará con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamoras o purés; entre los 7 y 8 meses, se dará principalmente alimentos triturados en las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente, entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.

f) HIGIENE EN LA PREPARACION DE LOS ALIMENTOS. Para evitar enfermedades diarreicas contraídas por agua y alimentos contaminados se recomienda:

- Lavado de manos con agua y jabón de la madre o cuidadora, antes de la preparación de los alimentos, antes de dar comer a la niña o niño, después de usar el baño o letrina y después de limpiar a un niño(a) que ha defecado. Igualmente mantener limpia las manos y la cara del niño(a).

- Mantener los alimentos tapados y servirlos inmediatamente después de prepararlos.

- Utilizar utensilios limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, etc.) para preparar y servir los alimentos. Evitar el uso de

biberones y chupones debido a la dificultad para mantenerlos limpios, además de otros efectos negativos. Utilizar agua segura (potable, clorada o hervida) y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.

- Conservar los alimentos en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos.
- Colocar la basura o restos de comida en recipientes tapados y fuera de la vivienda.
- Los restos de la comida que la niña o niño pequeño dejan en el plato no se debe guardar para consumirlo posteriormente, pues se descomponen fácilmente, por ello deben ser consumidos al momento.

2.2.2.6 EL CUIDADO DURANTE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

Según MINSA, 2004, actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no sólo de qué alimentos se le ofrece a la niña o niño en sus comidas (que dar de comer), sino también es importante la manera de cómo, cuándo, dónde y quién da de comer a una niña o niño. La interrelación entre el niño(a) y la madre o cuidadora durante la alimentación puede ser crítica e influenciar sobre el consumo de nutrientes. Se describe los siguientes estilos:

Un estilo «controlador», donde la madre o cuidadora decide cuándo y cómo come el niño(a) puede ocasionar que las niñas o niños no

reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño(a) en riesgo de sobrepeso.

Un estilo «dejar hacer», donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños(as) menores de un año, salvo que el niño(a) este enfermo o que no coma, éste estilo es frecuente en nuestra población.

Un estilo "Interactivo" incluye comportamientos que permiten una óptima inter-relación madre o cuidadora-niño. Se aplican los principios de cuidado psico-social:

- Hablar con los niños(as) durante las comidas, con contacto ojo a ojo, reconociendo que los momentos de comer son espacios de aprendizaje y amor.
- Alimentarlos despacio y con paciencia y animar a los niños(as) a comer pero sin forzarlos.
- Dar de comer directamente a los niños(as) pequeños y ayudar físicamente a los niños(as) mayores cuando se alimentan solos, estando atentos y respondiendo a sus señales de apetito y saciedad. Cuando las niñas o niños no desean comer, se debe experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer.
- Estar con buen estado de humor.
- No forzar al niño a comer.
- Usar un tono de voz suave.
- Acompañarlo y fomentar su integración al grupo familiar.

En cuanto al entorno durante la alimentación complementaria, se debe dedicar un tiempo para la alimentación del niño de acuerdo a horarios establecidos. El mejor lugar para la alimentación es en la mesa del comedor ya que otros lugares pueden distraer al niño o no generar en él la disposición a comer. El niño debe encontrarse sentado en la silla o en la rodilla de la madre según sea conveniente, la madre debe estar a la altura del niño para ayudarlo a alimentarse. Minimizar las distracciones durante la comida.

2.2.3 PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Para **CÁRDENAS, L. (2009)**, las prácticas son las realizaciones de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas, es la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad, donde se aplica una idea, teoría o doctrina y es la ciencia la que debe aunar la teoría, donde su uso se hace continuado o habitual, de manera general es la aplicación de una idea, conocimiento, enseñanza o pensamiento.

2.2.3.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS PRÁCTICAS.

A través del tiempo, se dan todo tipo de cambios: sociales, culturales, tecnológicos, que hacen que los conocimientos se modifiquen positiva o negativamente y si a la mujer, que está involucrada en la sociedad y sus cambios, no se le da a conocer o educa en el momento adecuado, posteriormente serán más difíciles de cambiar las prácticas o costumbres.

2.2.3.2 PRÁCTICAS ALIMENTICIAS DE LA MADRE MENOR DE DOS AÑOS:

- Uso frecuente de alimentaciones pre-lácteas.

- Introducción temprana de infusiones, particularmente en áreas urbanas.
- Uso temprano de leches, artificiales, frecuentemente proporcionadas con biberones.
- Introducción temprana de la alimentación complementaria en áreas urbanas.
- Introducción tardía de la alimentación complementaria en áreas rurales.
- La cantidad y calidad de comidas sobre alimentación complementaria de los 6 meses proporcionan una inadecuada ingesta calórica y de nutrientes a los niños.

La madre para alimentar a su niño se basa en las creencias; en todo el país se cree en la necesidad de administrar infusiones a los niños para calmar la sed y prevenir los gases o cólicos.

Las comidas preferidas para la alimentación complementaria son preparaciones diluidas que no permiten satisfacer los requerimientos de energía y nutrientes. Estas comidas sin embargo son escogidas por las madres porque ellas la consideran buenas y nutritivas para su niño.

2.2.3.3 LINEAMIENTOS DE NUTRICION DE LA NIÑA O NIÑO DE 6 A 24 MESES.

MINSA, (2004). Refiere que a partir De Los Seis Meses de edad la niña o niño además de continuar con la lactancia materna necesita iniciar la alimentación complementaria, cuando el niño o niña empieza a comer otros alimentos , es necesario tener mucha paciencia, no forzarlo ,gritarlo, ni asustarlo. El momento de comer debe ser tranquilo y lleno de amor.

Una comunicación permanente a través del canto, palabras tiernas, y las caricias en la piel son las mejores formas de estimular esta relación afectiva entre los niños(as) y sus padres o cuidadores.

Lineamientos específicos.

1. Continuar con la lactancia materna hasta los dos años de edad o más.
2. A partir de los 6 meses de edad iniciar la alimentación complementaria.
3. Practicar la alimentación interactiva estando atento a las señales del niño o niña respondiendo con paciencia y amor.
4. Promover buenas prácticas de higiene en la manipulación de los alimentos, para evitar infecciones.
5. Iniciar con alimentos semi-sólidos (papillas, mazamoras, purés) evitando el uso de bebidas azucaradas de bajo valor nutritivo. Modificar gradualmente la consistencia conforme la niña o niño se incorpore en la alimentación familiar.
6. Alimentar a la niña (o) durante el día con tres comidas principales y dos entre comidas adicionales conforme crece y se desarrolla según su edad.
7. Incrementar la cantidad de alimentos que se ofrece a la niña o niño en cada comida, conforme crecen y se desarrollan según su edad.
8. Incluir diariamente alimentos de origen animal como carnes, hígado, pescado, sangrecita y huevo. Incorpora leche y/o productos lácteos en la comida del niño(a).
9. Promover el consumo diario de frutas y verduras disponibles en la zona.
10. Enriqueces una de las comidas principales de la niña(o) con una cucharadita de grasa (aceite, margarina, mantequilla).

