

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA FILIAL
CHOTA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 6 a 12
MESES. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS. CHOTA 2022**

PRESENTADO POR:

AUTORA: Bach. Enf. María Gabriela Chávez Chávez

ASESORA: MCs. María Eloísa Tiella Rafael

CHOTA – PERÚ

2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA FILIAL
CHOTA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 6 a 12
MESES. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS. CHOTA 2022**

PRESENTADO POR:

AUTORA: Bach. Enf. María Gabriela Chávez Chávez

ASESORA: MCs. María Eloísa Ticlla Rafael

CHOTA – PERÚ

2023

COPYRIGHT© 2022 by
María Gabriela Chávez Chávez

Todos los derechos reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

Chávez M. 2022.

NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 6 a 12 MESES. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS. CHOTA 2022

Tesis para optar el Grado Académico de Licenciada en Enfermería Universidad Nacional de Cajamarca 2023

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería- UNC 2022.

83 páginas

Asesora:

MCs. María Eloísa Tiella Rafael

Docente Universitaria Principal de la EAP de Enfermería

HOJA DE JURADO EVALUADOR

TÍTULO DE TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 6 a 12 MESES.
HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS. CHOTA 2022**

AUTORA: Bach. Enf. María Gabriela Chávez Chávez

ASESORA: M.Cs. María Eloísa Ticlla Rafael

Tesis evaluada y aprobada por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR



.....
M.Cs. Luz Amparo Núñez Zambrano

PRESIDENTA



.....
Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

SECRETARIA



.....
M.Cs. Oscar Fernando Campos Salazar

VOCAL

Chota 2022, Perú

Anexo 2

Universidad Nacional de Cajamarca

Facultad de Ciencias de la Salud

Acta de sustentación de tesis virtual, basado en el Reglamento de sustentación de tesis virtuales Resolución 944-2020 artículo 8

Siendo las 9.00am del día 10 de febrero del año 2023 se procedió a iniciar la sustentación virtual de la tesis titulada: **NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 6 a 12 MESES. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS. CHOTA 2022**, presentada por la Bachiller en enfermería María Gabriela Chávez Chávez.

El Jurado Evaluador está integrado por:

Presidente: MCs. Luz Amparo Núñez Zambrano

Secretario: Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

Vocal: Lic. Enf Oscar Fernando Campos Salazar

Asesora: MCs. María Eloísa Ticlla Rafael

Terminado el tiempo de sustentación estipulado en el Reglamento.

La tesista ha obtenido el siguiente calificativo: quince (15), siendo las 10.07am del día 10 de febrero del año 2023 se dio por concluido el proceso de Sustentación Virtual de Tesis.

.....
Presidente

MCs. Luz Amparo Núñez Zambrano

.....
secretaria

Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

.....
Vocal

Lic. Enf Oscar Campos Salazar

.....
Asesora

MCs. María Eloísa Ticlla Rafael

.....
Tesisista

Bach. Enf. María Gabriela Chávez Chávez.

DEDICATORIA

A Dios y el Señor Cautivo, ya que gracias a ellos he logrado culminar mi carrera.

A mi madre Nilda, porque siempre estuvo brindándome su apoyo, a mi padre Néstor que no llevo su sangre, pero me ha demostrado que es el mejor padre del mundo. A mi prima Mily aunque no está físicamente, sé que desde el cielo me cuida y guía para que todo salga bien.

A mi esposo Marco por sus palabras y confianza, por su amor y brindarme el tiempo necesario para realizarme profesionalmente, a mi hijo Marco la razón de seguir luchando por ms sueños.

A todas las personas especiales en mi vida que de una u otra manera han contribuido para lograr mis objetivos.

María Gabriela

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme tener una bonita experiencia en la universidad, por ser el motor de mi vida, estar conmigo en cada paso que doy, y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Agradezco a la Universidad Nacional de Cajamarca, por acogerme en sus aulas durante mis estudios y permitir ser una profesional en lo que tanto me apasiona.

A la Escuela Académico Profesional de Enfermería Filial – Chota, por ser el lugar donde recibí todos los conocimientos científicos, técnicos, a los docentes M.Cs. Miriam Hurtado Sempertegui. M.Cs Oscar Campos Salazar porque sus enseñanzas, amistad y así lograr el objetivo ser profesional.

Un agradecimiento muy especial a mi asesora, M.Cs. María Eloísa Ticlla Rafael, por orientaciones, por su paciencia, por el inmenso apoyo, solidaridad y amistad que permitieron culminar satisfactoriamente mi tesis.

A las Licenciadas en Enfermería del Hospital José Soto Cadenillas y a las madres de familia que participaron en este estudio, por brindarme su tiempo.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE DE CONTENIDOS	vi
LISTA DE TABLAS	vii
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	xiii
CAPÍTULO I	
1. PROBLEMA	
1.1 Definición y delimitación del problema	15
1.2 Formulación del problema de investigación	17
1.3 Justificación	17
1.4 Objetivos	18
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del estudio	19
2.2 Bases teóricas	22
2.3 Bases conceptuales	23
2.4 Variables de estudio	34
2.5 Definición operacionalización de variables	35
CAPITULO III	
3. DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1 Diseño y tipo de estudio	38
3.2 Población	38
3.3 Criterios de inclusión	39
Criterios de exclusión	39
3.4 Unidad de análisis	39
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	39

Proceso de recolección de datos	40
Validez y confiabilidad del instrumento	41
3.6 Procesamiento y análisis de datos	41
3.7 Consideraciones éticas y rigor científico	42
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
CONCLUSIONES	55
RECOMEDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	66

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1: Características sociodemográficas de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad. Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2022.	43
Tabla 2: Nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria de los niños de 6 a 12 meses de edad. Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2022.	45
Tabla 3: Estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2022	48
Tabla 4: Nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad. Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2022.	50

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1: Consentimiento informado	70
Anexo 2: Asentimiento informado	71
Anexo 3: Cuestionario sobre el nivel de conocimiento materno en alimentación complementaria y el estado nutricional en niños y niñas de 6 a 12 meses de edad	72

GLOSARIO

INEI: Instituto nacional de estadística e informática

MINSA: Ministerio de salud del Perú

OPS: Organización panamericana de la salud

OMS: Organización mundial de la salud

RESUMEN

El presente estudio titulado: Nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional de niños de 6 a 12 meses de edad. Hospital José Soto Cadenillas Chota. 2022, tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad, estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 70 madres y sus hijos entre 6 a 12 meses, seleccionadas a través de muestreo no probabilístico de acuerdo a los criterios de inclusión. Resultados: El nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria tiene un nivel alto en 74,3%; 87,1% de los niños presentó un estado nutricional normal y 12,9% desnutrición crónica; en cuanto las características sociodemográficas de las madres 48,6% tiene 21 a 30 años; predomina la instrucción secundaria (51,4%) , 75,7% residen en la zona urbana; y según el nivel de conocimiento y el estado nutricional las madres con nivel de conocimiento alto, el 90,4% de los niños presentó estado nutricional normal y 9,6% desnutrición crónica, mientras que madres con nivel de conocimiento medio 77,8% de sus hijos tuvo estado nutricional normal y 22,2% desnutrición crónica. Se concluye que no existe relación estadística entre las variables en estudio con un Chi cuadrado de $p= 0,168$ con un nivel de significancia del 5%. Es decir, el estado nutricional no solo depende del nivel conocimiento de la madre sino de otras circunstancias que afecte el estado de salud del niño.

Palabras clave: nivel de conocimiento, estado nutricional, alimentación complementaria

ABSTRACT

The present study entitled: Level of maternal knowledge about complementary feeding and nutritional status of children from 6 to 12 months of age. José Soto Cadenillas Chota Hospital. 2022, aimed to determine the relationship between the level of maternal knowledge about complementary feeding and the nutritional status of children from 6 to 12 months of age, a quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional study, the sample consisted of 70 mothers and their children between 6 to 12 months, selected through non-probabilistic evidence according to the inclusion criteria. Results: The level of maternal knowledge about complementary feeding has a high level in 74.3%; 87.1% of the children presented a normal nutritional status and 12.9% chronic malnutrition; Regarding the sociodemographic characteristics of the mothers, 48.6% are between 21 and 30 years old; secondary education predominates (51.4%), 75.7% reside in the urban area; and according to the level of knowledge and the nutritional status of mothers with a high level of knowledge, 90.4% of the children presented normal nutritional status and 9.6% chronic malnutrition, while mothers with a medium level of knowledge 77.8 % of their children had normal nutritional status and 22.2% chronic malnutrition. It is concluded that there is no statistical relationship between the variables under study with a Chi square of $p= 0.168$ with a significance level of 5%. That is, the nutritional status not only depends on the level of knowledge of the mother but also on other circumstances that affect the health status of the child.

Keywords: level of knowledge, nutritional status, complementary feeding

INTRODUCCIÓN

El primer año de vida es el período de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y es en este período de vida que el niño es más inmaduro y vulnerable y por ello, es especialmente importante asegurarle una alimentación suficiente y adecuada (1). El niño triplica su peso de nacimiento y alcanza un aumento de unos 25 cm de talla, tal es así, que un niño nace con 50 cm medirá 74 a 75 cm en su primer cumpleaños (2).

La adecuada nutrición es un elemento crucial de la buena salud en este ciclo de vida, en especial los 1000 primeros días de vida considerados como una ventana de oportunidad desde el punto de vista nutricional, pues una adecuada alimentación durante ese período tiene un impacto enorme en la salud, desarrollo físico e intelectual del niño (3).

En el Perú en el año 2021, la desnutrición crónica afectó al 11,5% de niñas y niños menores de cinco años de edad, se presentó en mayor proporción en niñas y niños cuyo intervalo de nacimiento es menor a 24 meses (18,5%). La desnutrición crónica afectó principalmente a los departamentos más pobres del país como Huancavelica (27,1%), Cajamarca (20,9%) (4).

A través de las prácticas académicas en el internado hospitalario se ha observado que la mayoría de niños al iniciar la alimentación complementaria presentan problemas nutricionales cuando la madre no cumple de forma adecuada y oportuna con la introducción de alimentos en la dieta del niño; muchas veces la alimentación es desordenada, rica en azúcar, sal y con una escasa ingesta de proteínas y alimentos con alto valor nutricional.

La investigación tiene como tema de estudio el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de sus niños entre 6 a 12 meses, el estudio se justifica teniendo en cuenta el impacto negativo a futuro de la desnutrición crónica en el futuro de los niños, tanto a nivel académico, de salud y laboral.

El estudio tiene una orientación deductiva, por tanto, tiene un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, es de tipo descriptivo – correlacional y de corte trasversal. El desarrollo del estudio no ha presentado limitaciones de algún tipo.

Por cuanto, la presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad. Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2022. En los resultados no se encontró relación estadística entre las dos variables siendo $p= 0,168$ a un nivel de significancia del 5%.

La estructuración de la presente investigación consiste:

- **El capítulo I**, constituye el problema de investigación donde considera la definición, delimitaciones y planteamiento del problema, seguido de la justificación del estudio y los objetivos tanto general como específica.
- **El capítulo II**, contiene el marco teórico albergando los antecedentes, bases teóricas, hipótesis de investigación y las variables de estudio.
- **El capítulo III**, es el diseño metodológico donde se considera al diseño y tipo de investigación, seguido de la población, muestra, unidad de análisis; luego, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, el procesamiento y análisis de datos, y las consideraciones éticas y las dificultades o delimitaciones encontradas en el desarrollo del estudio.
- **El capítulo IV**, plasma los resultados obtenidos, así como el análisis de los mismos.
- **El capítulo VI**, se consideran las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Definición y delimitación del problema de investigación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la lactancia materna y la administración de leche humana deben ser la práctica normal en la alimentación y nutrición de los lactantes, recomienda que los lactantes sean alimentados exclusivamente con leche materna durante 6 meses (5). La leche materna no es suficiente para satisfacer en forma exclusiva el requerimiento de algunos nutrientes esenciales y de energía (6).

El proceso de la alimentación complementaria se inicia a partir de los 6 hasta los 24 meses de edad, constituye el segundo paso fundamental en la nutrición infantil después de la lactancia materna exclusiva (7). Debido al rápido crecimiento físico y desarrollo neurológico, las necesidades nutricionales son elevadas, por lo que necesitan empezar a consumir alimentos complementarios en pequeñas cantidades que permitan cubrir las brechas nutricionales, principalmente de energía y hierro (8).

El conocimiento de las madres proviene de varias fuentes; reciben información sobre nutrición infantil en los establecimientos de salud, de sus familias, amigos y medios de comunicación, pues el Estado y otros actores promueven la difusión de este conocimiento. Por último, las madres no solo se guían por la información proveniente de fuentes externas: ellas pueden formar sus propias percepciones de lo que está bien respecto al crecimiento de sus niños; en estos casos, es probable que tomen decisiones sobre la base de información subjetiva y sesgada (9).

Durante la alimentación complementaria las madres utilizan sus conocimientos, los cuales ha sido aprendidos de generación en generación en la familia, amigos y la experiencia que tiene la madre para introducir los alimentos. Estos saberes dependen de varios factores como el nivel educativo, la información brindada por los profesionales de salud, lo escuchado en los medios de comunicación, vivencias previas y otros (10).

La información y el conocimiento independientemente de donde provengan motivan y fundamentan las acciones de las madres. Así las prácticas y los cuidados de las mujeres están condicionados a lo que consideran adecuado para sus hijos. De este

modo, la alimentación que la madre brinda al niño durante y después de la lactancia, la importancia que otorga a los controles de salud y sus prácticas de higiene, entre otros factores, son el reflejo de su conocimiento sobre alimentación y cuidado infantil (9).

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021- Nacional y Regional (ENDES) a nivel nacional ha reportado que el consumo de alimentos sólidos o semisólidos es mayor entre las niñas y niños menores de tres años de edad que no están lactando; los mayores porcentajes se aprecian en el consumo de algún alimento sólido o semisólido (99,1%), le siguen alimentos con carne, aves, pescado, huevo (94,3%) y alimentos en base a grano, trigo, cereal (88,4%). Por otro lado, el 82,3% de niñas y niños menores de tres años de edad que estuvieron lactando recibieron algún alimento sólido o semisólido, destacando los alimentos preparados a base de carne / aves / pescado / huevo (74,3%), seguido de los preparados de grano, trigo o cereal (67,9%) y de tubérculos / raíces (62,0%) (11).

