

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**Conocimiento de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre
alimentación complementaria del Puesto de Salud “La
Horca” Sullana. diciembre 2016 – abril 2017.**

**Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en
Enfermería**

Autora:

Bach.Enf. Bayona Vilela Florita Verónica

Asesora:

DRA. Vicuña Vílchez Vilma

Sullana, Perú

2017

Palabras clave:

Español

Tema:	Conocimiento, Alimentación complementaria Madres de familia
Especialidad	Enfermería

English

Tema:	Knowledge, Supplementary feeding Mothers of family
Specialty	Nursing

Líneas de Investigación:

Salud Pública.

DEDICATORIA

A Dios, Padre y Amigo quien guía el camino de nuestras vidas, brindándonos salud, sabiduría, inteligencia y fuerzas necesarias para alcanzar nuestras metas.

A mi madre Dilita Vilela Guarderas por su gran paciencia, consejos y sacrificio, por estar siempre en todo momento brindándome su inmenso apoyo incondicional e impulsarme cada día a seguir adelante para llegar a ser una excelente profesional.

A las licenciadas por su inmensa paciencia en estos dos últimos años en asesorar mi tesis, por su tiempo y por su apoyo y dedicación incondicional.

AGRADECIMIENTO

Mi sincero agradecimiento a todos quienes conforman la Universidad San Pedro, de manera especial a la Facultad Ciencias de la Salud; Escuela de Enfermería, a los docentes por transmitir sus conocimientos y dedicación durante mi formación académica universitaria.

A la Coordinadora de la Escuela de Enfermería, Dra. Juana Arrestegui Alcántara; a mi Asesora de Tesis, Dra. Vilma Vicuña Vílchez; por brindar su atención a la presente investigación, por sus contribuciones y apoyo en la construcción de la investigación.

A cada una de las madres de familia encuestadas, por dedicarme su tiempo, espacio y proporcionar la información requerida en esta investigación.

Agradezco a Dios por darme perseverancia para cumplir mis objetivos en el transitar de mi vida. Finalmente este trabajo no se habría concluido sin el apoyo desmedido y constante de mi madre y hermana por su amor, comprensión y entrega.

Muchas Gracias.

DERECHO DE AUTOR

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de la autora en el **DECRETO LEGISLATIVO 822** de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las **precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.**

Atentamente.

Bach. Enf. Florita Verónica Bayona Vilela

PRESENTACIÓN

En el desarrollo de las actividades académicas para la formación profesional de los estudiantes de la carrera Profesional de Enfermería, se encuentra la de realizar trabajos de investigación a nivel de pre grado con el propósito de obtener el título Profesional, en tal sentido, ponemos a disposición de todos los miembros de la comunidad universitaria y extrauniversitaria el presente informe de investigación titulado: **Nivel**

de conocimiento de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria del Puesto de Salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 – Abril 2017. El presente informe de investigación cumple con los requisitos exigidos por el reglamento de grados y títulos de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad San Pedro.

En este informe, el primer capítulo corresponde a la introducción, en donde se muestra los antecedentes relacionados con las variables de estudio, así como también se describe el problema en la cual se expone el planteamiento delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedente del estudio, base teórica, definición y operacionalización de las variables; en el segundo capítulo exponemos material y métodos, donde se presenta el nivel , tipo y método, área de estudio, población, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, plan de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos, en el tercer capítulo se muestran los resultados tabulados estadísticamente y agrupados en tablas simples y de doble entrada, con el propósito de poder analizarlos posteriormente, así como también presentamos sus respectivas expresiones gráficas para poder visualizar las tendencias obtenidas es este estudio y la discusión de los resultados; en el cuarto capítulo se considera las conclusiones y recomendaciones y por último se presenta las referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