11. Suplementar con sulfato ferroso, vitamina A-necesidades de yodo.
12. Durante los procesos infecciosos, fraccionar es decir repartir en pequeñas cantidades las comidas del niño(a), ofreciéndole con mayor frecuencia con la finalidad de mantener la ingesta adecuada. ofrece una comida extra hasta por dos semanas después de los procesos infecciosos.

2.2.3.4 MOMENTOS DE LA CONSEJERIA NUTRICIONAL. (Minsa 2010)

1. Explicación de la situación encontrada.
2. Análisis de los factores causales.
3. Búsqueda de alternativas de solución de mutuo acuerdo.
4. Registró de acuerdos.
5. Seguimiento de acuerdos.

2.2.3.5 PROGRAMAS SOCIALES QUE ESTÁN RELACIONADOS PARA DISMINUIR LA DESNUTRICIÓN INFANTIL.

En los últimos años, el Gobierno del Perú ha mostrado un alto nivel de compromiso respecto a la desnutrición infantil y ha tomado medidas para hacerle frente. Las autoridades nacionales, regionales y locales reconocen la importancia de racionalizar los recursos y acciones en torno a la desnutrición a fin de producir resultados medibles y fortalecer las capacidades operativas e institucionales en todos los niveles.). La Estrategia se creó como una plataforma de coordinación interinstitucional entre los principales programas sociales vinculados – directa o indirectamente – a la reducción de la desnutrición infantil en el país. Entre éstos se encuentran JUNTOS, PRONAA, PRONAMA, PRONAMACHS, PRONASAR, RENIEC y SIS. La Estrategia espera que la mejora en la efectividad de los programas que la integran, beneficien a un millón de niños a nivel

nacional. Su meta es lograr la reducción de la desnutrición crónica infantil en 9 puntos en un período de 5 años.

La Estrategia Nacional CRECER y el Presupuesto por Resultados son dos de las iniciativas más ambiciosas que, actualmente, lidera el Gobierno en materia de optimización de los programas sociales. Adicionalmente a estos esfuerzos, vale destacar que – en el año 2005 – el Gobierno puso en marcha un programa de transferencias monetarias condicionadas – Programa JUNTOS. Este Programa es, actualmente, parte del núcleo de la Estrategia Nacional CRECER. En líneas generales, JUNTOS busca incrementar la demanda de los servicios de salud y educación, así como aliviar la pobreza de la población peruana que se encuentra en los distritos del Quintil mediante la prestación de transferencias en efectivo condicionadas a la asistencia a estos servicios. El Programa tiene por objeto mejorar los actuales indicadores de resultado en las áreas de nutrición, educación y salud de cara a la promoción del capital humano de las futuras generaciones a fin de romper el llamado “ciclo de la pobreza”.

El Programa del Vaso de Leche (PVL), es un programa social creado mediante la Ley N° 24059 y complementada con la Ley N° 27470, a fin de ofrecer una ración diaria de alimentos a una población considerada vulnerable (niños de 0 a 5 años, gestante, tercera edad y personas con TBC), con el propósito de ayudarla a superar la inseguridad alimentaria en la que se encuentra. Las acciones de este programa, realizadas con la fuerte participación de la comunidad, tienen como fin último elevar su nivel nutricional y así contribuir a mejorar la calidad de vida de este colectivo que, por su precaria situación económica, no estaría en condiciones de atender sus necesidades elementales. El Programa del Vaso de Leche es uno de los pocos programas sociales que tiene cobertura nacional,

pues llega a los 1838 municipios del país, entre provinciales y distritales.

2.3 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE 01	TIPO	DEFINICION	CATEGORIZACION	INDICADOR	NIVEL DE MEDICION
Características sociales y económicas: <ul style="list-style-type: none"> • Edad de la madre. • Grado de instrucción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativa, continúa. • Cualitativa, nominal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento (años). • Es el curso de un proceso educativo adquirido por una persona logrando el más alto nivel de escolaridad INE, (2007). 	<ul style="list-style-type: none"> a. Menor de 18 años b. De 19 a 35 años c. De 36 a más. a. Analfabeta b. Primaria incompleta. c. Primaria completa. d. Secundaria incompleta. e. Secundaria completa. f. Superior 		<ul style="list-style-type: none"> Ordinal Ordinal.

<ul style="list-style-type: none"> • Número de hijos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativa, discreta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de hijos nacidos que tiene una pareja. 	<p>incompleta.</p> <p>g. Superior completa</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Uno b. Dos c. Tres a más. 		<p>Razón.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Estado civil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa, nominal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Situación de una persona en relación con leyes y costumbres matrimoniales del país (INE, 2007). 	<ul style="list-style-type: none"> a. Soltera b. Casada c. Conviviente d. Divorciada e. viuda 		<p>Nominal</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ocupación 	<ul style="list-style-type: none"> • Cualitativa, nominal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es el tipo de trabajo, profesión u oficio que efectúa la persona (INE, 2007). 	<ul style="list-style-type: none"> a. Estudiante. b. Ama de casa c. Profesora d. Enfermera. 		<p>Nominal</p>

<ul style="list-style-type: none"> Ingreso económico. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuantitativo, continúa. 	<ul style="list-style-type: none"> Cantidad de dinero que aporta cada uno de los miembros de la familia y entra en poder de ésta (INE (2007)). 	<ul style="list-style-type: none"> e. Comerciante f. Otros 	<ul style="list-style-type: none"> a. Menor o igual a sueldo mínimo. b. Mayor a un sueldo mínimo vital. 	<ul style="list-style-type: none"> a. <= de 750 b. >De 750 	Razón
--	---	---	--	---	--	-------

VARIABLE 02	TIPO	DEFINICION	CATEGORIZACION	INDICADOR	NIVEL DE MEDICION
Conocimiento de las madres en alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses.	Cualitativa, nominal.	Conjunto de conceptos teóricos que tienen las madres para brindar una adecuada alimentación complementaria (ZVALETA, S 2012)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Conoce 2. Desconoce 	<ul style="list-style-type: none"> 1. 8 - 15 2. 1 - 7 	Ordinal

VARIABLE 03	TIPO	DEFINICION	CATEGORIZACION	INDICADOR	NIVEL DE MEDICION
Prácticas de las madres sobre alimentación complementaria del niños de 6 a 24 meses.	Cualitativa, nominal	Es la experiencia de la madre que adquiere a través de la interacción, con el niño y con el entorno familiar cuidando la higiene en la preparación de alimentos y de ella misma.	1. Adecuada 2. Inadecuada	1. 4 - 7 2. 1 - 3	Ordinal

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y el objetivo del estudio, el trabajo tiene un abordaje cuantitativo, no experimental de corte transversal, de tipo descriptivo.