Durante el año 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) especifica que el aproximado de muertes en niños debido al problemas de nutrición o desnutrición es de 2,7 millones, representando 45% en tasa de mortalidad de infantes. La alimentación es fundamental en el desarrollo del niño, ante ello, debe garantizarse durante sus primeros años de vida una alimentación adecuada, ello conlleva a prevenir patologías que puedan desencadenar en situaciones lamentables e irreversibles (12).

A pesar de los progresos, en el mundo 149 millones de infante en promedio hasta los 5 años continúan padeciendo de retraso en el crecimiento y casi 50 millones padecen de emaciación. En hogares pobres y zonas rurales se tienen que sólo 1 de cada 5 niños de entre 6 y 23 meses de edad, recibe la alimentación mínima que se recomienda para un crecimiento saludable y adecuado del cerebro (13).

En América Latina la desnutrición crónica (talla baja para la edad) es un problema en el 67% de países, de los cuales el 10% lo sufre la población infantil. En el otro extremo está la obesidad y sobrepeso, de los cuales 4 millones de niños menores de 5 años lo padece (2018) (14).

Según el Instituto Nacional de Salud (INS) a nivel nacional reportó que, en el primer semestre del año 2022, se apreció en los niños menores de cinco años, que la desnutrición crónica (patrón OMS) fue de 15,0%; desnutrición global 3,8%; la desnutrición aguda 1,8%, el sobrepeso 6,9% y la obesidad fue de 1,9%. A nivel

Regional se registró que el 1,3% de niños menor de 5 años presentaron desnutrición crónica, 1,3% desnutrición aguda 6,6% riesgo de desnutrición aguda, sobrepeso 5,0%, obesidad 1,2%, 4.8% desnutrición global (15).

A nivel local en el distrito de Chota, según el reporte de la oficina de estadística en el año 2020, los niños menores de 3 años 5,6% presentaron desnutrición global, 1,7% desnutrición crónica, 46,3% riesgo de desnutrición crónica, 1,7% desnutrición aguda, 4,6% sobrepeso, 1,2% obesidad (16).

Durante el internado en el Hospital José Soto Cadenillas en la atención diaria en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo a partir de los 5 meses de edad se brinda consejería alimentaria a las madres que iniciarán a alimentar a sus niños y niñas a los 6 meses de edad, al interactuar con ellas se evidenció la deficiente información que tienen las madres referente a alimentación complementaria y al tipo de alimentos, cantidad y número de veces que debería recibir sus niños, ya que algunas madres iniciaban la alimentación antes de los 6 meses de edad y en otros casos pasaba los 6 meses y con alimentos que no aportan los nutrientes necesarios que el niño necesita, posiblemente a que la mayoría mantienen costumbres de su familia; afectando el estado nutricional de los niños detectándose riesgo nutricional, bajo peso y/o baja talla.

En la mayoría de los hogares de Chota, el cuidado del niño y su alimentación es responsabilidad exclusiva de la madre, quien acompaña a su hijo a sus controles de crecimiento y desarrollo, vacunas, participa en actividades de promoción de la salud, recibe a la enfermera cuando visita su vivienda, escucha atentamente los consejos sobre la salud del niño y como alimentarlo el primer año de vida, y puede repetir lo que el personal de salud le informa en cada encuentro, sin embargo, la escasa sensibilización sobre el tema, falta de interés, arraigadas costumbres alimentarias, presión de la familia o la pareja, pueden limitar su decisión en el momento de preparara y alimentar a su niño menor de un año.

Con lo descrito anteriormente la presente investigación busca investigar sobre el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre alimentación complementaria y su relación en el estado nutricional en niños y niñas de 6 a 12 meses.

1.2. Problema de investigación

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses, Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2022?

1.3. Justificación

Entre los 6 y 24 meses de edad, la alimentación complementaria se convierte en el principal promotor del crecimiento y desarrollo del niño; puesto que, en esta es una edad que demanda de requerimientos nutricionales adicionales que se ven incrementando debido al acelerado crecimiento del niño (1).

Los resultados tienen relevancia social porque permite al personal de enfermería tomar acciones y reorientar las actividades de la consejería nutricional con el fin de promover la introducción adecuada de la alimentación complementaria y así mejorar el estado nutricional de los lactantes.

Las beneficiarias del estudio son las madres quienes son las responsables directas de la nutrición de los niños, quienes con conocimientos óptimos sobre alimentación complementaria aseguran el crecimiento y desarrollo apropiado de los niños y niñas.

De otro lado, los resultados de la investigación pueden servir como línea base para que los profesionales responsables de las decisiones políticas sociales focalicen, gestionen y planifiquen su trabajo con datos reales y orienten su accionar a la mejora de la salud infantil.

1.4. Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad. Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2022.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad. Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2022.
- Identificar el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria de los niños de 6 a 12 meses de edad. Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2022.
- Determinar el estado nutricional de los niños 6 a 12 meses de edad. Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2022.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Rakotomanana et al. en la tesis titulada Conocimientos, actitudes y practicas maternas de alimentación complementaria y desnutrición infantil en la región de Vakinankarata. Madagascar (2020). El objetivo fue evaluar los conocimientos y practicas maternas de alimentación complementaria y la asociación con la antropometría de niños de 6 a 23 meses de edad. Investigación cuantitativa de método descriptivo, correlacional. Los resultados más relevantes fueron que la mayoría de madres tenía conocimientos adecuados excepto en la frecuencia de alimentación del niño entre 9 y 23 meses, el 23,3% respondió correctamente y solo el 63,9% señalaba que los niños menores de 6 meses deben recibir solamente lactancia materna exclusiva, en el caso del estado nutricional encontraron con retraso de crecimiento (T/E -2) 68% de niños, 23.4% tenían bajo peso (P/E -2) y 3,2 % emaciación (P/T -2). Concluyeron que a mayor conocimiento mejores prácticas de alimentación complementaria y que los indicadores de conocimiento sobre alimentación del lactante y el niño pequeño no se asocian a retraso en el crecimiento o la emaciación (17).

Ajete S, en la investigación sobre Conocimiento, actitudes y prácticas alimentarias de madres con niños de 6 a 24 meses. Cuba. 2017. Tuvo como objetivo evaluar los conocimientos, actitudes y practicas alimentarias de madres con niños de 6 a 24 meses de edad en San Cristóbal Artemisa fue un estudio descriptivo, transversal. Los investigadores obtuvieron como resultado que solo el 27,2% de los niños tenían valores apropiados respecto a su peso corporal, en el 16.3% se hallaron valores de talla para la edad menores al percentil 10, concluyendo que no todas las madres del estudio tenían adecuado conocimiento sobre los alimentos que deben darle a su niño a partir del primer año de vida (18).

Romero D, en el estudio sobre Conocimientos, prácticas y actitudes maternas sobre alimentación complementaria y estado nutricional de niños (as) entre 6 a 12 meses. Chilca.2017, el objetivo fue determinar la relación de los conocimientos, prácticas y actitudes maternas sobre la alimentación complementaria con el estado nutricional de niños entre 6 -12 meses de edad. Investigación básica, prospectivo transversal. Los

resultados fueron: 51,5% tienen un grado de conocimiento bajo. DE las mujeres que presentaron conocimiento bajo el 17,3% de sus hijos tienen bajo peso, de las que tienen conocimiento medio, el 15,1% tienen talla baja. Se concluyó que el grado de conocimiento de las mamás en cuanto a la alimentación complementaria están relacionadas al estado nutricional (19).

Flores Z, realizó un estudio Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional y anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses de la Provincia de San Martín, 2019 cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria, estado nutricional y anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses. Estudio descriptivo, correlacional. Los resultados fueron: 71,8% tuvieron un nivel de conocimiento medio, 16,3% un nivel alto y bajo con 12%, según el estado nutricional 79,8% está normal, 12,8% desnutridos y 7,5% con sobrepeso (20).

Lima Y, en la investigación titulada Conocimientos sobre Alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional en madres de niños de 6 a 36 meses del Programa Juntos, Caspa Central, Chucuito 2019, cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre el conocimiento que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional en niños de 6 a 36 meses del Programa Juntos del Centro Poblado de Caspa Central, estudio descriptivo, correlacional. Los resultados: 70% de madres presentaron un regular conocimiento, 20% nivel de conocimiento bueno y 10% nivel de conocimiento deficiente (21).

Valentín V, en el estudio sobre Nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño entre 6 y 24 meses del C.S. San Sebastián 2020, el objetivo fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño entre 6 y 24 meses de edad. Estudio descriptivo correlacional y de corte transversal. Los resultados fueron 90% de madres presentó un nivel de conocimiento medio, 8,3% alto y 1,7% bajo. En lo que respecta al estado nutricional el 71,3% de niños presentó un peso adecuado para la talla, 58,3% talla adecuada para la edad y el 86,7% un peso adecuado para la edad. Sin embargo, 21,7% presentó talla baja o desnutrición crónica, 16,7% sobrepeso, 6,7% desnutrición aguda y 3,3% obesidad (22).

López A, realizó un estudio titulado Relación del nivel de conocimiento materno en alimentación complementaria y el estado nutricional en niños del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2018, cuyo objetivo fue: determinar la relación del nivel de conocimiento materno en alimentación complementaria y el estado nutricional en niños de 6 a 12 meses de edad. Estudio descriptivo, transversal y correlacional. Los resultados fueron: El nivel de conocimiento de las madres mostró que 89,2% presentó un nivel bajo, 7,2% nivel medio y 3,6% nivel alto. Respecto al estado nutricional 84,3% tuvo diagnóstico normal, 8,9% desnutrición aguda, 3% obesidad y 2% desnutrición severa. Se concluyó que existía relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 11 meses, con una significancia $p < 0,01$, aplicando chi-cuadrado (23).

Chiclote A. en la investigación Conocimiento y prácticas acerca de alimentación complementaria en las madres con niños de 6 a 12 meses atendidos en Hospital General de Atención Celendín-2021 el objetivo fue determinar el conocimiento y prácticas acerca de alimentación complementaria en las madres con hijas e hijos de 6 a 12 meses atendidos en el consultorio CRED. Estudio descriptivo, enfoque cuantitativo y de corte transversal. Los resultados fueron: El 45% de las madres de familia tienen más de 30 años, casi 21% de madres tienen primaria incompleta y otra proporción similar secundaria incompleta, la gran mayoría son convivientes, más del 80% de las madres se dedican a su casa. Las madres con niños de 8 a 12 meses más de la mitad conocen acerca del tema; madres con niños de 6 y 7 meses menos del 50% desconocen del tema por lo que se concluye que, a mayor edad del niño, mayor conocimiento tiene la madre (24).

Peralta W, en su investigación Nivel de conocimientos de las madres de lactantes de 6 a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el Puesto de Salud San Antonio de Iraca – Cajamarca, 2017, tuvo el objetivo determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria. Estudio descriptivo, transversal. Los resultados fueron: 58% de madres tuvo bajo nivel de conocimiento bajo, 30% medio y el 12% alto. En cuanto a la cantidad de alimentos 58% presento nivel bajo de conocimientos y 30% medio, en la frecuencia con la que se debe proporcionar alimentos 52% de las madres tuvo conocimiento bajo y 30% medio, en cuanto a la consistencia de los alimentos 56% presentó conocimiento bajo y 26% medio (25).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Modelo de promoción de la salud (Nola J. Pender)

El modelo de atención de enfermería propuesto por Nola Pender refleja las interrelaciones que existen entre los factores no modificables (variables independientes) y los factores modificables (variables dependientes) que influyen en las conductas promotoras de salud. Nola Pender, expresó que el comportamiento está motivado por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano, luego se interesó en crear un modelo de atención que les diera a las personas respuesta sobre su propia atención médica y la forma en que las personas toman decisiones sobre su propia salud y de las personas a su cargo. Nola Pender, se refiere tanto a las personas como a la salud en el ambiente que las rodea, (ambiente), donde los teóricos se refieren a la interacción entre factores cognitivo-perceptuales y modificadores que influyen en la aparición de conductas promotoras de salud (26).

El enfermero (a), personal responsable del cuidado de la salud, es el principal agente responsable de motivar a los usuarios para el mantenimiento de su salud personal. El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender se basa en creencias basadas en: edad, género, cultura (una de las condiciones más importantes para adoptar un determinado estilo de vida), nivel económico (26).

Por esta razón, se tomó como base el modelo de Nola Pender, tal como fue descubierto para orientar a las personas sobre cómo cuidarse a sí mismas y llevar una vida saludable. El modelo identifica factores cognitivos perceptuales en personas, que alteradas por las características situacionales, personales e interpersonales que conducen a la participación en conductas promotoras de la salud cuando existe una guía para la acción (26).

Este modelo es adecuado para la investigación, ya que las características y experiencias individuales de las madres de los niños y niñas de 6 a 12 meses, así como los conocimientos y comportamientos específicos influyen en los hábitos alimentarios saludables, siendo un factor decisivo, en su estado nutricional. Por ello, es fundamental promover conductas saludables, para que los niños tengan su pleno desarrollo.

2.3. Bases Conceptuales

2.3.1. Conocimiento

Bunge señala que el conocimiento es un conjunto de información que la persona adquiere como resultado de la experiencia, también lo define como la sumatoria de saberes que se poseen sobre un aspecto de la realidad que se obtienen a través de un proceso de aprendizaje que ayudará a cambiar las opiniones. Todo conocimiento es objetivo y subjetivo a la vez: objetivo porque corresponde a la realidad; subjetivo porque está impregnado de elementos pensantes implícitos en el acto cognoscitivo. El conocimiento vincula procedimientos mentales con actividades prácticas (27).

El nivel de conocimiento de las madres es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizajes de la madre, también el aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones y actividades de quien aprende (28).

Clasificación.