INDICE

PALABRA CLAVE	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DERECHO DE AUTORIA	v
PRESENTACION	vi
INDICE	vii
TABLAS	viii
GRAFICOS	ix
RESUMEN	x
ABSTRAC	xi
I. INTRODUCCION	1-34
II. MATERIAL Y METODOS	35-37
III. ANALISIS Y RESULTADOS	38-54
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55-56
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	57
ANEXOS	58-67

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01	Edad de las madres con niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 38
TABLA N° 02	Grado de instrucción de las madres con niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 39
TABLA N° 03	Ocupación de las madres con niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 40
TABLA N° 04	Estado civil de las madres con niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 41
TABLA N° 05	Edad del niño/a menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 42
TABLA N° 06	Sexo de los niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 43
TABLA N° 07	Nivel de conocimiento de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria del Puesto de Salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 44
TABLA N° 08	Nivel de conocimiento de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria Ítems, del Puesto de salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 45
TABLA N° 09	Relación Nivel de conocimiento y edad de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria Ítems, del Puesto de salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. Relación Nivel de conocimiento y grado de instrucción de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación 47
TABLA N° 10	complementaria Items, del Puesto de salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 49
TABLA N° 11	Relación Nivel de conocimiento y edad de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria del puesto de salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 51

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRAFICO N° 01:	Edad de las madres con niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 38
GRAFICO N° 02:	Grado de instrucción de las madres con niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 39
GRAFICO N° 03	Ocupación de las madres con niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 40
GRAFICO N° 04	Estado civil de las madres con niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 41
GRAFICO N° 05	Edad del niño/a menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017 42
GRAFICO N° 06	Sexo de los niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 43
GRAFICO N° 07	Nivel de conocimiento de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria del Puesto de Salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 44
GRAFICO N° 08	Nivel de conocimiento de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria Items, del Puesto de salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 46
GRAFICO N° 09	Relación Nivel de conocimiento y edad de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria Items, del Puesto de salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 48
GRAFICO N° 10	Relación Nivel de conocimiento y grado de instrucción de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria Items, del Puesto de salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 50
GRAFICO N° 11	Relación Nivel de conocimiento y edad de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria del puesto de salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 - Abril 2017. 52

RESUMEN

La presente investigación se realizó, con el **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria del puesto de salud “La Horca”. Diciembre 2016- Abril 2017. **Material y Métodos:** El método de investigación de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra fue de 51madres. La técnica utilizada fue la Entrevista, y el instrumento de recolección de datos fue diseñado, validado y utilizado por Castro Sulca (2016) y acondicionado por la autora del presente estudio. Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS versión 20. **Resultados:** De Las características socio demográficas, la edad el 35,3% tienen entre 15 a 20 años, el 31,4% de 21 a 25 años, el 41,2% con secundaria, el 41,2% son amas de casa, 41,2% conviviente. El nivel de conocimiento de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria. Bajo el 88,2% y medio el 11,8%. El nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria: CONOCEN el 41,2% sobre alimentos potencialmente alergénicos; el 33% Alimentos de inicio de la alimentación complementaria; el 33% Entorno del niño/a mientras recibe sus alimentos; 27,5% Definición sobre alimentación complementaria. NO CONOCEN, el Cantidad de alimentos según la edad 84,3%, Frecuencia de alimentos el 84,3%, Consistencia de alimentos 82,4%; Medidas higiénicas en la preparación de alimentos el 76,5%; Definición sobre alimentación complementaria el 72,5%, entre otros. Al aplicar la prueba estadística del Chi cuadrado, se encuentra que las variables tienen relación, con una significancia de $0.001 < \alpha$ con la cual se acepta la hipótesis del estudio que difiere con la planteada en el estudio. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria. Bajo el 88,2% y medio el 11,8%.. **Recomendaciones:** Fortalecer los equipos de salud con las estudiantes de enfermería en las acciones de capacitación, educación, monitoreo, supervisión y evaluación a las madres a fin de fortalecer la información que recibe sobre alimentación complementaria.