La Investigación es de tipo descriptiva según HERNANDEZ, R. (2010) porque permitió describir y caracterizar un objeto de estudio o una situación concreta, y servirá de base para investigaciones que requieran un mayor nivel de profundidad. Además se buscó describir, “como es o como esta” la situación de las variable que se estudió en la población, la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno, y en quien y dónde, cuándo se está presentando determinado fenómeno; es decir, trató de describir el conocimiento y las prácticas de las madre en alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses que asisten al Hospital “Tito Villar Cabeza” Bambamarca en el año 2014. Y según el periodo y secuencia el estudio fue transversal; porque permitió obtener la información determinado momento y espacio.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se ejecutó en el consultorio de crecimiento y desarrollo del Hospital Tito Villar Cabeza ubicado en el jirón: Ricardo palma, Distrito de Bambamarca, Provincia de Hualgayoc perteneciente al departamento de Cajamarca - Perú; Hospital de categoría II- I perteneciente al Ministerio de Salud, DISA Cajamarca, cuenta con los servicios básicos de hospitalización, Emergencia, Medicina, Cirugía, Pediatría, Sala de Operaciones ,consultorios

externos, consultorio de Crecimiento y desarrollo, vacunación, y centro de estimulación.

El consultorio de Crecimiento y Desarrollo junto a los consultorios externos del Hospital Tito Villar Cabeza en el Distrito de Bambamarca, está a cargo de un licenciada en Enfermería y un técnico en enfermería, el horario de atención es de lunes a sábado de 7 a 1 pm y los días martes y jueves también atienden por las tardes de 3 a 7 pm; brindan atención a niños menores de cinco años y los sábados a los niños mayores de cinco años.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 300 madres (dato recogido del registro de atención del Programa Cred), de niños de 6 a 24 meses, que asistieron a los controles de crecimiento y desarrollo del Hospital "Tito Villar Cabeza" Bambamarca, la información se recolectó durante el mes de agosto del 2014.

MUESTRA

La muestra estuvo constituida por 142 madres de niños de 6 a 24 meses, y que asistieron al Hospital "Tito Villar Cabeza" Bambamarca.

Cálculo del Tamaño de la Muestra

$$n \geq \frac{N * Z^2 * P * Q}{(N - 1) * E^2 + Z^2 * P * Q}$$

Dónde:

- N = Población, madres de niños de 6 a 24 meses (300)
- Z = 1.96 Coeficiente del 95% de confiabilidad.

- $P = 0.5$ Proporción de madres con nivel de conocimiento alto y prácticas adecuadas en alimentación complementaria
- $Q = 0.5$ Proporción de madres con nivel de conocimiento bajo y prácticas inadecuadas en alimentación complementaria
- $E = 0.06$ Error máximo tolerable en la estimación de "P"

Consideramos $n = 142$ madres de niños de 6 a 24 meses

Criterios de inclusión

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Madres de niños de 6 a 24 meses que asistieron al consultorio de crecimiento y desarrollo del Hospital "Tito Villar Cabeza" Bambamarca 2014.
- Madres de niños de 6 a 24 meses que estuvieron dispuestas a participar voluntariamente en este proyecto y firmen el consentimiento informado.

3.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta lo siguiente:

- a. Se realizó las coordinaciones con el médico jefe del Hospital y con la enfermera encargada del consultorio de Crecimiento y Desarrollo del niño.
- b. La encuesta se explicó a las madres sobre el contenido de la encuesta; incidiendo que era personal y debía ser respondida con la mayor sinceridad posible, se explicó los objetivos del estudio buscando su participación voluntaria para lo cual firmaron el consentimiento informado.

- c. Una vez presentada la encuesta se procedió a aplicarla.
- d. La encuesta se aplicó a las madres que acudieron al control de crecimiento y desarrollo de sus niños de seis a veinticuatro meses.
- e. Después de haber aplicado los instrumentos de recolección de datos se realizó la sistematización de los mismos según las pruebas estadísticas elegidas.
- f. Con los resultados obtenidos se procedió a elaborar informe final de Tesis.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para recolección de información se utilizó la entrevista previa firma de la madre del consentimiento informado. El proceso de recolección de datos fue realizado mediante un cuestionario (Anexo1), el mismo que permitió medir las variables de interés y está constituido por un cuestionario que se dividió en tres partes:

La primera parte: consta de 06 preguntas sobre las características sociales y económicas como: edad, grado de instrucción, estado civil, números de hijos, ocupación, ingreso económico, considerando datos importantes para el estudio.

La segunda parte: estuvo constituida por 15 preguntas cerradas, el cuestionario fue elaborado y validado por Cárdenas, L. (2009). Se midió el conocimiento en dos niveles:

- Conocen : 8 – 15 puntos
- Desconocen: 1 – 7 puntos.

En la tercera parte se plantean 7 preguntas sobre las prácticas de las madres sobre alimentación complementaria catalogándolas como adecuadas e inadecuadas este instrumento fue elaborado y validado por Galindo, D. (2012), se usó los siguientes parámetros:

- Prácticas adecuadas: 4 - 7 puntos.
- Prácticas inadecuadas: 0 - 3 puntos

3.6 PRUEBA PILOTO

Para conocer la validez de contenido del instrumento de recolección de información se realizó un prueba piloto en el 10% de la muestra (14 participantes) en un grupo que no formó parte del grupo muestra pero tenían las mismas características. Dicha prueba se realizó en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital José Soto Cadenillas de Chota.

3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Recolectada la información, los datos fueron tabulados manualmente, codificados, y calificados en base a una escala previamente explicada en la operacionalización de la variable; luego fueron ingresados a una hoja de cálculo de Excel 2007 para formar una base de datos y después se utilizó un paquete estadístico SPSS versión 22:0; el procesamiento terminó con la presentación de la información en cuadros simples.

3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y RIGOR CIENTÍFICO

CÁCERES, P. (2010), consideró los siguientes principios éticos, como también el rigor científico para asegurar la validación del trabajo de investigación:

En relación a la ética:

Principio de Beneficencia: Se tuvo en cuenta éste principio porque en la investigación la principal consideración y preocupación es la de no causar daño; así mismo las preguntas del instrumento se plantearon con cuidado para no infligir daño psicológico a las madres participantes además se les aseguro que su participación e información que proporcionarán no sería utilizada de ninguna forma en contra de ellas ni de sus niños.