- **Conocimiento previo:** Es la información que el individuo tiene almacenada en su memoria debido a sus experiencias pasadas y que ayuda a la adquisición de nuevos aprendizajes (29).
- **Conocimiento empírico:** se refiere al saber que se adquiere por medio de la experiencia, percepción, repetición o investigación. Este tipo de saber se interesa por lo que existe y sucede, no se interesa en lo abstracto. Es la experiencia que se tiene del medio natural, se produce a través de los sentidos y de la manera en cómo se percibe la realidad (30).
- **Conocimiento científico:** Es apoyado por una suposición y su comprobación, que siguió un método riguroso y que sus conclusiones son objetivas, esto es, independientemente de la voluntad o subjetividad de las personas que participan en el proceso de investigación (30).

2.3.2. Conocimiento sobre alimentación complementaria

La alimentación complementaria es tal vez uno de los procesos con mayor vulnerabilidad para el estado nutricional de la población menor de dos años de

edad. Por tal razón, la importancia que adquieren los alimentos, la consistencia y el proceso de introducción en la alimentación, es una característica definitiva en el análisis del estado nutricional de las niñas y niños (31).

Las madres obtienen el conocimiento sobre la alimentación complementaria a través de la experiencia, durante acontecimientos o situaciones que quedan en la memoria de la madre y que son transmitidos de generación en generación. A la vez el conocimiento también se obtiene de la recopilación de información que haya recibido a lo largo del proceso de control de crecimiento y desarrollo de su niño durante las consejerías nutricionales que realiza el profesional de salud. Esta información se brinda utilizando diversos recursos como una sesión educativa, sesiones demostrativas, afiches, entre otros. Los cuales están enfocados en facilitar a las madres un asesoramiento nutricional que sea consistente y conforme a los valores culturales y en el que se recomienda la utilización de alimentos de la zona.

Las madres son directamente responsables de la alimentación de los niños y siempre están interesadas en disponer de información precisa para que sus decisiones en materia de alimentación sean correctas, en algunos casos están limitados por su entorno inmediato. Puesto que es posible que su contacto con el sistema de atención de salud sea poco frecuente durante los dos primeros años de vida de un niño, no es extraño que los dispensadores de atención estén más influidos por las posturas de la comunidad que por el asesoramiento de los agentes de salud (32).

2.3.2. Alimentación Complementaria

2.3.2.1. Definición

Proceso por el cual se ofrecen al lactante alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna en forma gradual, como complemento y no como sustitución de esta, para cubrir sus requerimientos nutricionales. Este es un periodo que regularmente se inicia a los 6 meses de edad (8).

2.3.2.2. Objetivos de la Alimentación complementaria

La introducción de la alimentación complementaria busca alcanzar los siguientes objetivos:

- Fomentar el adecuado crecimiento y desarrollo en los aparatos y sistemas del niño mayor de 6 meses y menor de 11 meses.
- Brindar los nutrientes que son insuficientes en la leche materna para los niños mayores de 6 meses y menores de 11 meses.
- Distinguir diversos sabores, colores, texturas para los niños mayores de 6 meses y menores de 11 meses.
- Desarrollar hábitos de alimentación saludables en los niños mayores de 6 meses y menores de 11 meses (1).

2.3.2.3. Inicio de la Alimentación complementaria

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

- a) Maduración digestiva: la función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente).
- b) Maduración renal: a los 6 meses la filtración glomerular es del 60-80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitadas entre los 6 y 2 meses.
- c) Desarrollo psicomotor: hacía los 5 meses el bebé a llevarse objetos a la boca; a los 6 meses el lactante inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los 8 meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar los alimentos más espesos; hacia los 10 meses puede beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos.
- d) Maduración inmune: la introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de gran

influencia sobre el patrón de inmunorespuesta, y los factores específicos tolero génicos y protectores del intestino que aporta la leche humana puede modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas (33).

2.3.2.4. Cantidad de alimentos

Es conveniente recordar que la capacidad gástrica del lactante es pequeña (aproximadamente 30 ml/kg de peso) por lo que es importante ofrecer alimentos de alta densidad energética y con una cantidad elevada de micronutrientes, en toma pequeña y frecuente. Se recomienda comenzar con raciones pequeñas, aumentando la cantidad a medida que el niño crece, mientras se continúa ofreciendo el pecho con frecuencia (34).

- A partir de los 6 meses de edad, se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida.
- Entre los 7 y 8 meses, se aumentará a 1/2 taza (100 g ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) o servir la mitad de un plato mediano.
- Entre los 9 y 11 meses, se incrementará a 3/4 de taza (150 g ó 5 a 7 cucharadas aproximadamente) servir casi completo el plato mediano (34).

2.3.2.5. Frecuencia de alimentos

El número apropiado de comidas que se ofrecen a la niña o niño durante el día depende de la densidad energética de los alimentos que se usen localmente y de las cantidades consumidas en cada comida. La frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0,8 kcal/g de alimento. Como norma general para el lactante sano amamantado, se aconseja:

- A los 6 meses, se empezará con dos comidas al día y lactancia materna frecuente.
- Entre 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 (34).

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 (34).

2.3.2.6. Consistencia de los alimentos

La consistencia más apropiada de la comida dependerá de la edad y las habilidades de masticación que haya desarrollado el niño. Cuando se ofrece alimentos de consistencia inapropiada, es probable que el niño no sea capaz de consumir las cantidades suficientes para asegurar su crecimiento (35).

A los 6 meses, se iniciará con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamoras o purés.

- A 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.

Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, gaseosas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio, las preparaciones espesas como puré o mazamorra, tiene la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las necesidades nutricionales de la niña o niño (34).

2.3.2.7. Alimentación Balanceada y Combinación de alimentos

Ningún alimento único proporciona todos los nutrientes que el cuerpo requiere por esta razón el niño debe comer prea raciones balanceadas combinando diferentes alimentos.

Estas proporcionan energía, proteínas, vitaminas y minerales necesarios para el adecuado crecimiento y desarrollo el niño (36).

Los Macronutrientes; como las proteínas llamadas también constructores, porque ellos van a servir de materia prima para la formación y construcción de todos los tejidos y estructuras que forman nuestro cuerpo. También son importantes en el desarrollo del cerebro y de las funciones cognitivas (37). Las carnes, pescado, huevos, vísceras, etc, contienen un elevado porcentaje de proteína en su composición (38).

Los carbohidratos son fuente principal de energía, que durante el metabolismo se queman para producir energía y liberan CO₂, cada gramo de carbohidrato proporciona 4 calorías (36).

Las grasas durante los primeros meses de vida son la principal fuente de energía proporcionan aproximadamente el 50% de la energía consumida y son además fuente de ácidos grasos esenciales indispensables para un buen crecimiento físico y para el desarrollo del sistema nervioso. Al introducir alimentos sólidos el aporte de energía de las grasas disminuye del 40% hasta el 20% de acuerdo con el tipo de dieta que reciba el niño (36).

Los primeros dos años de vida la grasa es esencial para el niño porque le provee de ácidos grasos y colesterol necesario para formar las membranas celulares en todos los órganos y en particular órganos importantes como son la retina del ojo y el sistema nervioso central están constituidos predominantemente por grasas, gran parte de las grasas necesarias para la formación de estos tejidos está constituida por ácidos grasos esenciales, que no pueden ser sintetizados por el organismo y deben ser aportados por la dieta (36).

Después del tejido adiposo, el cerebro es el órgano que contiene mayor cantidad de grasa, participando principalmente en la arquitectura de las membranas celulares. Todas las células y orgánulos en el cerebro son muy ricas en ácidos poliinsaturados omega 3, omega 6. En el sistema nervioso, en promedio, un ácido graso de tres es poliinsaturado, por lo que se debe adquirir a través de la alimentación (38). El ácido graso esencial omega 3 influye también directamente en la producción y la liberación de algunos neurotransmisores como la serotonina y la dopamina (34). La disminución de la omega 3 ácido docosahexaenoico (DHA) en el cerebro, conduce a déficit en la formación de neuronas, fallo en el metabolismo de los neurotransmisores cerebrales. Alteración de la capacidad visual y el aprendizaje (36).

Micronutrientes como las vitaminas; son compuestos orgánicos indispensables para el organismo ya que el cuerpo no puede producir sus propias vitaminas excepto la vitamina D, las vitaminas se clasifican en liposolubles (A, D, E, K), e hidrosolubles, Vitamina C, vitamina B1 (tiamina), vitamina B2 (Riboflavina), vitamina B3 (Niacina), vitamina B5 (Ácido pantoténico), vitamina B6 (Piridoxal), vitamina B8 (Biotina), vitamina B12 (Cobalamina Ácido fólico) (36).

Preparaciones espesas, purés o segundos: para proveer una adecuada alimentación complementaria del niño es necesario utilizar alimentos variados, como los cereales, tubérculos, alimentos de origen animal, menestras, frutas y verduras. Es conveniente decirle a la madre que no tienen que preparar una olla aparte para el niño, los alimentos que ella utiliza para la comida de toda la familia pueden ser la base de una buena papilla.

Los tubérculos como la papa, camote, yuca y los cereales como el arroz, el trigo, la quinua, la kiwicha, los fideos, etc. son buenos alimentos para prepararle a los niños siempre y cuando sean espesos como purés, mazamorras o segundos y se combinen adecuadamente con los alimentos que se señalan a continuación:

- Productos de origen animal que contienen hierro: los alimentos de origen animal contienen proteínas de alta calidad. Además, el hígado, bazo, sangrecita, el pescado contienen mucho hierro necesario para el crecimiento y desarrollo del niño. Si estos alimentos se encuentran disponibles en el hogar y al alcance del presupuesto familiar, es importante incluir estos alimentos en una pequeña cantidad (al menos 2 cucharadas) por lo menos 3 días a la semana en las comidas del niño para favorecer su crecimiento y desarrollo y evitar la anemia (36).
- Menestras o leguminosas: las arvejas, habas, frijoles, lentejas, son muy nutritivas si se combinan con los cereales como el arroz, el maíz, el trigo, la cebada y/o tubérculos como la papa, la yuca, la oca, en una relación de dos porciones de cereal por una porción de menestra.

Las menestras proporcionan también hierro en menor nivel de absorción que los de origen animal, pero son importantes fuentes de proteína y deben incluirse en la alimentación a partir de los 6 meses, teniendo cuidado de quitarle la cáscara

cuando se utilizan granos enteros hasta que cumpla un año o en todo caso se puede utilizar las harinas de habas, de arveja o de frijol soya para preparar mazamorra (36).

- Frutas y verduras de color amarillo, anaranjado y hojas de color verde oscuro: deben ser parte de la alimentación del niño. Deben ofrecerse limpias, frescas, cocidas y en forma de puré, picadas o en jugos acompañando a las comidas. Darle una fruta y una verdura amarilla, anaranjada o de color verde oscuro cada día.
- Las verduras de hojas de color verde oscuro como la espinaca, acelga, hojas de quina, son ideales para la alimentación infantil. Así también las verduras amarillas o anaranjados como la zanahoria y el zapallo. Servir medio plato de comida espesa cada vez que le ofrezca comer. Después de su comida darle pecho todas las veces que el niño quiera.
- Otros alimentos: la ingestión en el primer año de vida es fundamental para asegurar el aporte de energía dietética requerida. Entre el 40% y 60% de la energía ingerida por niños alimentados con leche materna provienen de grasas. No es recomendable limitar la cantidad o tipo de grasas en la dieta durante los primeros dos años de vida.
- Los aceites y grasas especialmente vegetales, deben añadirse en una pequeña cantidad (1 cucharadita) a la comida de los niños de 6 a 24 meses, ya que agregan una buena cantidad de energía en poco volumen de alimento.
- Además, suavizan las comidas y les dan un sabor agradable (36).

2.3.2.8. Alimentos por introducir

La leche sigue siendo una parte fundamental de la dieta una vez introducida la alimentación complementaria. La leche materna debería seguir siendo la principal fuente nutritiva durante el primer año de vida. (38).

La leche materna puede contribuir sustancialmente al consumo de nutrientes entre 6 y 24 meses, sobre todo en proteínas y vitaminas. Sin embargo, su aporte es relativamente bajo en algunos minerales como el hierro y el zinc aun teniendo en cuenta su biodisponibilidad (34).

La carne es una buena fuente de proteínas de alto valor biológico (contiene todos los aminoácidos esenciales), hierro, cinc y de ácido araquidónico (el principal ácido graso poliinsaturado de cadena larga de la serie omega 6). Los nutrientes están más concentrados en la carne magra que en la grasa (38).

Los cereales son una fuente importante de fibra y energía, dado su contenido en hidratos de carbono, por lo que se recomienda su ingesta a diario, además de aportar proteínas de origen vegetal, minerales, ácidos grasos esenciales y vitaminas (especialmente tiamina). Cualquier variedad de cereal de grano es válida: pan integral, maíz, avena, quinua, etc según las costumbres de cada familia (38).

La sal. Una ingesta excesiva de sodio en la infancia temprana puede programar el desarrollo de una presión arterial elevada en etapas posteriores de la vida, especialmente en niños genéticamente predispuestos.

Aceite. Se recomiendan dietas con adecuado contenido en grasas, siendo preferible el aceite de oliva por su composición, en todas las preparaciones culinarias.

Verduras, frutas y hortalizas. Proporcionan vitaminas, minerales, almidón y fibra. Son una fuente importante de vitamina C y vitamina B₆. Las verduras de hoja verde y las frutas y verduras de color anaranjado son ricas en carotenoides, que son transformados en vitamina A; las verduras de hoja verde oscura además son ricas en folatos (38).

El huevo constituye una fuente importante de proteínas y sus grasas son ricas en fosfolípidos con predominio de los ácidos grasos poliinsaturados sobre los saturados. Aunque su contenido en hierro es bastante alto, está ligado a fosfoproteínas y albúmina por lo que es menos biodisponible. Un huevo contiene 6 gr de proteínas (el equivalente a 30 gr de carne magra), ácidos grasos esenciales, vitaminas y hierro (38).

El zinc es importante para el crecimiento y desarrollo normal, aumenta la inmunidad natural contra infecciones. Las mejores fuentes disponibles por su

contenido y biodisponibilidad, son las carnes, hígado, huevo y mariscos.