Palabras clave: conocimiento - alimentación complementaria.

ABSTRACT

The present research was carried out, with the **objective:** To determine the level of knowledge of mothers with children from 6 to 24 months on complementary feeding of the "La Horca" health post. December 2016- April 2017.**Material and Methods:** The research method of quantitative approach, descriptive, cross-sectional and retrospective. The sample was 51 mothers. The technique used was the Interview, and the instrument of data collection was designed, validated and used by Castro Sulca (2016) and conditioned by the author of the present study. Data were processed using the statistical program SPSS version 20. **Results:** From socio demographic characteristics, age 35.3% are between 15 and 20 years, 31.4% from 21 to 25 years, 41.2% With secondary education, 41.2% are housewives, 41.2% are living together. The knowledge level of mothers of children under 6 to 24 months of age on complementary feeding. Under 88.2% and a half, 11.8%. The level of knowledge of mothers on complementary feeding: KNOW 41.2% on potentially allergenic foods; 33% Food supplementary onset of food; 33% Child's environment while receiving food; 27,5% Definition on complementary feeding. DO NOT KNOW, Quantity of food according to age 84.3%, Frequency of food 84.3%, Consistency of food 82.4%; Hygienic measures in food preparation 76.5%; Definition on complementary feeding 72.5%, among others. When applying the Chi square statistical test, we find that the variables are related, with a significance of $0.001 < \alpha$ with which the hypothesis of the study is accepted that differs with the one raised in the study. **Conclusions:** The level of knowledge of mothers of children under 6 to 24 months of complementary feeding. Under 88.2% and a half, 11.8%. **Recommendations:** Strengthen health teams with nursing students in training, education, monitoring, monitoring and evaluation of mothers in order to strengthen information Receives on complementary feeding.

Key words: knowledge - complementary feeding.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

Cuando la lactancia natural ya no basta para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, es preciso añadir otros alimentos a su dieta. La alimentación complementaria cubre el periodo que va de los 6 a los 24 meses de edad, intervalo en el que el niño es muy vulnerable de adquirir enfermedades y su sistema inmunitario necesita refuerzos. Es entonces cuando muchos lactantes empiezan a sufrir de malnutrición y a engrosar la elevada cifra de menores de cinco años mal nutridos que hay en el mundo. Piscoche (2012).

Se han encontrado estudios relacionado con las variables del presente estudio y a continuación se detalla:

Piscoche Torres, Nathaly (2012) “*Conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, 2011*”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú. El presente estudio tiene como objetivo determinar los conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores .El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 padres, obtenida por muestreo no probabilístico. El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue el cuestionario y como técnica la entrevista – encuesta. Los resultados mostraron que la mayoría de los padres tienen conocimientos generales sobre alimentación complementaria siendo estos 20(66,7%), sin embargo en cuanto a las características un porcentaje significativo de padres desconocen sobre la cantidad y frecuencia de alimentos que se debe brindar al niño según su edad; por tanto se debe hacer énfasis en la

educación sobre las características para garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo.

Galindo BazalarDeny Amelia (2012) *“Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", 2011.* Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú. Objetivo fue identificar los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 40 madres. La técnica fue la entrevista y el instrumento, el cuestionario, aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (40), 55% (22) de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% (18) desconocen. En cuanto a las prácticas 61 % (25) tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% (15) tienen prácticas inadecuadas. Conclusiones. La mayoría de las madres que acuden al centro de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria.