Principio de Dignidad Humana: se aplicó el instrumento a las madres de los niños de 6 a 24 meses que componen la muestra y que aceptaron participar voluntariamente en ésta investigación. Se respetó el derecho al conocimiento irrestricto de la investigación mediante la explicación detallada antes de iniciar la aplicación del instrumento, se explicó el estudio, objetivo y beneficios que se obtendrían con esta investigación. Las madres firmaron el consentimiento informado.

Principio de Justicia: el cumplimiento estuvo asegurado al aplicar a todas madres de los niños de 6 a 24 meses del Hospital Tito Villar Cabezas, respetándose su decisión de participar en la investigación, dándose la libertad a manifestar sus dudas, brindándole en todo momento un trato respetuoso y amable.

En relación al Rigor Científico:

Confidencialidad: considerando este principio, se mantuvo en reserva la información brindada por las madres participantes, los resultados obtenidos en dicho estudio fueron tabulados acorde a la información recopilada.

Credibilidad: se refiere al valor de la verdad, considerándose durante todo el proceso de investigación, para la confianza de la información que se tuvo durante la aplicación del instrumento a las participantes del estudio.

Confirmabilidad: los resultados fueron determinados por las respuestas de las participantes, dejando de lado los prejuicios e inferencias del investigador en la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS INTERPRETACION ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Cuadro 1. Características Socioeconómicas de las Madres de Niños de 6 a 24 Meses. Hospital "Tito Villar Cabeza". Bambamarca - 2014.

CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y ECONOMICAS	N	%
Edad		
De 18 a menos	12	8,5
De 19 a 35	88	62,0
De 36 a más	42	29,6
Grado de instrucción		
Analfabeta	14	9,9
Primaria incompleta	34	23,9
Primaria completa	19	13,4
Secundaria incompleta	33	23,2
Secundaria completa	17	12
Superior incompleta	16	11,3
Superior completa	9	6,3
Número de hijos		
Uno	46	32,4
Dos	40	28,2
De tres a más	56	39,4
Estado civil		
Soltera	1	0,7
Casada	68	47,9
Conviviente	71	50
Divorciada	1	0,7
Viuda	1	0,7
Ocupación		
Estudiante	20	14,1
Ama de casa	99	69,7
Profesora	3	2,1
Enfermera	1	0,7
Comerciante	17	12
Otra	2	1,4
Ingreso económico		
Menos de 750 soles	73	51,4
De 750 soles a más	69	48,6
Total	142	100,0

En el cuadro 1, se presentan las características socioeconómicas de las madres de niños de 6 a 24 meses, referente a la edad el 29,6% de las madres tienen entre 19-35 años, y el menor porcentaje 8,5% se presentó en aquellas menores de 18 años. En cuanto al grado de instrucción se ha encontrado porcentajes similares entre las madres con primaria incompleta y secundaria incompleta con un 23,9% y 23,2%. Sobre el número de hijos el 39,4% de las participantes tienen 3 a más hijos y 28,2 % tienen 2 hijos. La mayor proporción (50%), son madres son convivientes, y existen porcentajes similares entre las participantes solteras, divorciadas, viudas con 0,7%. En cuanto a la ocupación el mayor porcentaje 69,7% son amas de casa y el menor (0,7%) son enfermeras. En el ingreso económico, el 51,4% de las madres reciben menos de un sueldo mínimo y el 48,6% reciben más de 750 nuevos soles mensuales.

En cuanto a la edad el Instituto Nacional de Estadística e informática (INE), y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2012, muestran que del total de la población de 15 a 19 años de edad, el 13,2% estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,8% eran madres y el 2,4% estaban gestando por primera vez.

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

A través de diferentes estudios se ha comprobado la influencia del nivel educativo de la madre en el cuidado de la salud y la nutrición de sus hijos/hijas, Según la ENDES (2011), del total de mujeres en edad fértil, el 2,6% no tenía educación, es decir, no recibió formación necesaria para saber leer o escribir. La mayor proporción de las mujeres sin

educación se presentó entre quienes residen en el área rural (7,9%) y en la región de la Sierra (5,5%).

De otro lado La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2012, muestran a nivel nacional, prevalece la enseñanza secundaria como el mayor nivel alcanzado por las madres con 67,2%. El nivel educativo superior alcanza el 19,6%. En nuestro estudio las madres con primaria incompleta y analfabetas alcanzan más del 30%, debemos indicar que la mayor parte de las entrevistadas proceden de la zona urbana de Bambamarca, hecho que nos hace pensar que todavía las mujeres tienen poco acceso a la educación en el lugar, de otro lado al ser la madre quien permanece las 24 horas al cuidado del niño, el bajo grado de instrucción puede promover practicas inadecuadas de cuidado al niño, en este caso en el inicio de la alimentación complementaria.

En cuanto a la ocupación de las madres, al tener la mayor parte primaria incompleta o ser analfabetas, en muchas ocasiones no tienen acceso a un trabajo dedicándose mayormente a labores del hogar y al cuidado de los hijos; algunas son estudiantes pero además son amas de casa, al ser Bambamarca parte de la sierra peruana el machismo es arraigado por tanto los varones deben proveer el sustento económico y las mujeres deben permanecer en casa.

Según los resultados del INEI (2009), el 68% de las mujeres en edad fértil del departamento de Cajamarca, viven en estado de unión conyugal: formalmente casadas el 32% y en situación de convivencia el 36%. Entre 15 y 19 años, 8 de cada 10 mujeres son solteras, a los 24 años, el 72% vive en unión conyugal. Después de los 34 años, el 8% de mujeres permanece soltera. Entre 15 y 49 años, una cuarta parte del total de mujeres en edad fértil son solteras. En el departamento de Cajamarca el 6% de las mujeres en edad fértil, han disuelto su unión conyugal, por divorcio o separación; entre 20 y 24 años existe un 8%

de mujeres separadas y por encima de los 40 años alrededor del 9% de las mujeres son divorciadas o separadas.

El estado civil tiene una connotación especial en la zona, ser madre soltera es una opción poco favorable para las mujeres, puede restringir su acceso al trabajo o limitar sus relaciones interpersonales, por tanto, creemos que la presencia del padre no implica un mayor o menor conocimiento sobre alimentación complementaria o su práctica, ya que muchas veces el padre no comparte las tareas con la madre en el hogar y solo cumple con su papel de proveedor, dejando a la mujer como responsable del cuidado de la salud de los hijos y por supuesto encargada de la alimentación de la familia.