Promover el consumo diario de futas y verduras disponibles en la zona. Se recomienda el consumo de naranja, aguaje, camu camu, maracuyá, papaya y las verduras, como el tomate (34).

2.3.3. Estado nutricional

Es la condición resultante entre las necesidades alimentarias, la ingestión, la absorción y la utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos para el organismo (39).

a) Evaluación Antropométrica: su aplicación es relativamente sencilla, económica y muy útil. El peso, la talla y el perímetro craneal son las medidas más usadas de forma transversal (momento específico) o longitudinal (a lo largo del tiempo) que a su vez serán relacionadas con la edad o entre sí, definiendo los llamados índices antropométricos.

- Peso para la edad (P/E): relación entre el peso y la edad de un individuo con referencia a su sexo. Utilizada para la valoración y cuantificación de la desnutrición global.
- Talla para la edad (T/E): relación entre la talla y la edad con referencia al sexo de una persona. Empleada para la valoración de desnutrición crónica.
- Peso para la Talla (P/T): relación entre el peso y la talla con referencia al sexo de un individuo. Es más específico para el diagnóstico de desnutrición aguda (40).

Según indicadores antropométricos en la niña y el niño, se utilizarán los siguientes indicadores de acuerdo a la edad y sexo: (41).

Indicador	Definición	Grupo de edad a utilizar
Peso para la edad (P/E)	Peso global	>29 días a < 5 años
Peso para la talla (P/T)	Estado nutricional actual	>29 días a < 5 años
Talla para la edad (T/E)	Crecimiento longitudinal	>29 días a < 5 años

Se define el punto de corte de normalidad para las curvas antropométricas en Desviación Estándar (DS). Así se tiene que la normalidad se encuentra entre + 2 DS a - 2 DS.

La clasificación nutricional de los indicadores antropométricos es:

- **Bajo peso o desnutrición global:** se obtienen de acuerdo al indicador P/E cuando el punto se ubica debajo de - 2DS.
- **Desnutrición aguda:** se obtienen de acuerdo al indicador P/T cuando el punto se ubica por debajo de - 2 DS.
- **Talla baja o desnutrición crónica:** se obtienen de acuerdo al indicador T/E cuando el punto se ubica por debajo de - 2 DS.
- **Sobrepeso:** se obtienen de acuerdo al indicador P/E cuando el punto se ubica por encima de + 2 DS.
- **Obesidad:** se obtienen de acuerdo al indicador P/T cuando el punto se ubica por encima de + 3 DS (41).

Clasificación del Estado Nutricional (41)

Puntos de corte	P/E	P/T	T/E
>+ 3	-----	Obesidad	Muy alto
>+ 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 a - 2	Normal	Normal	Normal
< -2 a - 3	Bajo peso	Desnutrición aguda	Talla baja
< - 3	Bajo peso severo	Desnutrición severa	Talla baja severa

- **Desnutrición:** estado patológico causado por la deficiente asimilación de los alimentos, mala ingestión y absorción de nutrientes o una dieta inapropiada (hipocalórica o hipoprotéica) y bajos recursos económicos. En casos extremos se conoce como Kwashiorkor, que sucede por un déficit proteico-calórico o Marasmo por insuficiencia calórica total en la dieta (42).
- **Sobrepeso:** incremento del peso corporal acompañado de acúmulo de masa grasa en el organismo. Se debe a un desequilibrio entre la cantidad de calorías que se consumen en la dieta y la cantidad de energía (en forma de calorías) que se gasta, durante las actividades físicas.

- **Obesidad:** exceso de grasa (tejido adiposo) corporal. Simboliza el principal factor de riesgo para enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (43).

b) Los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en el 2006 unos nuevos patrones internacionales de crecimiento infantil para lactantes y niños de hasta 5 años. Estos patrones proporcionan información sobre el crecimiento idóneo de los niños demuestran, por vez primera, que los niños nacidos en regiones diferentes del mundo a los que se ofrecen unas condiciones de vida óptimas cuentan con el potencial de crecer y desarrollarse hasta estaturas y pesos para la edad similares.

fue una etapa trascendental para el mundo, pues constituían patrones que mostrarían el adecuado crecimiento y desarrollo de los menores de cinco años que es similar en todas las regiones y que depende más de una alimentación óptima y cuidados adecuados de salud y menos de factores genéticos.

El personal de salud tiene la obligación de emplearlos, puesto que en su contenido se describen a los indicadores antropométricos y su respectiva interpretación; la toma correcta de la misma y las curvas y tablas de crecimiento para los niños y niñas menores de cinco años (44).

2.4. Hipótesis

Hi: El nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria se relaciona con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad que acuden al Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2022.

Ho: El nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria no se relaciona con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad que acuden al Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2022.

2.5. Variables del estudio

Variable 01: Nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria

Variable 02: Estado nutricional del niño de 6 a 12 meses.

2.6. Operacionalización de variables

VARIABLE 1	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIAS	RANGOS	NIVEL DE MEDICIÓN
Nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria	Es un conjunto de sabidurías y opiniones que tienen las madres acerca de la alimentación complementaria, estas pueden ser claros, precisos y ordenados (44).	Cuestionario de alimentación complementaria en el niño (a) de 6 a 12 meses.	- Alto - Medio - Deficiente	De 16 – 22 puntos De 8 – 15 puntos De 0 – 7 puntos	Ordinal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	CATEGORIAS	RANGOS	NIVEL DE MEDICIÓN
Estado nutricional	Es la situación de salud de la persona como resultado de su régimen alimentario, nutrición, estilo de vida, condiciones sociales y condiciones de salud (45).	Se realizará en base a la comparación de indicadores P/E, T/E y P/T con los valores de los Patrones de Referencia vigentes del carné de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años, de acuerdo a los rangos esperados para su edad (+ 2DE) (41).	Peso / edad	- Normal - Desnutrición global	- +2 a -2 DE - <-2 a -3 DE	Ordinal
			Peso /talla	- Normal - Desnutrición aguda	- +2 a -2 DE - <- 2 a -3 DE	
			Talla/edad	- Normal - Desnutrición crónica	-+2 a -2 DE - <- 2 a -3 DE	

Características sociodemográficas de las madres

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Tipo de variable y nivel de medición
Edad	Permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo (46)	Cuestionario de características sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 20 años - De 21 a 30 años - De 31 a 40 años - De 40 a más años 	Cuantitativa de intervalo
	Es un indicador del conocimiento y aprendizaje logrado por la población de 15 y más años de edad, en las etapas educativas del sistema, correspondiente a las diversas fases del desarrollo personal de los educandos (46).		<ul style="list-style-type: none"> - Analfabeta - Primaria - Secundaria - Superior 	Cualitativa ordinal
Lugar de residencia	Lugar de origen del adulto mayor; zona donde vive permanentemente (46).		<ul style="list-style-type: none"> - Urbana - Rural 	Nominal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

Es un estudio cuantitativo, diseño no experimental, de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal. Es descriptivo, porque mostrará la realidad tal como se observa, correlacional porque se establecerá la relación entre las variables de estudio y es de corte transversal porque los datos se recolectarán en un momento determinado (47).

El estudio tiene in diseño no experimental porque no se ha manipulado ninguna variable de estudio, es de tipo descriptivo porque se ha descrito el conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de sus niños, y es correlacional porque se ha indagado sobre la relación estadística entre las variables de estudio y es trasversal porque los datos fueron recopilados en un solo momento.

3.2. Población y muestra

a) **Población:** Estuvo constituida por 90 madres, y sus niños y niñas registrados en el Padrón Nominal del ciclo de vida niño del Hospital José Soto Cadenillas (16).

b) **Muestra:**

El cálculo del tamaño de la muestra para la población finita se realizó de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{e^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

n= tamaño de la muestra

N= 90 madres

Z= confiabilidad al 95%

P= 0.50 (50%) (proporción aproximada de las madres que tienen un nivel de conocimiento de alimentación complementaria)

Q= 0.50 (50%) (proporción aproximada de las madres que tienen un nivel de conocimiento de alimentación complementaria)

E= 0.05 (5%) (tolerancia de error en las mediciones).

$$n = \frac{90 (1.96)^2 (0.50) (0.50)}{(0.05)^2 (90 - 1) + (1.96)^2 (0.50) (0.50)}$$

$$n = 70$$

3.3. Criterios de inclusión

- Madres con niños entre de 6 a 12 meses de edad.
- Madres de familia que sus niños (as) hayan sido atendidos de dos a más veces en el consultorio de crecimiento y desarrollo
- Madres que aceptaron participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Niños de 6 a 12 meses con menos de dos atenciones en el consultorio de crecimiento y desarrollo.
- Niños nacidos pretérmino

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis fue cada una de las madres y niños de 6 a 12 meses de edad que recibió atención en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital José Soto Cadenillas. 2022.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

a) Técnicas

Para la recolección de la información se utilizó la entrevista, según Hernández, R, son aquellas preguntas que contienen categorías u opciones de respuesta que han sido previamente delimitadas. Es decir, se presentan las posibilidades de respuestas a los participantes, que deben acotarse a éstas (47).

La información fue recolectada entre los meses de setiembre y octubre del 2022.

b) Instrumento:

El instrumento usado para recabar datos sobre conocimientos de las madres en relación a la alimentación complementaria fue un cuestionario elaborado por Bartolomé. E (48). (Anexo 03), que fue validada por 7 jueces de expertos en la materia y medida a través del AIKEN donde el valor alcanzado fue de 0.88 superior a 0.60 dando por aprobada su aplicación.

El cuestionario consta de 2 partes:

En la primera parte se encuentran los datos sociodemográficos de la madre: edad, estado civil, grado de instrucción.

La segunda parte consta de 22 preguntas tipo cerradas. El valor de cada pregunta acertada es 1 punto. La clasificación del puntaje fue de la siguiente manera:

- Alto: 16 – 22 puntos
- Medio: 8 – 15 puntos
- Deficiente: 0 – 7 puntos

Para recolectar la información del Estado nutricional de la niña o niño, se usó una ficha de recolección de datos antropométricos elaborada por la investigadora (Anexo 06). Donde se considera:

- Datos de Lactante: Nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, peso, talla, estado nutricional.

Para el diagnóstico del Estado nutricional: Se usaron los valores estándares de acuerdo al Carnet de atención integral de salud y de las tablas de valoración nutricional antropométrica para niños y niñas menores de 5 años del Ministerio de Salud (41). (Anexos 04 y 05).

3.6. Procedimiento y análisis de datos

a) Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

- Se solicitó permiso a la directora del Hospital José Soto Cadenillas para aplicar el instrumento.
- Luego se coordinó con el profesional de enfermería responsable del programa de crecimiento y desarrollo.
- Las madres participantes fueron las que acuden a la cita de control de CRED de su niña o niño.

- Se explicó a la madre antes de ingresar al consultorio de control de CRED el objetivo de la investigación, si aceptaba participar firmó el consentimiento informado antes de iniciar la entrevista (Anexo 01)
- La investigadora se encargó de obtener los resultados de la valoración del estado nutricional, primero tomó el peso y longitud según el procedimiento de medición de las variables antropométricas (Anexo 05), se utilizaron los indicadores antropométricos Peso/Edad, Talla/Edad y Peso/Talla de acuerdo a la edad y sexo, luego se obtuvo el diagnóstico nutricional según lo establecido en la Norma Técnica N°137 emitida por el Ministerio de Salud (41), comparando con los patrones de referencia y puntos de corte del carnet de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años.

Teniendo en cuenta los lineamientos de bioseguridad en centros hospitalarios post pandemia se tuvo en cuenta las siguientes medidas:

- La investigadora fue correctamente uniformada.
- Se respetó distanciamiento social al menos de 1.5 metros al aplicar el cuestionario sobre conocimientos de alimentación complementaria.
- Se desinfectó sus manos con alcohol a cada momento.

3.7. Validez y confiabilidad del instrumento.

Para conocer la validez y confiabilidad del instrumento de recolección de información se aplicó una prueba piloto en 12 madres de familia con hijos de 6 a 12 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo atendidos en la Red de Salud Chota con similares características a la población de estudio, obteniendo una confiabilidad mediante la prueba estadística de Alfa de Crombach de 0,675.

La información fue recolectada en el mes de setiembre del 2022.

b) Procesamiento y análisis de datos

La información fue recolectada manualmente por la investigadora, codificada y digitada para su procesamiento estadístico. Posteriormente fue ingresada a una hoja de cálculo Excel y procesada utilizando el programa SPSS Versión 25.0 con el que se conoció el comportamiento de las variables de investigación.

Los resultados son presentados en cuadros estadísticos simples y de doble entrada, en forma numérica y porcentual.

Para el análisis de los datos se utilizó la siguiente técnica estadística: la prueba de Chi cuadrado para conocer la relación de las variables.

3.8. Consideraciones éticas

- **Beneficencia y no maleficencia:** Se lograrán los máximos beneficios y se reducirá el daño y la equivocación; además de evitar cualquier incomodidad durante el estudio, garantizando del mismo modo la privacidad, confidencialidad y anonimato de la información recolectada ya que la misma sólo la manejarán la investigadora (49)
- La investigación desde su planteamiento y recolección de datos no causó ningún daño físico o emocional a las madres y niños, fueron informadas sobre los riesgos así mismo, podían dejar en cualquier momento el estudio o negarse a participar.
- **Principio de respeto a la dignidad humana:** Se refiere a la capacidad de tomar decisiones sin intervención ajena (49).

En este caso, cada participante utilizó su criterio a responder a cada una de las interrogantes sin la intervención de la investigadora, de esa forma proporcionaron la información real y pertinente.

- **Justicia y equidad:** Se refiere al derecho que toda persona posee de ser favorecida con los resultados de la investigación en la que participa, que dicho estudio se realice realmente en el grupo que se requiere investigar y que solo se utilice una población vulnerable cuando en esta sean provechosas las consecuencias (49).

Durante el desarrollo del estudio, todas las madres y niños tuvieron la oportunidad de participar de la investigación siempre y cuando cumplieren con los criterios de inclusión correspondientes.