Castro Sulca Karen (2016) *“Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S.S.J.M. 2015.* Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú. El presente estudio de investigación titulado “Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJM 2015, tiene como objetivo general “Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años que asisten al consultorio de CRED del CS Villa San Luis; y como objetivos específicos el determinar el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria, además determinar el estado nutricional en el que se encuentran los niños menores de 2 años de edad. El estudio de investigación tuvo como finalidad brindar información actualizada y veraz sobre el nivel de conocimientos que

poseen las madres y el estado nutricional de sus niños, para que de esta manera se puedan ampliar los conocimientos sobre alimentación complementaria y la adopción de conductas de alimentación adecuada y saludable para el niño. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 50madres. La técnica que se utilizo fue la entrevista-encuesta. El instrumento fue el cuestionario y la ficha de evaluación del estado nutricional del lactante. Entre sus conclusiones se tiene que existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad, en relación al nivel de conocimientos que poseen las madres sobrealimentación complementaria se tiene que en su mayoría es bajo. Finalmente y en mención al estado nutricional del niño tenemos que la mayoría de los niños se encuentra entre desnutrición y sobrepeso, seguido de un significativo grupo de niños con estado nutricional normal.

Cisneros Poma Evelin y Vallejos Esquives Yacarly (2015) “*Efectividad del programa educativo en conocimientos, practicas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses – Reque- 2014*”. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo. Perú. La presente investigación titulada Efectividad del programa educativo en conocimientos, practicas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses – Reque-2014, de tipo cuantitativo – cuasiexperimental, tuvo como objetivo, Determinar la efectividad del programa educativo en los conocimientos, prácticas y actitudes sobre alimentación complementaria en las madres. La muestra fue constituida por 30 madres del servicio de Crecimiento y desarrollo del centro de salud de Reque, teniendo en cuenta los criterios de exclusión; la recolección de datos se aplicaron 3 instrumentos: un cuestionario de 15 ítems, una escala de lickert con 11 ítems y una lista de cotejo, para el procesamiento de datos estadísticos se utilizó el programa SPSS versión 15, y la prueba de la T de student de muestras relacionadas. Asimismo los resultados obtenidos mostraron que con un 95% de confianza se estima que el programa de alimentación complementaria, tiene efecto significativo en el conocimiento en las madres de

los niños de 6 a 24 meses en cuanto al valor T. Los resultados muestran que el Pos Test 96.7% de madres alcanzaron un nivel de conocimientos Alto, luego en prácticas se muestra el 76 % de las madres tenían una práctica adecuada, y el 24 % practicas inadecuadas, finalmente 6.7 % de madres tienen actitudes inadecuadas, asimismo el 93.3 % de las madres tienen actitudes adecuadas.

Hidalgo Matienzo Flor Antonia (2015) “*Conocimiento y práctica de la alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2012.* Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, no experimental, de corte transversal y diseño descriptivo correlacional cuyo objetivo es determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de prácticas en la alimentación complementaria de las madres de los niños de 6 a 12 meses de edad que acudieron al centro de salud Yugoslavia en Chimbote el 2012. La muestra para el recojo de la información corresponde a 66 madres, a quienes se les aplicó una encuesta que comprende dos partes: una para el nivel de conocimiento y otra para el nivel de la práctica alimentaria. Los resultados de la investigación son los siguientes: el nivel de conocimiento medio asciende a un 57,6 %, el nivel de conocimiento alto alcanza el 36,4 % y el nivel de conocimiento bajo obtiene un 6 %; estas cifras muestran que las madres conocen sobre la alimentación complementaria de manera relativa. El nivel de práctica en alimentación complementaria es favorable en un 57,6 % y muestra un nivel de práctica desfavorable del 42,4 %. La relación del nivel de conocimiento con el nivel de práctica de las madres presenta un mayor predominio en las prácticas favorables cuyos niveles de conocimientos medio alcanza un 27,3 %, el nivel alto el 15,2 % y ninguno de nivel bajo. En el nivel de práctica desfavorable, el nivel alto de conocimiento es 21,2 %, el nivel medio asciende a 30,3 %, mientras que el nivel bajo obtuvo un 6 %. La aplicación de la prueba estadística de X² resultó $p < 0.05$. Entonces, se concluye que sí existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria de las madres, es decir, se cumple la hipótesis propuesta.