Acerca del ingreso económico los mayores porcentajes de madres que percibe algún ingreso económico son aquellas que realizan trabajos poco remunerativos como: cuidar nietos, amas de casa, son dependientes físicamente. Sobre este tema en el documento *“Evolución de la Pobreza en el Perú al 2010”*, del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) se señala que la pobreza en nuestro país, disminuyó en 3,5% entre los años 2009 y 2010, se considera pobre a aquellas personas cuyo gasto per cápita, valorizado monetariamente, no supera el costo de la Canasta Mínima de Consumo, expresada como el umbral o Línea de Pobreza. La tasa de pobreza en los residentes del área rural llega al 60,3% y el 27.8% de la población es pobre extremo (INEI 2009).

Los bajos recursos económicos, pueden ser un factor influyente en la salud de la familia y en este caso de los niños, el acceso a alimentos costosos limita a la madre en la preparación de la comida del niño y en el adecuado inicio de la alimentación complementaria; de otro lado las familias pueden contar con recursos pero son mal utilizados al consumir una dieta poco saludables.

Cuadro 2. Conocimiento en Alimentación Complementaria de las Madres de Niños de 6 a 24 Meses .Hospital “Tito Villar Cabeza”. Bambamarca - 2014.

Conocimiento sobre alimentación complementaria	N	%
Desconoce	12	8,5
Conoce	130	91,5
Total	142	100,0

En este cuadro se puede observar que el 91,5% de las madres conocen sobre alimentación complementaria, y el 8,5% desconocen sobre el tema. El conocimiento es un proceso que se relaciona con la realidad, se reproduce en el pensamiento humano y está condicionado por el contexto social del individuo y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica, así lo señala **SALAS, M. (2009)**. En este estudio las madres asumen al conocimiento sobre alimentación complementaria como necesaria para la adecuada nutrición de su hijo, sin embargo, sus relaciones interpersonales y su acontecer social y económico pueden influir sobre su conocimiento sobre el tema y la práctica del mismo, sabemos que en la zona rural las madres jóvenes se ven influenciadas por las madres o personas mayores con más experiencia, y en ocasiones los hábitos o costumbres ancestrales pueden no ser a veces adecuadas.

Para **BUNGE. (1998)**, los conocimientos se adquieren en forma natural, están estrechamente vinculados con sus intereses y sentimientos y por lo general se refieren a problemas inmediatos que la vida le plantea. En mi estudio conocimiento en alimentación complementaria que tiene la madre es asumido como pertinente, tanto por el deseo de la mujer de que su hijo esté sano como por la influencia externa del personal de salud o los medios de comunicación.

Se cree que el conocimiento de las madres en alimentación complementaria es informal, al respecto **RODRIGUEZ, F. (1998)**, señala que es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud - enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información.

De otro lado según el instrumento aplicado las participantes captan el tema en cuestión a un nivel sensible que según **RODRIGUEZ, F. (1998)**, consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; como las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. En el caso posiblemente las madres obtuvieron el conocimiento a través de la observación en la práctica de familiares y vecinos o con la transferencia de conocimiento a través del habla, creo que el personal de salud ha cumplido una importante función al respecto, la transferencia de información a través de la consejería, visitas domiciliarias y re demostraciones pudieron promover en la madre la adopción de conocimiento.

Respecto a la alimentación complementaria **CÁRDENAS, L.(2009)**, señala que complementa la lactancia materna sin desplazarla a partir de los seis meses, este tiempo que a veces no se cumple pues nuestra realidad es otra la mayoría de las madres empieza en forma tardía la alimentación complementaria, en ocasiones por cuestión de costumbre, temor de la madre a que el pequeño enferme, bajos recursos económicos para acceder a los alimentos que sugiere el personal de salud, o falta de sensibilización a la madre y a la familia entre otros motivos.

Las madres pueden conocer que conforme los niños crecen, se vuelven más activos y la leche materna resulta insuficiente para cubrir sus necesidades nutricionales, y deben alimentar al niño con otros alimentos además de leche materna, a través de la aplicación de los instrumentos las participantes identificaron muchos beneficios para el niño entre ellos un mejor desarrollo y crecimiento, además de un buen desarrollo cerebral, evita retrasos en el desarrollo psicomotor.

El inicio como la continuidad de la alimentación complementaria, según las madres se distribuyen varias veces al día, que se irán incrementando gradualmente conforme crece y desarrolla la niña o niño según su edad. Ellas al parecer han internalizado que es mejor que el niño consuma comidas espesas a preparaciones líquidas ya que no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. Las mezclas pueden implicar alguna dificultad, pero creemos que una labor permanente del personal de salud puede viabilizar una adopción de conocimientos y buenas prácticas en alimentación complementaria.

Como muestran mis resultados, las madres en su gran mayoría conocen sobre alimentación complementaria y todo lo que implica es decir: frecuencia, consistencia, mezclas, higiene, relación con el niño, etc. Por tanto creemos que es de vital importancia ampliar y reforzar este conocimiento que muchas veces es pasado de madres a hijas, y previene que las prácticas sean inadecuadas ya que tienen un conocimiento previo.

Cuadro 3. Prácticas en Alimentación Complementaria de las Madres del Niño de 6 a 24 Meses. Hospital “Tito Villar Cabeza”. Bambamarca - 2014.

Prácticas de alimentación complementaria	N	%
Inadecuada	22	15,5
Adecuada	120	84,5
Total	142	100,0

Como se observa en el cuadro el 84,5% de las madres participantes tienen prácticas adecuadas de alimentación complementaria y el 15,5% tiene prácticas inadecuadas. El poco porcentaje de prácticas inadecuadas, puede deberse que aún existen factores que influyen negativamente como: las costumbres alimenticias, los programas sociales como el vaso de leche, el programa Juntos que no benefician a las familias que lo necesitan. Los cambios sociales, culturales, tecnológicos, pueden hacer que estas prácticas se modifiquen positiva o negativamente; es decir, las madres con prácticas inadecuadas se pueden modificar a través del tiempo según la información que estas reciban; ante esto el Ministerio de Salud elabora el "Modelo de abordaje de Promoción de la Salud" en acciones a desarrollar en el eje temático de Alimentación y Nutrición saludable del **MINSA (2009)**, menciona que la decisión de cómo alimentar al niño es de la madre y si no se le motivó ni preparó a la futura madre, sobre los beneficios y manejo de la alimentación de su niño, ella puede tomar decisiones y realizar actividades equivocadas.

Como investigadora considero en las prácticas de alimentación complementaria de las madres influyen las costumbres y los hábitos familiares, prácticas inadecuadas como darle al niño sopas en vez de segundos, que el niño coma con la televisión encendida, o fuera de las horas

que come la familia, entre otras. Los resultados encontrados son similares con los hallazgos del estudio de **GALINDO, D. (2011)**, donde se encontró que el 61% de madres tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% tienen prácticas inadecuadas sobre alimentación complementaria. Las practicas adecuadas pueden ser el resultado de la orientación y consejería que brinda el personal de salud durante en el control de crecimiento y desarrollo, en las visitas domiciliarias, el seguimiento que se realiza a las madres que no acuden a su siguiente control etc.

Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no sólo de qué alimentos se le ofrece al niño, sino también es importante la manera de cómo, cuándo, dónde y quién da de comer a una niña o niño, así lo refiere **MINSA, (2004)**, es importante que la madre o cuidadora identifique un ambiente tranquilo, para que el niño consuma sus alimentos, no obligarlo, ni amenazarlo, y sin distracciones.

Según **MINSA, (2004)**, la interrelación entre el niño y la madre o cuidadora durante la alimentación puede influenciar sobre el consumo de los alimentos. Se recomienda: hablar con amor a los niños durante las comidas, alimentarlos despacio y con paciencia y animar a los niños a comer pero sin forzarlos. Dar de comer directamente a los niños pequeños y ayudar físicamente a los niños mayores cuando se alimentan solos, se debe experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer, estar con buen estado de humor, usar un tono de voz suave, acompañarlo y fomentar su integración al grupo familiar. La madre debe dedicar un tiempo para la alimentación del niño de acuerdo a horarios establecidos, es mejor que el niño se alimente en la mesa del comedor ya que otros lugares pueden distraerlo o no generar en él la disposición a comer, minimizar las distracciones durante la comida, es decir el niño no debe comer con la televisión encendida.

Se puede indicar que las prácticas en alimentación complementaria adecuadas son fáciles de realizar, sin embargo, debemos tener en cuenta que muchas veces la madre estudia o trabaja y quien alimenta al niño es un

familiar o una trabajadora doméstica que posiblemente no presten el mismo cuidado, por tanto creemos que la madre debe buscar el mecanismo para permanecer junto al niño al momento de alimentarse.

En las prácticas sobre alimentación complementaria, debe observarse la higiene, alimentación balanceada, consistencia y frecuencia, la madre debe conocer cómo preparar mezclas dulces y saladas, combinando los tres grupos de alimentos especialmente de la zona, debe reconocer el sabor que prefiere el niño, el ambiente ingiere sus alimentos libre de ruidos molestos, otro punto importante es el trato del niño, no amenazarlo, ni obligarlo ya que es contraproducente para la tranquilidad del menor.

Las enfermedades diarreicas en niños menores de un año, son comunes en el inicio de la inclusión de alimentos diferentes a la leche materna, y se contraen por ingestión de agua y alimentos contaminados, por tanto la madre debe conocer la importancia del lavado de manos con agua y jabón, mantener los alimentos tapados y servirlos al niño inmediatamente después de prepararlos, utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos, conservar los alimentos en lugares seguros para evitar su contaminación, los restos de la comida no se debe guardar para consumirlo posteriormente.

La alimentación complementaria además de higiénica y nutritiva debe cumplir con ser frecuente (05 veces al día), de consistencia espesa, y buena presentación, donde el plato sea atrayente al niño y desee comerlo, el juego de colores y formas es básico, es por tanto importante que el personal de salud conozca las costumbres en cuanto a higiene y alimentación de los hogares, y promueva que la madre tenga en cuenta estos criterios en la mejora de la salud y el estado nutricional de los niños.

Las prácticas en alimentación complementaria tienen que ver con la higiene de la madre en el proceso de preparación de los alimentos, los insumos que utiliza así como su limpieza, el cuidado personal, la interacción con el niño

cuando lo alimenta, son criterios fácilmente alcanzables que requieren decisión y voluntad de la madre, el personal de salud cumple un importante papel desde la etapa de gestación donde el acompañamiento debe ser continuo, de acuerdo a la cultura y experiencias previas de la mujer para evitar problemas de salud posteriores como la desnutrición infantil.

CONCLUSIONES

1. Podemos concluir que en la investigación "Conocimiento y Prácticas de la madre en alimentación complementaria .Hospital Tito Villar Cabeza. Bambamarca, 2014". Respecto a las características socioeconómicas de las madres de niños de 6 a 24 meses, el 62% de las madres tienen entre 19-35 años, y en menor porcentaje 8,5% tienen menos de 18 años. Sobre el grado de instrucción se ha encontrado porcentajes similares entre las madres con primaria incompleta y secundaria incompleta con un 23,9% y 23,2%. Respecto al número de hijos el 39,4% de las madres tienen 3 a más hijos y 28,2 % tienen 2 hijos. Sobre el estado civil, el 50%, son madres convivientes. El 69,7% de madres son amas. En el ingreso económico, el 51,4% de las madres reciben menos de un sueldo mínimo y el 48,6% reciben más de 750 nuevos soles mensuales.
2. Las madres en su mayoría conocen sobre alimentación complementaria (91,5 %), lo que evidencia un clima de bienestar para los niños que se encuentran en esta etapa de gran importancia para su crecimiento y desarrollo.
3. El 84,5% de madres de niños de 6 a 24 meses tienen prácticas adecuadas en la alimentación complementaria, y el 15,5% tienen prácticas inadecuadas.

SUGERENCIAS

- A la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca y a los docentes continuar apoyando a los estudiantes en el aprendizaje y asesoramiento para la elaboración y ejecución de proyectos de tesis de acuerdo a los criterios actuales de investigación.
- A Los docentes del Área Materno Infantil de la Universidad de Cajamarca Sede Chota, tener en cuenta los resultados de esta investigación para seguir con el proceso de enseñanza aprendizaje de los estudiantes, proponiendo actividades educativas intra y extramurales para promover el conocimiento y las prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria.
- Para los diferentes establecimientos de salud de los diferentes niveles de complejidad de la jurisdicción, sobre todo al equipo de Enfermería del Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca, elaborar programas y/o implementar sesiones educativas dirigidas exclusivamente a la educación de las madres del cuidado del niño de 6 a 24 meses de edad, relacionadas con la alimentación complementaria además de mejorar la consejería alimentaria que se brinda en el Consultorio de Control y Crecimiento del Niño, con la finalidad de garantizar una alimentación de calidad y evitar problemas nutricionales en el niño.
- A los estudiantes de Enfermería tener en cuenta los resultados de la presente investigación, como una base de datos y /o guía que les permita profundizar sus conocimientos sobre el tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASIS "Iniciativa municipal integral para la prevención y disminución de la desnutrición infantil y muerte materna en la provincia de Hualgayoc - distritodeBambamarca"Proyectedeinvestigacion2012 (Fecha de acceso el 09 de junio 2014) disponible en: www.munibambamarca.gob.com.