- **Confidencialidad:** no se revele la identidad de los participantes; ni se indique de quiénes fueron obtenidos los datos y anonimato. Traicionar la confianza de los participantes es una seria violación a los principios de la ética y la moral (50).

En la presente investigación se aseguró el anonimato de la información brindada por las madres, no se reveló la identidad de las participantes.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad. Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2022.

Características sociodemográficas	n	%
Edad		
Menos de 21 años	1	1,4
De 21 a 30 años	34	48,6
De 31 años a 40 años	32	45,7
De 41 años a más	3	4,3
Grado de instrucción		
Primaria	8	11,4
Secundaria	36	51,4
Superior	26	37,1
Lugar de residencia		
Zona urbana	53	75,7
Zona rural	17	24,3
Total	70	100,0

En la tabla 1, se observa que 48,6% de las madres del estudio su edad oscila entre 21 a 30 años, y 45,7% entre 31 a 40 años; predominan las participantes con grado de instrucción secundaria 51,4% y un 37,1% con nivel superior y finalmente 75,7% residen en la zona urbana.

Datos similares se encontraron en el estudio de Campos E, Torres J, donde el 39,19% de las madres tenían grado de instrucción secundaria (51). Del mismo modo Tasayco A (2016) encontró que 36% de las madres tenían entre 23 a 29 años, 67,0% alcanzó grado de instrucción secundaria (52). López A (2019) registró que 62% de las madres su edad osciló entre 20-35 años, 46% alcanzó nivel secundario (23). Así mismo; en el estudio de Franklin I, el 50% de madres se ubicó en el grupo etario de 20 a 35 años, 53% tenía secundaria y 25% instrucción superior (53).

Resultados que difieren con el estudio de Chiclote A, donde el 45,3% de las madres son mayores de 30 años, 22,1% estudió secundaria (24). De igual manera en el estudio de Bartolomé L (2017) 42,0% de las madres tuvieron entre 20 a 29 años y 52,0% tenía nivel educativo primaria (48).

Según el INEI, para el año 2021, las mujeres en edad fértil el 45% son menores de 30 años y la población de 15 a 19 años representó el 16,0% (54).

Según los resultados, la mayoría de las madres pertenecen a la etapa adulta joven, etapa en la cual se puede apreciar mayor capacidad física, tiene una percepción correcta de la realidad, lo cual le permite proceder con mayor eficacia y sentido de responsabilidad, en aspectos relacionados con el cuidado de la salud de sus hijos, así mismo la mayoría han culminado su educación secundaria lo cual puede asegurar un aprendizaje efectivo respecto a la alimentación complementaria asegurando un óptimo crecimiento y desarrollo en beneficio del niño.

El grado de instrucción alcanzado por las mujeres participantes del estudio, la gran mayoría tienen secundaria y superior, al respecto, el INEI, informa que, en el Perú, la mayoría de los promedios nacionales muestra que la situación educativa de las mujeres ha igualado o superado a la masculina. El grado de instrucción materno influye de manera importante en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y sus actitudes hacia el tamaño de la familia, es básico para la comprensión de los mensajes que brindan los profesionales de la salud en relación a la alimentación del niño. Por otro lado, el grado de instrucción está positivamente asociado con la situación económica. La mediana de años según área de residencia, las mujeres en edad fértil residentes en el área urbana presentaron una mediana de años de estudios aprobados más alta 10,8 años y las madres del área rural 8,1 años (11).

El lugar de residencia de la mayoría de las participantes es urbano, por ser un Hospital I-II sus viviendas se encuentran ubicadas en la ciudad y forman parte de la población asignada para que acudan con sus niños al control de crecimiento y desarrollo, de otro lado, las madres que proceden de la zona rural, aunque su lugar de vivienda cuenta con un Puesto de salud cercano, ellas prefieren realizar su control de niño sano en el Hospital, asumiendo que la atención es mejor.

En la zona la mujer usualmente inicia su papel de madre muy joven y según las costumbres de la zona es la encargada del cuidado del niños desde su concepción hasta su mayoría de edad; actualmente el acceso a servicios de salud es fácil, de tal forma

que ellas pueden recibir información de la enfermera desde sus controles prenatales hasta el nacimiento, sobre alimentación de la gestante, importancia de la lactancia materna y el inicio de la alimentación del niño a los 6 meses, sin embargo, aún persisten hábitos inadecuados en el inicio de la alimentación complementaria, donde la familia ejerce mucha presión cuando la madre es muy joven o primeriza.

Tabla 2. Nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria de los niños de 6 a 12 meses de edad. Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2022

Nivel de conocimiento	n	%
Bajo	0	0,0
Medio	18	25,7
Alto	52	74,3
Total	70	100,0

La tabla 2, muestra que el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria es alto en 74,3% de las participantes, medio en 25,7% y no se ha encontrado madres con un nivel bajo de conocimiento.

Los resultados del estudio difieren de Romero D, encontró que el 51,5% de las madres tiene un conocimiento bajo (19). También con Flores Z, donde 71,8% tuvieron un nivel de conocimiento medio, 16,3% alto y 12% bajo (20); con Lima en su investigación halló que 70% de madres presentaron un regular conocimiento, 20% conocimiento bueno y 10% deficiente (23). Al igual que Valentín V, donde 90% de madres presentaron un nivel de conocimiento medio, 8,3% alto y 1,7% bajo (22). Con López A, donde 89,2% tiene un conocimiento bajo en alimentación complementaria, 7,2% nivel medio y 3,6% alto (23). Y finalmente con Peralta W, donde 58% de madres tuvo conocimiento bajo, 30% medio y el 12% alto (25).

Hablar de alimentación complementaria es referirse a la leche materna e incorporación gradual de alimentos, con el fin de cubrir los requerimientos nutricionales del niño, desde los 6 a 24 meses. Ya que los nutrientes de la leche materna no son suficientes, especialmente el hierro. Por lo tanto, estos deben ser cubiertos a través de la alimentación, la misma que se ve afectada por distintos factores: textura, frecuencia, cantidad, consistencia y prácticas inadecuadas (55).

El nivel alto de conocimiento de las madres en alimentación complementaria puede asociarse a varios factores como el acceso a información a través de los medios de

comunicación, en redes sociales o la consejería que recibe durante el control de CRED de su hijo/a, además las participantes tienen menos de 40 años con instrucción mayormente secundaria y superior de tal forma, que es relativamente fácil la comprensión de la información recibida por cualquier medio. Al respecto Caytan, M, refiere que el nivel de conocimiento de las madres es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias, el aprendizaje es activo se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones y actividades de quien aprende (28).

La OMS, señala que los menores de 24 meses tienen una inadecuada alimentación causada por prácticas alimentarias inadecuadas; razón por la cual, creó un protocolo dirigido a gestores de programas para adaptar recomendaciones alimentarias que permitan identificar las dificultades en la alimentación, los alimentos complementarios apropiados y las prácticas alimentarias locales; este protocolo se usa para desarrollar diferentes actividades relacionadas a la alimentación y cumplir con la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) (31). El personal de enfermería que labora en el Consultorio de Crecimiento y desarrollo, basa sus actividades de promoción de alimentación complementaria en las recomendaciones de la OMS y en los lineamientos del MINSA, a través de la consejería efectiva usando diferentes metodologías, esta puede ser la razón del nivel alto conocimiento encontrado.

De otro lado la experiencia del personal al momento de brindar la consejería puede promover la adopción de conocimiento de las madres, sin embargo, el nivel medio de conocimiento puede obedecer a otros factores como nivel de instrucción bajo, poca experiencia del personal nuevo como internos de enfermería o serumistas. Incluso algunas características de las madres relacionadas con fuertes costumbres sobre la alimentación de los niños, la influencia de las abuelas en el cuidado de los nietos, etc.

El nivel de conocimiento de las madres en sus diferentes niveles puede relacionarse con el deseo natural de proteger a su hijo/a de las enfermedades y puede escuchar atentamente la consejería o leer la información escrita o en redes sociales, sin embargo, en ocasiones puede ser difícil llevar a la práctica estos saberes ya sea por no contar con los medios económicos, escaso tiempo por estudios o trabajo, madres muy jóvenes,

presión de la familia, etc. Aristizábal G, señala que el modelo de Nola Pender, tal como fue descubierto orienta a las personas sobre cómo cuidarse a sí mismas y llevar una vida saludable. El modelo identifica factores cognitivos perceptuales en personas, que alteradas por las características situacionales, personales e interpersonales que conducen a la participación en conductas promotoras de la salud cuando existe una guía para la acción (26).

Hay obstáculos sociales, culturales y de género que limitan alimentación de los niños. Las madres siguen siendo las principales responsables de la alimentación y el cuidado de los niños pequeños. Sin embargo, en algunas sociedades, las normas patriarcales y las relaciones de poder desiguales dentro de la familia llevan a que las madres carezcan de la autonomía necesaria para decidir qué alimentos compran o dan a sus hijos pequeños (56).

Se debe reconocer que la desnutrición crónica nos habla de una carencia alimentaria de largo tiempo, aun cuando los niños de la zona suelen ser beneficiarios de diversos programas sociales como Cuna Más, las madres reciben apoyo económico del Programa Juntos, entre otros. Al parecer el aspecto cultural prima al interior de las familias donde la madre puede conocer sobre como alimentar a su niño y cuando, pero la cotidianidad de la familia ejerce mucha influencia en el comportamiento de la mujer, que alimenta a su hijo/a de forma inadecuada porque es la manera que todos se alimentan.

Tabla 3. Estado nutricional de los niños 6 a 12 meses de edad. Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2022.

Estado Nutricional	n	%
Normal	61	87,1
Desnutrición crónica	9	12,9
Total	70	100,0

A través de la evaluación nutricional se conoce que 87,1% de los niños participantes tiene un estado nutricional normal t 12,9% muestran algún grado de desnutrición crónica. Se resalta que no se presentó ningún caso de desnutrición aguda (P/T) y desnutrición global (P/E).

Los hallazgos son similares con Flores Z, concluyó que según el estado nutricional 79,8% estaba normal, 12,8% desnutridos (20). También con Valentín V, donde 58,3% de los niños tenía la talla adecuada para la edad (22). Y con López, entre sus resultados tiene que respecto al estado nutricional 84,3% tuvo diagnóstico normal (23). De otro lado, difieren con Ajete. S donde obtuvo como resultado que solo el 27,2% de los niños tenían valores apropiados respecto a su peso corporal (18).

Sin embargo, es necesario aclarar que la Provincia de Chota cuenta con zonas pobres y extremadamente pobres donde la desnutrición infantil se presenta con porcentajes mucho más elevados, al respecto UNICEF señala que mala alimentación no afecta a los niños por igual en todas las regiones ni dentro de ellas. Los niños que viven en las zonas rurales, en los hogares más pobres y en las regiones desfavorecidas reciben una alimentación menos diversa. A pesar del fuerte crecimiento económico que se ha producido durante la última década, las diferencias de equidad en la frecuencia de las comidas y la diversidad de la alimentación entre los niños que viven en los hogares más pobres y más ricos no se han reducido (56).

Los resultados muestran un panorama alentador sobre la desnutrición crónica en la zona, al parecer las iniciativas del sector salud y en especial del profesional de

enfermería con la planificación y ejecución de actividades sobre promoción de la alimentación balanceada, inmunizaciones, Control del CRED, prevención de enfermedades infecciosas (IRA, EDA), orientación y consejería permanente, tuvieron un impacto positivo en el estado nutricional de los niños, en este sentido Aristizábal, G, afirma que el enfermero es el principal agente responsable de motivar a los usuarios para el mantenimiento de su salud personal (26).

En los últimos años, el Perú ha logrado importantes éxitos en la reducción de la desnutrición crónica en los niños menores de cinco años gracias a un compromiso político efectivo con asignación de fondos económicos para alcanzar niveles elevados de cobertura de las intervenciones con impacto en la nutrición; transferencias monetarias condicionadas al control prenatal y control CRED. El incremento del acceso a servicios de agua segura y a sistemas de saneamiento. Al mismo tiempo la implementación del Programa Juntos con transferencias monetarias condicionadas. Además, se dieron incentivos monetarios a los gobiernos regionales con el objetivo de estimularlos a proporcionar más y mejores servicios, este programa incluyó actividades orientadas al desarrollo infantil temprano (57).

De otro lado, aunque la desnutrición crónica sea un porcentaje menor puede asociarse a costumbres alimentarias inadecuadas, falta de conocimiento de la madre y/o cuidadora del niño, enfermedades infecciosas recurrentes, escaso acceso a medios económicos, grado de instrucción de la madre, etc. Al respecto el Banco de Desarrollo de América Latina señala que la desnutrición crónica tiene un impacto negativo sobre crecimiento, la cognición, la salud, la talla y otros factores necesarios para que los individuos alcancen su potencial físico y psicológico. Al mismo tiempo, se ha demostrado que las experiencias adversas durante la infancia temprana alteran el crecimiento físico y el desarrollo del cerebro, lo que limita el potencial de los individuos e incrementa el riesgo a contraer enfermedades no transmisibles en la edad adulta (58).

La desnutrición crónica suele ejercer un impacto negativo en el futuro del niño, la presencia de esta carencia puede estar asociada aun en un porcentaje bajo puede asociarse a cuestiones culturales alimentarias de la familia y la zona, pueden existir errores en el proceso de control de peso y talla, etc.

Tabla 4. Relación entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad. Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2022.

Estado nutricional	Nivel de conocimiento						Valor p
	Deficiente		Medio		Alto		
	n	%	n	%	n	%	
Normal	0	0,0	14	77,8	47	90,4	
Desnutrición crónica							0,168
	0	0,0	4	22,2	5	9,6	
Total	0	0,0	18	100,0	52	100,0	

En la presente tabla se evidencia la relación entre el nivel de conocimiento materno y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses, se observa que del total de madres que tienen nivel de conocimiento alto 90,4% de niños evaluados presentan estado nutricional normal y 9,6% desnutrición crónica que corresponde al índice T/E. Por otro lado, en referencia a las madres con nivel de conocimiento medio 77,8% presentan estado nutricional normal y el 22,2% desnutrición crónica.