Zamora Gómez, Yuliana M. Y Ramírez García, Esther (2012)”*Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad.* Universidad Nacional de Trujillo. Perú. Investigación descriptivo-correlacional de corte transversal, realizado a madres con niños de 1 a 2 años de edad, atendidos en el Centro Materno Infantil Santa Catalina- distrito San Pedro de Lloc. La Libertad-Perú; con el objetivo de determinar el conocimiento y prácticas alimentarias sobre alimentación infantil y la relación entre ambas variables. La muestra estuvo conformada por 49 madres, seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple. En la recolección de datos se empleó dos instrumentos: “Encuesta sobre conocimiento en alimentación infantil” y “Encuesta de prácticas alimentarias” elaboradas por las autoras. La información obtenida fue procesada y organizada en tablas simples y doble entrada, para el análisis estadístico se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado. Se concluye que el nivel de conocimiento y prácticas alimentarias de las madres es deficiente en mayor porcentaje, y existe relación altamente significativa entre conocimiento y prácticas alimentarias de las madres en estudio.

Zavaleta Juárez, Sussy M, (2012) “*Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio CRED, en el P.S. Cono Norte 1er trimestre 2012*”. Tacna. El trabajo de investigación denominado “Conocimiento de la madre sobre alimentación Complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio cred, en el p.s. cono norte Tacna. Con el objetivo de determinar la relación entre el conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad, es de tipo cuantitativo no experimental de corte transversal, diseño descriptivo correlacional. La muestra fue de 100 madres del programa de Niño Sano del establecimiento. Para la recolección de datos se aplicó dos instrumentos un cuestionario sobre conocimiento materno y las tablas de valoración nutricional antropométrica concluyendo que las madres tienen un nivel bueno de conocimientos sobre alimentación complementaria. Por otro lado el mayor porcentaje de niños lactantes menores tiene un estado nutricional de normal o

eutrófico. Finalmente si existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad que asiste al consultorio de CRED, en el P.S. Cono norte. Con un 95% de confiabilidad y significancia $p < 0,05$, aplicando chi - cuadrado.

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

El presente estudio de investigación se justifica porque a partir de los seis meses de vida, se debe iniciar una etapa conocida como alimentación complementaria (AC) en la que se incluyen alimentos diferentes a la leche materna de manera gradual y progresiva. El objetivo es cubrir las necesidades nutricionales del niño, favorecer la interrelación madre-hijo, ayudar la transición del lactante de una dieta líquida a una dieta blanda y luego a formar parte del consumo familiar, además de favorecer la alimentación. Para ello, es importante que la madre maneje conocimientos y prácticas de alimentación adecuadas. La alimentación complementaria “complementa” la leche materna, también es conocida como alimentación durante la ablactancia que es el periodo en el que la leche deja de ser el alimento único y predominante en la dieta del bebe. Una adecuada alimentación complementaria durante los primeros meses de vida es fundamental tanto para asegurar el crecimiento y desarrollo del bebe así como para mantener su salud, evitar la desnutrición y prevenir enfermedades. Hidalgo (2012).

Por las razones indicadas, se justifica la realización de esta investigación, ante el rol importante que desempeña el profesional de enfermería en atención primaria procurando mejorar el nivel de conocimientos de la población en lo referente a la elección adecuada de los alimentos, las características de una dieta equilibrada y los riesgos del consumo habitual de alimentos considerados poco saludables.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria del puesto de salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 – Abril 2017?

1.4. MARCO REFERENCIAL

Base teórica.

Con el fin de tener un sustento científico para la presente investigación y para el análisis e interpretación de los hallazgos, a continuación se fundamenta en las bases conceptuales: conocimiento, prácticas, madres de familia y alimentación complementaria en niños de 6 meses a 12 meses.