BARBA, H. "Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza" [Tesis Lic. En Enfermería]. Fac. de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Perú 2008.(Fecha de acceso 11de junio2014)Extraidoen:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/251/1/cardenas_al.pdf

BENÍTEZ, J. "Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja, enero 2007" [Tesis Lic. En Enfermería] Fac de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Perú; 2007.Disponibleen:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/251/1/cardenas_al.pdf

BUNGE,M " La Ciencia, Su Método Y Filosofía".1°ed Buenos Aires EditorialSIGLOXX,1988.pág.35.disponibleen:www.sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/...m_r/t_completo.doc

CÁRDENAS, L. "Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del

Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2009” [Tesis Lic. En Enfermería] Fac de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Perú 2010 (Fecha de acceso 11.06.2014). Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/251/1/cardenas_al.pdf

CÁCERES, P. “Código de Ética y deontología”, VI Ed. Editores Industriales. Perú 2010. Extraído en: www.bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2253.pdf

Proyecto Alianza por la Nutrición en Cajamarca – PREDECI/Oficina Regional de Desarrollo Infantil y Nutrición (ORDIN). 2010. (Fecha de acceso junio 2014). Disponible en: www.losandes.org.pe/.../auditorias-y-evaluaciones.

GALINDO, D “Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud “Nueva Esperanza. 2011” [Tesis Lic. En Enfermería] Fac. de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; Perú 2012. (Fecha de acceso 11 de junio 2014). Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/251/1/cardenas_al.pdf

HERNÁNDEZ R, COLS. “Revistas científicas de las universidades españolas: acciones básicas para aumentar su difusión e impacto” .Revista Española de Documentación. 2010. (Fecha de acceso 09 de junio 2014). Disponible en http://scholar.google.com.pe/scholar?q=el+estudio+cuantitativo+y+HERN%C3%81NDEZ,+R.+y+COLS&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ei=T3mrU7PEAonmsAS7pYLYBw&ved=0CBkQgQMwAA.

INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2011. (Fecha de acceso 10

e junio 2014). Disponible en: www.losandes.org.pe/auditorias-yevaluaciones.

INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2012 (Fecha de acceso 10 de septiembre 2014). Disponible <http://es.scribd.com/doc/185391207/INEI-Estado-Poblacion-Peruana-2013>

INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). Estado de la población peruana. 2009 (Fecha de acceso 10 de agosto. 2014). Disponible http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0879/libro.pdf

KANT, I. “Crítica de la razón pura”. Editorial: TECNOS 2004. Disponible en <http://www.casadellibro.com/libros-ebooks/immanuel-kant/614>

LEÓN Y, MONTERO I. “Métodos De Investigación En Psicología Y Educación”. Cuaderno De Prácticas. 3ª Ed. Editorial McGraw-Hill: Madrid. 2003. Disponible en Www.Uv.Es/Pitarque/Transparencias. Pdf

MARCO DE LA ASISTENCIA TÉCNICA DEL BANCO MUNDIAL AL PROGRAMA JUNTOS: Programa Juntos – Antecedentes, Avances y Resultados de evaluación – síntesis. Perú Marzo 2009. Disponible https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/SINTESIS_PROGRAMA_JUNTOS_MAR30.pdf

MINSA. DOCUMENTO TÉCNICO. “Modelo de abordaje de la promoción de la salud, Acciones a desarrollar en el eje temático de alimentación y nutrición saludable Dirección general de promoción de la salud”-2009.

MINSA. “Alimentación Complementaria Del Lactante 6 A 24 Meses”*Revista española*.2007. (Fecha de acceso 12 de junio 2014). Disponible en:http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/lactante_6_24_meses.aspxaccedido24junio2014.

MINSA .Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú ,2004 .Lima. Disponible en http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/zop/zona_izquierda_1/Informe%20Indicadores%20PAN%20_180111.pdf

MINSA. DOCUMENTO TÉCNICO “Consejería nutricional: En el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil”.pág12-42.Lima-Perú.2010.

ODM “Objetivos de Desarrollo del Milenio”: Monitoreo del logro de los relacionados con la salud (OMS) 2009 Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_14-sp.pdf

POLIT, D y HUNGLER, B. “Investigación Científica en Ciencias De La Salud”; Edición sexta México 2006, Ed MC Graw – hill interamericana editores, S. A de CV.

RODRÍGUEZ D Y SÁNCHEZ, Y. “Características socioeconómicas de la familia y alimentación complementaria en niños menores de 2 años. Puesto de Salud de Chuyabamba-Chota” [Tesis Lic. En Enfermería].Fac. Ciencias de la salud. Universidad Nacional de Cajamarca- Sede Chota. Cajamarca – Perú 2013.

RODRÍGUEZ, F. “Lo cognoscitivo y psicosocial como factores de riesgo en salud” Ed. Servicio Gráficos Matices, Perú 1998.pag.76.Disponible en:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/1054/melgarejo_sg.pdf?sequence=1

SALAZAR, A. "El Punto De Vista Filosófico". Ediciones el alce .Lima Perú,
1988.pág.308.disponibleen:www.sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/...m_r/t_completo.doc

SALAS, M. "Consideraciones Teórico Epistemológicas Del Proceso Formativo En Gestión De Proyectos De Ciencia E Innovación".Revista2009.(Fecha de acceso 12.06.2014).Disponible en <http://www.Eumed.Net/Rev/Cccss/05/Mesv.Htm>

SÁENZ, M. Y, CAMACHO, A. "Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá". 2007. Disponible en:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/251/1/cardenas_al.pdf

UNICEF, (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). "Estado mundial de la infancia": Niñas y niños en un mundo urbano. Informe de un Grupo científico del UNICEF; Febrero 2012 (Fecha de acceso 12 de junio del 2014) Disponible en:http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WH/A65/A65_14-sp.pdf

VALDERRAMA, S "Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación científica" Lima San Marcos p.20. (Fecha de acceso 12 de junio 2014) disponible en <http://www.catalogo.uni.edu.pe/cgi-bin/koha/opacsearch.pl?q=au:Valderrama%20Mendoza,%20Santiago>

ZVALETA, S. "Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio Cred, en el P.S. Cono Norte 1er Trimestre 2012" [Tesis Lic. En Enfermería]Fac. De Ciencias de la Salud. Universidad

NacionalJorgeBasadre.Perú.2013. (Fecha de acceso 11.06.2014).
Disponibleen:http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/178/63_2013_Zavaleta_Juarez_SM_FACS_Enfermeria_2013.pdf?sequence=1

ANEXO N° 1

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

I. INTRODUCCIÓN.

Sra. buenos días, soy la señora Castro Barboza Jhessika Leidydiana, Bachiller de enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca Sede Chota estoy realizando un trabajo de investigación en coordinación con la Enfermera del Programa de CRED del niño sano de este Hospital a fin de obtener información para un estudio acerca del conocimiento y prácticas de las madres en la alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses, motivo por el cual se solicita su colaboración respondiendo con la mayor sinceridad posible ,se trata de una encuesta anónima.