Los resultados del presente estudio, son similares a los encontrados por Contreras S, Arteaga A (2018) donde el 75% de los niños en el indicador talla/edad presentaron estado nutricional normal y 25% desnutrición crónica (talla /baja) y el nivel de conocimiento de la madre fue alto (59).

De la misma forma en la investigación de Mejía R., meza Y., Morles L (2017), se encontró que las madres que tuvieron nivel de conocimiento alto sobre alimentación complementaria 10,7% de los niños presentó riesgo de talla baja y 21,1% normal y las madres con nivel de conocimiento medio, 57,9% presentó estado nutricional normal y 21,4% desnutrición crónica (talla baja) (60). Asimismo, Jiménez L, Jiménez A (2017) obtuvieron que 80,9% de los niños tienen talla normal; mientras que el 19,1% desnutrición crónica (talla/baja) (61).

Por otro lado, los resultados no contrastan con el estudio de Franklin I (2020), donde de las madres con un nivel medio de conocimientos en alimentación complementaria,

el 70% tuvo hijos con desnutrición crónica, mientras que el 30% restante con adecuada talla para la edad. Sin embargo, en las madres con un nivel alto 50% tuvo hijos con desnutrición crónica (talla baja para la edad), y el otro 50% hijos con diagnóstico normal (53).

El indicador talla – edad permite evaluar el crecimiento lineal del lactante, siendo influido por factores genéticos, hormonales, ambientales, socioeconómicos y culturales los cuales se ven reflejados en una talla normal para la edad. Sin embargo, los factores genéticos tienen un papel muy importante en el crecimiento del lactante, pues después del nacimiento el individuo sigue con la misma carga genética que traía desde el momento de la concepción (62).

Los datos obtenidos en la presente investigación revelan que de las madres en donde predominó el nivel de conocimiento alto y medio, tienen un gran porcentaje de niños con peso/edad, talla/edad y peso/talla normal, probablemente porque estas madres cuentan con los medios económicos e información necesaria sobre alimentación complementaria que se les brinda en la consejería nutricional, lo que ponen en práctica, escogiendo y combinando los alimentos como proteínas, carbohidratos, grasas, verduras, vitaminas y líquido, así mismo tiene las características adecuadas en consistencia, frecuencia, cantidad, tiene en cuenta las medidas higiénicas correctas. Según Wales y Sanger señala que el nivel de conocimiento de las madres es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje de la madre (63).

Así mismo, los resultados pueden estar relacionados con experiencias personales, patrones de alimentación de los padres y finalmente el acceso a programas de salud a través de la educación informal en medios de comunicación radiales y televisivos. Esto podría suponer a lo descrito por Nola Pender en su modelo de promoción de la salud, que señala que los comportamientos humanos se relacionan con la salud, por ende, los saberes cognitivos y conductuales de las madres repercuten en el cuidado del niño en todos los aspectos, especialmente en el estado nutricional (64).

Los resultados mencionados confirman lo expresado por la OMS (2008) sobre el conocimiento materno como un determinante en el estado nutricional del niño, que permiten decidir sobre el tipo de alimentación, cantidad y calidad de alimentos, lo cual se verá reflejado en un estado nutricional normal (65).

Resultados que están relacionados con lo expuesto por Krause (2009), quien resalta la importancia del conocimiento materno en la alimentación del lactante, para construir los hábitos saludables que son comportamientos o conductas que resultan de prácticas repetidas inducidas por ideas, creencias, valores que se aprenden, y que se manifiestan en maneras de actuar y de comportarse; y que cuando se integran a la vida diaria constituyen un estilo de vida (66).

Es por ello que el estado tiene como política pública disminuir la desnutrición infantil mediante la aplicación de estrategias pertinentes de educación y comunicación dirigidas a la familia y comunidad, una de ellas es la herramienta lúdica Camino del buen crecimiento donde se optimiza la oportunidad de comunicación horizontal entre el personal de salud y las madres en la consejería, se reconoce 12 prácticas que deben adoptarse para lograr un buen crecimiento infantil, dentro de las cuales está la alimentación complementaria, el lavado de manos, se facilita la visualización de la madre de la ruta del crecimiento de su niño (a), entre el peso actual y el del control anterior, se identifica las prácticas críticas que estarían favoreciendo o retrasando esta ruta del crecimiento entre controles y finalmente se busca acordar dos compromisos con la madre de manera participativa según sus posibilidades de adopción para un seguimiento posterior.

Es importante señalar que los resultados muestran a un grupo de madres que tienen nivel de conocimiento alto y medio sobre alimentación complementaria y sus niños presentan desnutrición crónica, probablemente sea porque la mayoría inicia tardíamente después de los 6 meses y considera que la leche materna es más nutritiva, disponibilidad de recursos económicos, cultura, factores genéticos, los malos hábitos de higiene que trae consigo enfermedades recurrentes, conocimiento previos en relación al tema que son traídos de familia, por el trabajo delegan el cuidado del niño a otros familiares de su entorno que no siempre tienen los conocimientos necesarios para preparar los alimentos y prima los mensajes que se transmiten de generación en generación.

La OPS (2008), reitera que el conocimiento no siempre garantiza una práctica apropiada sobre la alimentación infantil, puesto que existen otros factores que interfieren en su aplicación, tales como trabajo, de las madres fuera de casa, el factor económico, la disposición de alimentos y el grado de instrucción de la madre (65).

Así mismo, Gómez, resalta que existen otros factores como la situación económica

que impide adquirir alimentos, herencia que determinan una talla baja, asimismo los trastornos del desarrollo, en el hueso (acondroplasia) restricción del crecimiento intrauterino, efectos acumulativos por la inadecuada ingesta de nutrientes y episodios repetitivos de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias son causas de una desnutrición global, crónica o aguda (67).

Al relacionar las variables sobre nivel de conocimiento materno en alimentación complementaria y estado nutricional del niño de 6 a 12 meses, se encontró que no existe relación entre ambas variables lo cual es evidenciado al aplicar la prueba Chi cuadrado dado el valor de $p=0,168$ a un nivel de significancia del 5%.

Es decir, mientras el nivel de conocimiento de las madres sea alto o medio su niño mantendrá un estado nutricional normal. Estos resultados concuerdan con las investigaciones de Franklin I (2020), que concluye que no existe relación estadísticamente significativa con un $p= <0.6$ (57)), Peña R (2022) obtuvo un valor p -valor= $0,662 > a 0,005$ (68).

Sin embargo, difieren de los resultados del estudio de Contreras S, Arteaga A (2018) que concluyó que la relación entre el nivel de conocimiento de madres sobre alimentación complementaria y estado nutricional es significativa, dado el valor $p=0,017$ (59). De la misma forma Mejía R., Meza Y., Morles L (2017) obtuvo $p < 0,05$ (60), Rufino M (2018), encontró significancia de 0,001 (69).

El Ministerio de Salud señala que las madres juegan un papel importante en la buena salud y nutrición de sus familias porque su participación es primordial en la producción, la elección de la compra, la preparación y distribución de los alimentos. La experiencia ha demostrado que el rol de las mujeres contribuye con mayor probabilidad a la buena nutrición infantil y aquellas madres con mejores niveles educativos tienen hijos más saludables. Las condiciones sobre el consumo de alimentos están condicionadas por el ingreso, la información, los hábitos, costumbres y la educación de la mujer. Ella tiene una presencia central fuera y dentro del hogar, a través del control de los recursos domésticos, el cuidado de la salud y la utilización de los alimentos para los miembros de su familia (70).

Por lo expuesto se puede inferir que el estado nutricional no solo depende del nivel conocimiento de la madre sino, se debe tener en cuenta que cualquier circunstancia que afecte el estado de salud del niño repercutirá negativamente sobre su crecimiento, por ello se debe considerar la influencia cultural y social en el momento de preparar

los alimentos, los antecedentes perinatales, de nacimiento, factores de riesgo social.

El conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional suelen asociarse, ya que la madre es la principal cuidadora del niño y la responsable de su alimentación en los primeros años de vida, sin embargo, los resultados indican que existen aspectos externos como la cultura, bajo poder adquisitivo, violencia domestica entre otros.

La comprobación de hipótesis del estudio se realizó teniendo en cuenta los resultados estadísticos de la prueba $\chi^2 = 0,168$, que brinda el resultado sobre la relación entre las variables de investigación, por tanto, se acepta la hipótesis nula, es decir, no existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 0 a 6 meses.

CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas de las madres fueron: la mitad de las madres tiene entre 21 a 30 años, más de la mitad tienen grado de instrucción secundaria y la tercera parte nivel superior, la mayoría residen en la zona urbana.
- El nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria de la mayoría fue alto y de la tercera parte nivel medio.
- La mayoría de los niños de 6 a 12 meses de edad tienen estado nutricional normal y la tercera parte presento desnutrición crónica.
- No se encontró relación estadística entre ambas variables lo cual es evidenciado al aplicar la prueba Chi cuadrado dado el valor de $p=0,168$.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

A los Directivos del Hospital José Soto Cadenillas

- Implementar un ambiente de trabajo donde se desarrollen estrategias educativas ya sea a nivel grupal o personalizada a través de sesiones demostrativas y redemostrativas a las madres, incluyendo a las gestantes con la finalidad de incrementar su nivel de conocimiento sobre alimentación durante las primeras etapas de vida.

Al personal de Salud Enfermería

- Evaluar el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria en los diferentes ámbitos de la zona, a través de cuestionarios validados aplicados a través de diversas técnicas cuantitativas y cualitativas como entrevista estructurada, o abierta, grupos focales, etc.
- Utilizar y fortalecer el conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria haciendo uso de sesiones educativas demostrativas, visitas domiciliarias, trabajo de grupos, ferias de degustación entre otras buscando a mediano plazo un cambio de actitud en las prácticas alimentarias.
- Utilizar estrategias de aprendizaje dirigidas a las madres que se sustenten en el aprender haciendo y que les permitan madres mejorar la alimentación de la familia.
- Fortalecer habilidades de comunicación verbal y no verbal con las madres durante en la consejería para conseguir una negociación personalizada, reconociendo que las madres son el principal agente en la promoción de salud, al ser las cuidadoras por excelencia al interior de la familia..

A los Docentes y alumnos de la EAPE

- Plantear y desarrollar estudios cualitativos y mixtos para alcanzar un mayor entendimiento acerca de las costumbres, creencias y prácticas de las madres en relación al conocimiento que tienen sobre alimentación complementaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington. 2011. [acceso setiembre del 2022]. Disponible desde: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF_model_SP_web.pdf
2. Ministerio de Salud del Perú. (2011). Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años. Lima. 2011. [acceso octubre]. Disponible desde: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2197.pdf>
3. Spross, V., Figueroa, C., Abascal, M. (2016). Ventana de los 1000 días. Resumen de política / Policy brief. [acceso setiembre del 2022]. Disponible desde: http://www.empresariosporlaeducacion.org/sites/default/files/Contenido/Recursos/Documentos/Documentos%20Guatemala/policy_v1000d_guatemala.pdf
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 nacional – Departamental. [acceso setiembre del 2022]. Disponible desde: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/
5. Kliegman M. Tratado de Pediatría. Booksmedicos.org. Elsevier 20° edición Volumen 1 España. 2016
6. Beltramino P. Copto . Meneghello. Pediatría. 6ta edición Tomo 1. Bookdmedicos.org. Editorial Médica Panamericana
7. Instituto Nacional de Estadística Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2011. [acceso mayo del 2022]. Disponible desde URL: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2007/11.%20Lactancia%20y%20Nutrici%C3%B3n%20de%20Ni%C3%B1os/11.4%20Tipo%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20Complementaria%20Seg%C3%BAn%20Meses%20Desde%20el%20Nacimiento.html>
8. Instituto Nacional de Estadística Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2011. [acceso mayo del 2022]. Disponible desde URL: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2007/11.%20Lactancia%20y%20Nutrici%C3%B3n%20de%20Ni%C3%B1os/11.4%20Tipo%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20Complementaria%20Seg%C3%BAn%20Meses%20Desde%20el%20Nacimiento.html>
9. Alcázar L, Marine A, Walker I, Valdivia M, Cueto S, Saldarriaga V et al. Salud, Interculturalidad y Comportamientos de riesgo. Lima. 2011. [citado abril 2022] Disponible desde:

http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/LIBROGRAD_E_SALUDINTERCULTURALIDADRIESGO.pdf

10. Organización Mundial de la Salud. OMS. Lactancia materna y alimentación complementaria. 2018. [acceso mayo del 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES. 2021. [acceso mayo del 2022]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html 12
12. Fidel M., Holguín C., Andry M., Delgado M., Conocimientos maternos sobre Alimentación Complementaria en Latinoamérica. 2017. [acceso mayo del 2022] Disponible desde: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6226402>
13. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: Crecer bien en un mundo en transformación. [acceso abril del 2022]. Disponible desde: <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2019>
14. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2018. Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe. [acceso abril del 2022]. Disponible desde: <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricionninos-ninas-america-latina-caribe>
15. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación y nutrición. Informe Gerencial Sistema de información del estado nutricional- SIEN. Sistema de salud asistencial- HIS. Estado nutricional de niños y gestantes que acceden a establecimientos de salud. Primer semestre 2022 [acceso mayo del 2022] Disponible desde: <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/informes/2022/Inf%20Gerencial%20SIEN-HIS%20I%20SEMESTRE%202022.pdf>
16. Dirección Sub Regional de Salud. Oficina de Estadística e Informática. 2022
17. Rakotomanana, H., Hildebrant, D., Gast, G., Thomas, D., Fawbush, F. y Stoecker, B. (2020). Conocimientos, actitudes y practicas maternas de alimentación complementaria y desnutrición infantil en la región de Vakinankarata de Madagascar. Current Developments in Nutrition, 4(11), 162. [acceso junio del 2022]. Disponible desde: <https://academic.oup.com/cdn/article/4/11/nzaa162/5934112#215708066>
18. Ajete S. Conocimiento, actitudes y prácticas alimentarias de madres con niños de 6 a 24 meses en Cuba. 2017. RESPYN Revista Salud Pública y Nutrición, 16(4), 10-