1.4.1 GENERALIDADES DEL CONOCIMIENTO

Según Mario Bunge el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros precisos ordenados, vago inexacto clasificándole en conocimiento científico y conocimiento vulgar, el científico es el racional analítico, sistemático, 9 verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar es vago inexacto limitado por la observación. Bunge (1996)

Kant en su teoría del conocimiento refiere que está determinado por la intuición sensible y el concepto, distinguiéndose dos tipos de conocimiento: el puro y el empírico, el puro o priori se desarrolla antes de la experiencia y el segundo elaborado después de la experiencia. Russel (1998)

El ser humano aprende a través del conocimiento, de esta manera se puede definir al aprendizaje como la adquisición de información codificada bajo la forma de conocimientos, creencias, etc. Este proceso le permite al sujeto descubrir las relaciones existentes entre los eventos de su entorno, los cuales al asimilarlo generan un cambio de conducta. Entre las principales características del conocimiento tenemos el aprendizaje implica un cambio de conducta del sujeto, este cambio puede entenderse como la aparición o desaparición de la conducta. Los cambio de conducta son relativamente estables es decir, los cambios se incorporan en la conducta durante un periodo de tiempo. Sin embargo, lo que se aprende también se olvida a consecuencia del desuso. El aprendizaje resulta de la interacción del sujeto con su medio lo que a su vez le permite una mayor adaptación al medio social.

ADUNI (2006)

a. Concepto

Según el filósofo alemán Immanuel Kant menciona que se puede tener conocimiento exacto y certero y que dicho conocimiento es más informativo sobre la estructura del pensamiento que sobre el mundo que se halla al margen del mismo. Galindo (2012)

b. Tipos de conocimientos

Distinguió tres tipos de conocimiento: analítico a priori, que es exacto y certero pero no informativo, porque sólo aclara lo que está contenido en las definiciones; sintético a posteriori, que transmite información sobre el mundo aprendido a partir de la experiencia, pero está sujeto a los errores de los sentidos, y sintético a priori, que se descubre por la intuición y es a la vez exacto y certero, ya que expresa las condiciones necesarias que la mente impone a todos los objetos de la experiencia.

El conocimiento, en su sentido más amplio, es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo. Significa, en definitiva, la posesión de un modelo de la realidad en la mente. El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón. La práctica está relacionada con las actividades que se ponen de manifiesto luego que se conoce o se aprende en base al conocimiento que se tiene.

c. Características del conocimiento

Según Andreu y Sieber (2000), lo fundamental son básicamente tres:

El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia.

Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos.

Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).

1.4.2 CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 6 -24 MESES

Entre los 6 a 12 meses de edad se produce una exploración de la movilidad y de la exploración del mundo inmediato avances en la comprensión cognitiva y en la capacidad de la comunicación y nuevas tensiones relacionadas con los temas de vínculos y separación. El lactante desarrolla deseos e intenciones, características bien recibidas para la mayoría de los padres, pero que siguen considerando difíciles de manejar.

Desarrollo físico y fisiológico:

El crecimiento se hace más lento, a los 6 meses se ha duplicado el peso de su nacimiento. El aumento de peso es de 90 a 150 gr., semanales durante el semestre siguiente. El aumento de estatura es de 1.25 cm. /mes durante el semestre siguiente. Puede iniciarse la dentición con los dos incisivos centrales inferiores, mastica y muerde. A los 7 meses de los incisivos centrales superiores, a los 8 meses empieza a tener regularidad en las excreciones vesical e intestinal. A los 11 meses suele comenzar la erupción de los laterales inferiores, a los 12 meses se ha triplicado su peso del nacimiento, ha aumentado su talla al nacimiento en 50%.

La fontanela anterior está casi cerrada, disminuye el reflejo de Landau, desaparece el reflejo de Babinski, aparece la curva lumbar y es evidente la lordosis durante la caminata El estómago aumenta su capacidad gástrica, a los 6 meses de 130- 210 ml, y a los 12 meses es de 200-300 ml. Hasta los 3 a 4 meses el niño presenta una menor capacidad para digerir hidratos de carbono complejos 16 (almidones) debido a la menor actividad de la amilasa pancreática, que alcanza un nivel significativo recién a esta edad. También esta presenta el reflejo de profusión (que determina que el alimento introducido en la parte anterior de la cavidad bucal sea frecuentemente expulsado). Entre los 4 y 6 meses maduran por completo la deglución y aparece una masticación rudimentaria.