II. DATOS GENERALES.

De la Madre:

1. Edad:

- a) Menor de 18 años.
- b) 19 a 35 años.
- c) 36 más años.

2. Grado de Instrucción:

- a) Analfabeta.
- b) Primaria incompleta
- c) Primaria completa.
- d) Secundaria incompleta
- e) Secundaria completa
- f) Superior incompleta.
- g) Superior completa

3. Número de hijos:

- a) Uno

b) Dos

c) Tres a mas

4. Estado Civil:

a) Soltera

d) Divorciada.

b) Casada

e) viuda

c) Conviviente

5. Ocupación

a) Estudiante

b) Ama de casa

c) Profesora

d) Enfermera

e) Comerciante

f) Otro.....

6. Ingreso económico

a) Menos de un sueldo mínimo de S/. 750.

b) Mayor de un sueldo mínimo S/.750.

III. DATOS RESPECTO AL CONOCIMIENTO

1. ¿En qué consiste la alimentación complementaria en el niño de 6 a 24 meses?

a) Leche materna y calditos

b) Leche materna e introducción de otros alimentos.

c) Leche materna y otro tipo de leches.

d) Alimentarlo con la comida de la olla familiar

e) Alimentarlo únicamente con papillas y calditos.

2. ¿A qué edad el niño debe iniciar el consumo de alimentos diferentes a la leche materna?

- a) Al mes
- b) Dos meses
- c) Cuatro meses
- d) Seis meses
- e) Al año

3. ¿A qué edad el niño debe comer todos los alimentos?

- a) Menos de seis meses
- b) Seis meses
- c) Al año
- d) Al año y medio
- e) Dos años

4. ¿Cómo debe cumplir la madre para dar de comer a su niño?

- a) Integrarlo a la familia con amor, paciencia y mucha dedicación.
- b) Integrarlo a la familia con amor.
- c) Integrarlo a la familia con paciencia.
- d) Paciencia y tranquilidad.
- e) No sabe.

5. ¿Cuál es el lugar ideal donde se debe alimentar el niño?

- a) En la cocina con muchos colores y juguetes,
- b) En la cama con juguetes y televisión prendida.
- c) En el cuarto, con música y juguetes.
- d) En el comedor sin juguetes, ni televisión prendida.
- e) En el comedor con los juegos y televisor prendido.

6. ¿Cuáles son los alimentos que protegen de las enfermedades al niño?

- a) Tubérculos, Cereales
- b) Verduras, Leche
- c) Frutas, Grasas..
- d) Frutas, verduras
- e) Carnes, Frutas
- f) Todas.
- g) Ninguna

7. ¿Cuáles son los alimentos que dan más fuerza y / o energía al niño?

- a) Frutas, verduras
- b) Verduras, Leche
- c) Frutas, Grasas.
- d) Tubérculos, Cereales
- e) Carnes, Frutas

8. ¿Qué alimentos ayudan a crecer más al niño?

- a) Frutas, verduras
- b) Verduras, Tubérculos
- c) Frutas, Grasas.
- d) Carnes, Leche
- e) Cereales, Frutas

9. ¿Cuál debe ser la preparación que nutre más al niño?

- a) Caldo
- b) Sopas
- c) Segundos
- d) Mazamoras

10. ¿Qué cantidad de alimento debe ingerir el niño al iniciar la alimentación complementaria?

- a) Una tasa.
- b) Media tasa
- c) Cuarto de tasa
- d) Unas cucharadas
- e) Una a dos Cucharaditas.

11. ¿Con que frecuencia debe comer el niño al cumplir un año?

- a) Según lo que pida.
- b) Dos veces al día
- c) Tres veces al día
- d) Cuatro veces al día
- e) Cinco veces al día

12. ¿Cuál es la consistencia de los alimentos de los niños menores de dos años?

- a) Bien Aguado.
- b) Aguado
- c) Espeso
- d) Muy espeso

13. ¿Cómo se puede evitar que el niño se enferme con la preparación de los alimentos?

- a) Higiene de utensilios
- b) Higiene de los alimentos.
- c) Higiene del niño.
- d) Todos

e) Ninguno.

14. ¿Cuáles son los beneficios psicológicos de una adecuada alimentación complementaria?

- a) Seguridad y confianza
- b) Dependencia
- c) Inseguridad

15. ¿Cuáles son los beneficios físicos de una adecuada alimentación complementaria hacia el niño menor de dos años?

- a) Mayor crecimiento
- b) Menor peso
- c) Baja estatura
- d) Se enferma con facilidad

IV. DATOS RESPECTO A LAS PRÁCTICAS

16. ¿Cuándo se lava las manos usted?

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

17. ¿Qué utiliza usted para la preparación de jugos?

- a) Agua del caño.
- b) Agua hervida.
- c) Agua clorada.

- 18. ¿Qué hace con los utensilios (platos y cubiertos del niño) de cocina?**
- a) Los lava y los deja escurrir.
 - b) Las lavas, seca y guarda.
 - c) Los lava solo en la noche.
 - d) Solo los enjuaga.
- 19. ¿Qué debe hacer al preparar los alimentos?**
- a) Sujetarse el cabello y retirarse los accesorios de las manos.
 - b) Cocinar con reloj y anillos puestos.
 - c) Lava sólo los alimentos que estén bien sucios.
 - d) Cuando tose se tapa la boca con las manos y sigue cocinando.
- 20. ¿Retira de su vista juguetes u otros implementos que distraen al niño?**
- a) Sí
 - b) No
- 21. ¿Busca un ambiente que estimule el apetito del niño?**
- a) Sí
 - b) No
- 22. ¿Cómo promueve la alimentación de su niño cuando usted está presente?**
- a) Ofrece libertad al niño para adecuarse a sus alimentos y a sus horarios.
 - b) Ofrece alimentos con paciencia y anima al niño a comer sin forzarlo.

MUCHAS GRACIAS

ANEXO N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN:

Conocimiento y prácticas de las madres en alimentación complementaria.
Hospital Tito Villar Cabeza- Bambamarca, 2014.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:

Describir y analizar el conocimiento y las prácticas de las madres en alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses que asiste al consultorio de crecimiento y desarrollo del Hospital "Tito Villar Cabeza" Bambamarca 2014.

Yo.....
....con domicilio ende
nacionalidad peruana, con D.N.I, mediante la información
brindada por la Sra. Bachiller en Enfermería Jhessika Leidydiana Castro
Barboza, a entrevistarme para obtener datos sobre el conocimiento y las
prácticas de las madres sobre la alimentación complementaria en los niños
de 6 a 24 meses, así mismo afirmo haber sido informada de los objetivos
del estudio, haber comprendido la importancia del tema y estar habilitada a
desistir en cualquier momento, es mi placer.

Bambamarca,.....de.....del 2014

FIRMA