- [acceso mayo del 2022]. Disponible desde: <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/339>
19. Romero D. Conocimientos, prácticas y actitudes maternas sobre alimentación complementaria y estado nutricional de niños (as) entre 6 y 12 meses. Chilca 2017. Tesis para optar el Grado Académico de Maestro en Ciencias de la Salud. Mención: Salud Pública. Universidad Peruana Los Andes. [acceso junio del 2022]. Disponible desde: https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1560/T037_44384432_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 20. Flores Z. Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional y anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses de la Provincia de San Martín, 2019. Tesis para obtener el Grado Académico de Maestra en Nutrición Humana con Mención en Nutrición Vegetariana. Universidad Peruana Unión. [acceso febrero del 2022]. Disponible desde: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/4249/Zujey_Tesis_Maestro_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 21. Lima E, Conocimientos sobre Alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional en madres de niños de 6 a 36 meses del Programa Juntos, Caspa Central, Chucuito 2019. Tesis para optar el Grado Académico de Bachiller en Enfermería. Universidad Privada San Carlos. Puno. 2021. [acceso febrero del 2022]. Disponible desde: http://repositorio.upsc.edu.pe/bitstream/handle/UPSC/4623/Yanet_LIMA_ENCINAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 22. Valentín V. Nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño entre 6 y 24 meses del C.S. San Sebastián 2020. Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería. Lima. 2021. [acceso marzo del 2022]. Disponible desde: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5181>
 23. López A. Relación del nivel de conocimiento materno en alimentación complementaria y el estado nutricional en niños del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2018. Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Nutrición y Dietética. Universidad Científica del Sur. Lima. 2019. [acceso marzo del 2022]. Disponible desde: <https://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/20.500.12805/797#:~:text=Se%20concluy%C3%B3%20que%20existe%20relaci%C3%B3n.01%2C%20aplicando%20chi%20E2%80%93%20cuadrado>

24. Chiclote A. Conocimiento y prácticas acerca de alimentación complementaria en las madres con niños de 6 a 12 meses atendidos en Hospital General de Atención Celendín-2021. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Cajamarca. [citado mayo 2022]. Disponible desde: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4791/TESIS%20ALICIA%20CHICLOTE%20MANTILLA.pdf?sequence=1>
25. Peralta W. Nivel de conocimientos de las madres de lactantes de 6 a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el Puesto de Salud San Antonio de Irica – Cajamarca, 2017. Tesis para optar el Título profesional de Licenciado en Enfermería. Universidad Alas Peruanas. [acceso marzo del 2022]. Disponible desde: https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/3972/Tesis_alimentaci%C3%B3n%20complementaria_madres%20de%20lactantes_puesto.salud_San%20Antonio.Irica_Chota_Cajamarca.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Aristizábal, G. Blanco, D. Sánchez, A. Ostiguín, R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol 8. No. 4. [Internet] 2011. [fecha de acceso el 25 de abril del 201]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
27. Bunge, M. Teoría del Conocimiento. Origen del conocimiento. España: Gedisa- 2011.
28. Caytan , M.; Huffma, S. & Piwoz, E. Intervenciones para mejorar la ingesta de alimentos complementarios en infantes entre 6 y 12 meses de edad de países en desarrollo. DC Washington, EE. UU: 2011
29. González E. Conocimiento empírico y conocimiento activo transformador: algunas de sus relaciones con la gestión del conocimiento. Revista Cubana de ACIMED. 2011;22(2):110–20. 19(4). [citado mayo del 2022]. Disponible en: <http://rcics.sld.cu/index.php/acimed/article/view/111>
30. Zepeda R. Conocimientos intuitivo, religioso, empírico, filosófico y científico. [citado junio del 2022]. Disponible desde: <https://www.gestiopolis.com/conocimientos-intuitivo-religioso-empirico-filosofico-y-cientifico-definicion-caracteristicas-y-relevancia/>
31. Organización Mundial de la Salud. Alimentación Complementaria. WHO [Internet]. 2020 [citado junio del 2022]. Disponible desde: https://apps.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/index.html
32. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra 2003. citado mayo del 2022]. Disponible en:

- <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/08/OMS.-Estrategia-Mundial-para-la-Alimentaci%C3%B3n-del-lactante-y-del-Ni%C3%B1o-peque%C3%B1o.-2003.pdf>
33. Hernández M. Alimentación Complementaria. AEPap. Pediatría. 2006. [citado mayo del 2022]. Disponible desde: <https://www.aepap.org/sites/default/files/complementaria.pdf>
 34. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. Lima. 2004. [acceso junio del 2022] Disponible desde: <https://repositorio.ins.gob.pe/bitstream/handle/INS/218/CENAN-0060.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 35. Ministerio de Salud. Documento Técnico. Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para la población materno infantil. [citado mayo del 2022] Disponible desde: <https://www.cnp.org.pe/pdf/DOCUMENTO%20T%C3%89CNICO%20DE%20SESIONES%20DEMOSTRATIVAS.pdf>
 36. Ministerio de Salud. Pautas Básicas para la Consejería en Alimentación Infantil. Proyecto y salud y Nutrición Básica ed. Lima 2001. [acceso junio del 2022] Disponible desde: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/352915-pautas-basicas-para-la-consejeria-en-alimentacion-infantil>
 37. Luna. J., Hernández. I., et. Al. Estado Nutricional y neurodesarrollo en la Primera Infancia. Revista Cubana de Salud Pública. Volumen.44, núme. 4, pp.169-185,2018. Centro Nacional de In formación de Ciencias Médicas. [citado marzo del 2022]. Disponible desde: <https://www.redalyc.org/journal/214/21458870014/html/>
 38. Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria. Guías Conjuntas de Patología Digestiva Pediátrica Atención Primaria – especializada. Alimentación del Lactante y del niño de corta edad. Madrid. 2019. [citado marzo del 2022]. Disponible desde: <https://www.ampap.es/wp-content/uploads/2019/04/Alimentacion-del-lactante-y-del-ni%C3%B1o-de-corta-edad.pdf>
 39. Castillo J, Cuevas R. Valoración del estado nutricional. Revista médica de la Universidad Veracruzana. 2004; 4(2): 29. Vol. 4 N°2. [citado junio del 2022]. Disponible desde: <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2004/muv042e.pdf>
 40. Ravasco P, Anderson H, Mardones F. Métodos de valoración del estado nutricional. Nutr Hosp. 2010;25(1699–5198):57–66. [citado junio del 2022]. Disponible desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-6112010000900009&lng=es

41. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP. Lima 2017. [acceso febrero del 2022]. Disponible desde: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/191049/537-2017-MINSA.pdf>
42. Gómez F. Desnutrición. Salud Pública de México. 2003; 45:576–82. [citado mayo 2022]. Disponible desde: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4670/4518>
43. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. WHO. 2016 [citado marzo del 2022]. Disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
44. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. OMS. Los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS. Vol. IX, núm. 34, abril-junio,2007, pp. 339-350. Madrid. España. citado abril del 2022]. Disponible desde: <https://www.redalyc.org/pdf/3666/366638696013.pdf>
45. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adolescente. Lima,2015. [citado junio 2022]. Disponible desde: <https://repositorio.ins.gob.pe/bitstream/handle/INS/214/CENAN-0056.pdf;jsessionid=9A7AD1E1489D18E84EADAE4877E117BA?sequence=1>
46. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Glosario de Términos. [citado mayo del 2022]. Disponible desde: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1039/cap05.pdf>
47. Hernández - Sampiere, R. Metodología de la investigación. Las rutas, cualitativa, Cuantitativa y mixta. 1era Edición. Editorial Mc. Graw Hill Education. México 2018
48. Bartolomé. E. Relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad, que asiste al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de Salud Supe San Jorge, Tingo María-2016. Tesis para optar el Título Profesional de Enfermería. Tingo María. 2017. [citado mayo del 2022]. Disponible desde: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UDHR_52db764c37d13ac8276c0ad471be789d
49. Moscoso, L. Aspectos éticos en la investigación cuantitativa con niños. (Internet). 21 de noviembre de 2017. [citado junio del 2022]. Disponible desde: en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v18n1/1657-4702-rlb-18-01-00051.pdf>
50. Reyes, M. La Ética En La Investigación Cuantitativa. (Internet). 12 de julio 2017. [citado junio del 2022]. Disponible desde: <http://meryanguaita.blogspot.com/>

51. Campos E., Torres J. Conocimiento de alimentación complementaria en madres relacionado con estado nutricional en niños de 6 a 12 meses, Nueva Cajamarca, 2020. Tesis para optar el Título profesional de Enfermería. Universidad Católica Sedes Sapientiae. [citado agosto 2022]. Disponible desde: https://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14095/1326/Campos_Torres_tesis_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
52. Tasayco A. Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres relacionadas al estado nutricional en niños menores de 1 año. Centro de Condorillo – Chincha 2016. Tesis para optar el Título profesional de Enfermería. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. [citado agosto 2022]. Disponible desde: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1467>
53. Franklin I. Nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional en niños de 6 a 12 meses. Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta-Puerto Maldonado 2020. Chincha. Ica 2020 Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Autónoma de Ica. [citado setiembre 2022]. Disponible desde: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1475/1/Ibelia%20Sara%20Franklin%20Guerrero.pdf>
54. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú estado de la población en el año bicentenario, 2021. [citado octubre 2022]. Disponible desde URL: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1803/libro.pdf
55. García C. Conocimiento y prácticas maternas sobre alimentación complementaria en un centro de salud de Lambayeque, Perú 2021. ACC CIETNA Vol. 9. N° 1 (2022):120 – 134. [citado junio del 2022]. Disponible desde: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/744/1328>
56. UNICEF. Informe sobre nutrición infantil 2021. La crisis de la Alimentación Infantil en los primeros años de vida. [citado julio 2022]. Disponible desde: <https://www.unicef.org/media/107236/file/%20Fed%20to%20Fail%20-%20BRIEF-SPANISH-Final.pdf>
57. Campos E., Torres J. Conocimiento de alimentación complementaria en madres relacionado con estado nutricional en niños de 6 a 12 meses, Nueva Cajamarca, 2020. Tesis para optar el Título profesional de Enfermería. Universidad Católica Sedes Sapientiae. [citado agosto 2022]. Disponible desde:

- https://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14095/1326/Campos_Torres_tesis_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
58. Banco de Desarrollo de América Latina. Agenda de nutrición infantil Nuestra contribución a la lucha contra la desnutrición 2019-2022. [citado julio 2022]. Disponible desde: [https://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1656/Agenda de nutricion infantil 2019-2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1656/Agenda_de_nutricion_infantil_2019-2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 59. Contreras S., Arteaga A. Conocimientos sobre alimentación complementaria en madres primíparas y el estado nutricional de niños de 6 a 12 meses de edad. Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad nacional de Trujillo. 2018. [citado octubre 2022]. Disponible desde: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/13747/1825.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 60. Mejía R., Meza Y., Morles L. Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED Centro de Salud Parcona 2016. Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica. 2017. [citado octubre 2022]. Disponible desde: <https://repositorio.unica.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13028/2877/44.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 61. Jiménez L., Jiménez A. Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional de niños menores de 2 años Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. 2017. [citado octubre 2022]. Disponible desde: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/13587/1751.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 62. López, N. (2013). Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación. La educación nutricional en el seno familiar reduce la ingesta de grasas en los niños. Revista científica. [citado octubre 2022]. Disponible desde: <https://nutricion.org/la-educacion-nutricional-en-el-seno-familiar-reduce-la-ingesta-de-grasa-de-los-ninos/>
 63. Wales, J. y Sanger, L. (2006). Nivel de conocimiento materno sobre alimentación materna. Enciclopedia abierta. [citado octubre 2022]. Disponible desde: [https://es.wikipedia.org/wiki/Lactancia materna](https://es.wikipedia.org/wiki/Lactancia_materna)
 64. Sánchez A., Ostigúin R. El modelo de promoción de la Salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2011 Dic

- [citado noviembre 2022]. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng
65. Organización Panamericana de la Salud. La Desnutrición en Lactantes y Niños Pequeños en América Latina y El Caribe: Alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Washington, DC. [citado octubre 2022]. Disponible desde:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/18642>
66. Krause, M. (2009) Nutrición y Dietoterapia de Krause. 10ma edición. México, Editorial Mac Graw Hil. [citado noviembre 2022]. Disponible en:
https://www.academia.edu/35370368/Dietoterapia_Krause
67. Gómez, C. El nivel de conocimientos de las madres de lactantes hospitalizados en el servicio de pediatría sobre la alimentación complementaria, para prevenir la anemia en lactantes internados en el servicio de pediatría del Hospital de EsSalud ADU y P San Juan de Lurigancho. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Lima. Perú. [citado octubre 2022]. Disponible desde:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4707/Cornejo_cc.pdf?sequence=3
68. Peña R. Conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y Estado nutricional del niño menor de 2 años Carhuaz-Ancash 2021. Tesis para optar el Título profesional de Enfermería. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. Huaraz. 2022 [citado noviembre 2022] Disponible desde:
<http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/4925>
69. Rufino M Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria relacionado al estado nutricional del niño 6 – 12 meses. Centro de Salud Villa Primavera. Sullana. marzo – junio 2018. Tesis para optar el Título profesional de Enfermería. Universidad San Pedro. Sullana.2018. [citado noviembre 2022]. Disponible desde:
http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/8739/Tesis_60104.pdf?sequence=1&isAllowed=y
70. Ministerio de Salud. Documento Técnico. Plan nacional para la Reducción y control de la anemia Materno Infantil y la Desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017-2021. Lima. 2017. [citado octubre 2022]. Disponible desde:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>

ANEXOS

ANEXO 01

La presente investigación tiene por objetivo: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad. Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2022

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificada con DNI_____, estoy de acuerdo en participar en la investigación titulada Nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el Estado Nutricional de niños de 6 a 12 meses de edad. Hospital José Soto Cadenillas. Chota 2022.

Certifico que he sido informada sobre el propósito del mismo, así como de los objetivos. Que conozco que los resultados serán usados solo para fines científicos y que se garantizará su anonimato. Mi participación es voluntaria y libre, por lo que firmo este consentimiento informado.

A los _____ de _____ de _____

Firma de la participante

DNI:

Estudiante: María Gabriela Chávez Chávez

ANEXO 02

La presente investigación tiene por objetivo: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad. Hospital José Soto Cadenillas. Chota. 2022

ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo,con DNI.....

Luego de ser informado sobre los objetivos y fines de esta investigación accedo a participar en el estudio, para lo cual responderé con veracidad a las preguntas que se planteen en el cuestionario.

Se me ha asegurado que la participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Además, mi padre/madre/ tutor ha autorizado mi participación en el estudio, firmando el documento correspondiente

Fecha _____ Día/mes/año

Firma del participante

DNI:

ANEXO 03

CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 12 MESES DE EDAD

PRESENTACIÓN

Estimado Sra.; buenos días, mi nombre es Gabriela Chávez Chávez ; en esta oportunidad estoy realizando una investigación con el objetivo establecer la relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños menores de 6 a 12 meses de edad. Hago de su conocimiento que la información que usted me diga es anónima y confidencial y que los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación. Agradezco anticipadamente su colaboración.

I.- Características generales:

De la madre

1. Edad: _____ años
2. Grado de instrucción: Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior ()
3. Lugar de residencia: urbana () rural ()

II.- Conocimientos sobre alimentación complementaria.

Instrucciones:

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

1. La alimentación complementaria consiste en:
 - a) Dar comida de la olla familiar
 - b) La introducción de nuevos alimentos a parte de la leche materna
 - c) Darle al niño solo leche materna
 - d) Darle leche fórmula para complementar la leche materna
2. La edad apropiada para el inicio de la alimentación complementaria en el niño es:
 - a) 7 meses
 - b) 4 meses
 - c) 6 meses
 - d) 5 meses
3. La alimentación complementaria es beneficioso para el niño porque:
 - a) Brinda alimentos necesarios para que pueda caminar
 - b) Para crecer y ser más sociable

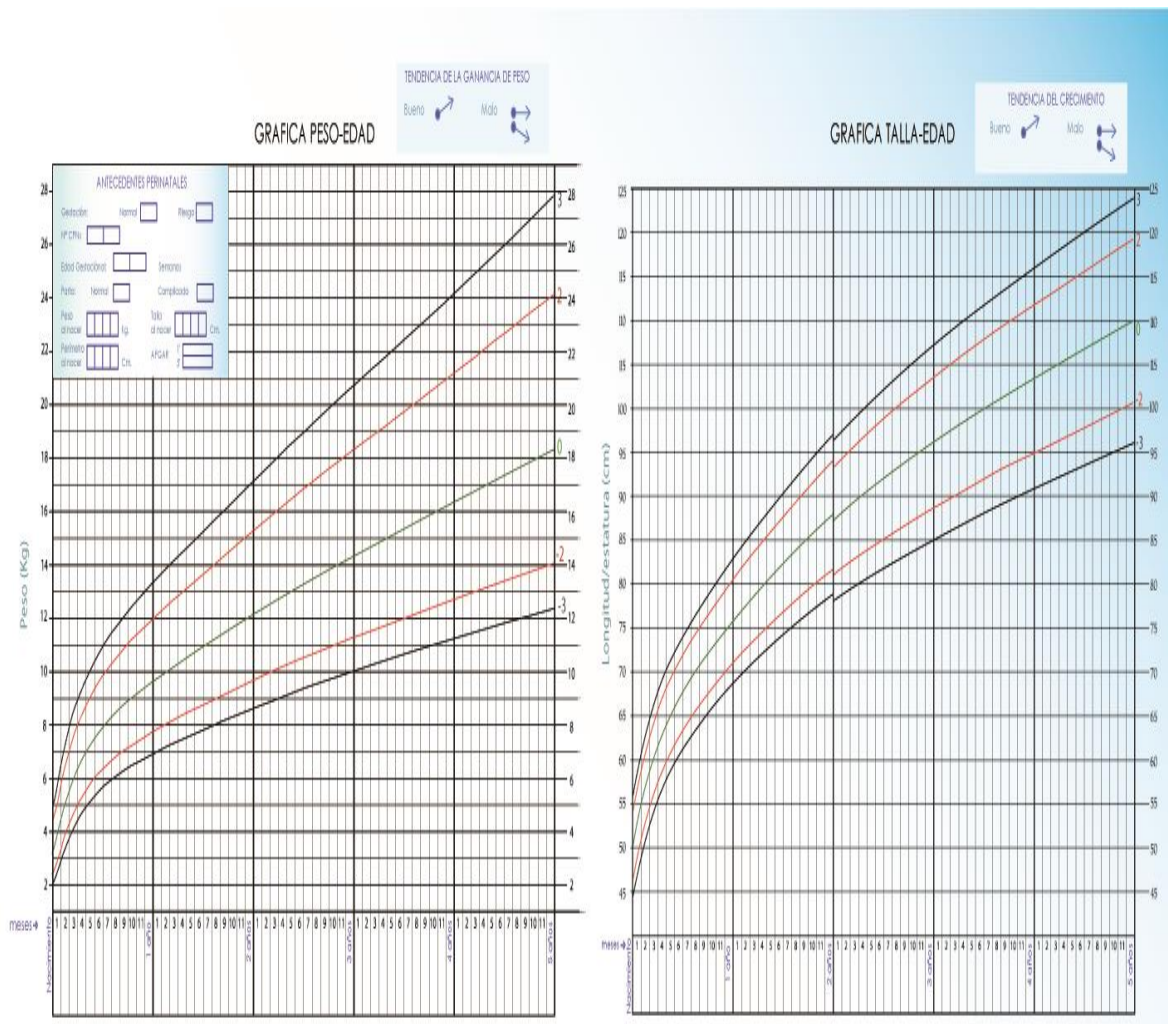
- c) Favorece el desarrollo físico, psicológico y disminuye la probabilidad de contraer enfermedades
 - d) Brinda vitaminas y minerales
4. La cantidad de alimentos que debe recibir el niño (a) de 6 meses es:
- a) 2 – 3 cucharadas
 - b) 3 -5 cucharadas
 - c) 5 -7 cucharadas
 - d) 7 – 10 cucharadas
5. La consistencia de los alimentos que debe recibir el niño (a) de 6 meses es:
- a) Triturado
 - b) Picado
 - c) Pures
 - d) Entero
6. La cantidad de alimentos que debe recibir el niño (a) de 7 a 8 meses:
- a) 2 – 3 cucharadas
 - b) 3 -5 cucharadas
 - c) 5 – 7 cucharadas
 - d) 7 – 10 cucharadas
7. La consistencia de los alimentos que debe recibir un niño (a) de 7 a 8 meses es:
- a) Triturado
 - b) Picado
 - c) Purés
 - d) Entero
8. La cantidad de alimentos que debe recibir el niño (a) de 9 a 11 meses es:
- a) 2 - 3 cucharadas
 - b) 3 - 5 cucharadas
 - c) 5 a 7 cucharadas
 - d) 7 a 10 cucharadas
9. La consistencia de los alimentos que debe recibir el niño de 9 a 11 meses es:
- a) Triturado
 - b) Picado
 - c) Purés
 - d) Entero
10. A los 12 meses el niño (a) debe comer un equivalente a:
- a) 2 - 3 cucharadas
 - b) 3 - 5 cucharadas
 - c) 5 - 7 cucharadas
 - d) 7 - 10 cucharadas
11. La consistencia de los alimentos que debe recibir a los 12 meses es:
- a) Triturado
 - b) Picado
 - c) Purés

- d) Entero
12. La frecuencia de la alimentación complementaria debe ser:
- a) 4 veces
 - b) 5 veces (3 principales + 2 adicionales)
 - c) 2 veces
 - d) 3 veces
13. A qué edad el niño debe incorporar las menestras si cáscara en su alimentación:
- a) 8 meses
 - b) 6 meses
 - c) 12 meses
 - d) 7 meses
14. Qué alimentos tienen una función energética:
- a) Papa, camote, azúcar, mie
 - b) Carnes, huevos, legumbres
 - c) Frutas y verduras
 - d) Gaseosas y conservas
15. Qué alimentos tienen una función estructural o constructora:
- a) Papa, camote, azúcar, miel
 - b) Carnes, huevos, legumbres
 - c) Frutas y verduras
 - d) Gaseosas y conservas
16. Qué alimentos tienen una función reguladora:
- a) Papa, camote, azúcar, miel
 - b) Carnes, huevos, legumbres
 - c) Frutas y verduras
 - d) Gaseosas y conservas
17. Qué alimentos pueden producir alergia en los niños:
- a) Cítricos, pescados y mariscos
 - b) Menestras y cereales
 - c) Papa y cebollas
 - d) Trigo y tubérculos
18. Par absorber mejor el hierro de los alimentos se den combinar con:
- a) Anís y manzanilla
 - b) Té y café
 - c) Limonada y jugos cítricos
 - d) Avena y soya
19. Señale cuál es el alimento que proporciona una mayor nutrición al niño:
- a) Sopa
 - b) Segundo

- c) Mazamorra
 - d) Ensaladas
20. Señale la combinación que usted cree que es la adecuada para el almuerzo de su niño:
- a) Puré + hígado + fruta o jugo de fruta
 - b) Arroz + sangrecita+ mate de hierba
 - c) Puré de papa + jugo de fruta
 - d) Caldo de hueso de res + jugo de frutas
21. Señale cuál es un riesgo de alimentación complementaria tardía:
- a) Aumenta el riesgo de malnutrición y deficiencia de hierro
 - b) Aumenta el crecimiento
 - c) Hay riesgo de no caminar al año
 - d) Hay problemas en el habla
22. Qué debe hacer para asegurar la higiene de los alimentos:
- a) Dejar reposar los alimentos al sol, calentar el agua antes de beberla
 - b) Asegurar el lavado de manos antes y después de manipular los alimentos, utilizar agua potable
 - c) Utilizar el microondas para calentar los alimentos
 - d) Lavar las ollas, comprar alimentos frescos

Gracias por su colaboración.

CARNET DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS



Lactancia Materna Exclusiva

0 a 6 meses



Lactancia Materna y alimentación complementaria

6 a 7 meses

* Inicia la alimentación papilla, macarrones o puré



7 a 8 meses

* Además de apilado debe consumir alimentos triturados



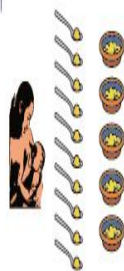
9 a 11 meses

* Debe consumir alimentos picados



Lactancia materna y Alimentación familiar

12 a 24 meses



Alimentación completa

24 meses o más



RECUERDA

Lava siempre tus manos y las de tu niño:

- * Antes de preparar los alimentos.
- * Antes de Comer.
- * Después de ir al baño.
- * Después de cambiar pañales.

Regala a tu hijo una sonrisa sana

- * Lleva a tu hijo al odontólogo antes del 2º mes de vida.
- * Realiza higiene bucal de tu hijo después de cada comida sobre todo antes de dormir.
- * Ve al odontólogo cada 3 meses para control.

ANEXO 05

PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS

1. Medición del peso para la niña o niño menor de 24 meses

Equipo

- Una balanza calibrada en kilos con graduaciones cada 10 gramos.

Procedimiento

- Para realizar el control de los niños deben participar dos personas. Una de ellas, que generalmente es la madre, padre o cuidador, es el encargado de sujetar a la niña o niño y asegurarse de que no se vaya caer, mientras que el personal de salud realiza la medición y registro.
- Fijar la balanza en una superficie plana y firme, evitando así una medida incorrecta.
- Cubra el platillo o bandeja de la balanza con un pañal o papel toalla (pesado previamente),
- Coloque la barra de medición o pantalla de digital de la balanza en cero antes de cada pesada.
- Solicite a la madre, padre o cuidador de la niña o niño que retire los zapatos y la mayor cantidad de ropa que sea posible.
- Coloque a la niña o niño desnudo, o con la menor cantidad de ropa, sobre el platillo o bandeja, sentado o acostado (de acuerdo a la edad) y busque equilibrarlo.
- El personal de salud se situará enfrente de la balanza y procederá a leer el peso marcado.
- Anotar el peso exacto en el carné y en la historia clínica. Repetir la acción por dos veces para conseguir un peso exacto.
- Equilibre la balanza hasta que quede en cero.

2. Medición de longitud para la niña o niño menor de 24 meses de edad

Equipo

- Un infantómetro de base ancha y de material consistente y un tope móvil y escuadra.

Procedimiento

Para la medición de la longitud se necesitan dos personas. Una de ellas es el personal de salud responsable de la medición y la otra puede ser otro personal de salud, madre, padre o cuidador de la niña o niño.

- a. La medición se hace con la niña o niño en posición horizontal o echado.
- b. El infantómetro debe estar ubicado sobre una superficie que esté lo más nivelada posible, sin pegarlo a la pared por ninguno de sus extremos, para permitir que la persona que mide y el asistente ocupen estos lugares.
- c. Se coloca a la niña o niño sin gorro, moños, ni zapatos, boca arriba sobre el infantómetro, con la cabeza contra el tope fijo y con los pies hacia el tope móvil.
- d. El asistente debe situarse al extremo superior del infantómetro y tomar la cabeza con ambas manos, colocándola de modo que toque suavemente el tope fijo.
- e. La persona que mide debe situarse a un lado (donde se encuentra la cinta métrica), sujetando los tobillos pegados de la niña o niño y con el codo del brazo izquierdo hacer presión suavemente sobre las rodillas de la niña o niño para evitar que las flexione.
- f. Acercar el tope móvil con la mano libre (derecha) hasta que toque las plantas, ejerciendo una presión constante.
- g. Leer la medida sobre la cinta métrica y anotar el número que aparece inmediatamente por delante del tope móvil.
- h. Repetir la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra.
- i. Una vez realizada la medición, se anotará el valor en los documentos y formatos correspondientes.

ANEXO 07

Estadísticas de confiabilidad	
Nº de preguntas	22
Alfa de Cronbach	0,675