Hasta los 6 meses el niño tiene limitada capacidad de absorber grasa saturada de cadena larga, esta inmadurez se compensa por la existencia de lipasas

linguales y gástrica y además de una lipasa específica de la leche materna que se activa al llegar al duodeno, en presencia de las sales biliares.

La función renal reducida al nacer mejora durante el año y asemeja a la de adulto cuando se llega al primer año. Llegando a madurar completamente hasta la mitad del segundo año.

Desarrollo neuromuscular:

A esta edad la coordinación psicomotriz se va desarrollando progresivamente, a los 6 meses trata de tomar los objetos con la mano, voltearse de cubito dorsal al abdominal y reconoce a los familiares con sonrisa. A los 7 a 8 meses, es capaz de sentarse solo y luego gatea, a los 11 meses se inicia la bipedestación apoyándose en el barandal, cuna o mueble cercano. Al año, se empieza a dar primeros pasos, cruza una silla a otra, da el juguete a la madre cuando se le pide y extiende su mano para recogerlo.

Desarrollo emocional:

La aparición de la constancia del objeto .El lactante mira de un lado a otro a un extraño que se aproxima y a su madre, como si comparara lo conocido con lo desconocido, y quizás agarre a la madre o llore con ansiedad. Las separaciones suelen hacerse más difíciles. Al mismo tiempo surge una nueva demanda de autonomía. El niño deja de consentir en ser alimentado, girando la cabeza cuando se aproxima la cuchara o insistiendo en sostenerla el mismo. La autoalimentación con los dedos le permite ejercitar sus habilidades motoras finas recién adquiridas (la presión o con la pinza) y ésta puede ser la única forma que el niño coma. Las rabietas hacen su primera aparición cuando los impulsos de autonomía y aprendizaje chocan con los controles paternos y con las limitaciones de las habilidades del propio niño.

Comunicación:

A los 7 meses, el niño es diestro en la comunicación no verbal, expresa una amplia gama de emociones y responde al tono vocal y a las expresiones faciales. Hacia los 9 meses comienza a darse cuenta que puede compartir sus

emociones con otras personas y empieza a mostrar alegremente sus juguetes a los padres como diciéndoles: “cuando veas esto también estarás contento”. Entre los 8 y 10 meses, el balbuceo adquiere una nueva complejidad, con sílabas múltiples. A esta edad los libros y dibujos constituyen el contexto ideal para la adquisición del lenguaje verbal. Benites (2008)

El desarrollo rápido del cerebro del niño es desde los 12 hasta los 24 meses de edad hace que sucedan cambios increíbles, como hablar, caminar y recordar, al pasar a la etapa del niño pequeño.

Los cambios que suceden en este período suelen agruparse en cinco áreas:

Crecimiento físico. Espere que su hijo crezca alrededor de 3 pulgadas (7.6 cm) a 5 pulgadas (12.7 cm) y aumente alrededor de 3 libras (1.4 kg) a 5 libras (2.3 kg).

Desarrollo cognitivo. Es la capacidad que tiene su hijo de pensar, de aprender y de recordar. Su hijo comenzará a recordar hechos y acciones recientes, comprender símbolos, imitar, imaginar y fingir.

Desarrollo emocional y social. Los niños pequeños forman fuertes vínculos emocionales y suelen sentirse intranquilos cuando están separados de sus seres queridos. En esta etapa, los niños pequeños generalmente quieren hacer cosas por sí solos o en la forma en que ellos quieren. Esto sienta las bases de posibles conflictos, confusiones y crisis nerviosas ocasionales.

Desarrollo del lenguaje. Entre los 15 y los 18 meses, un niño pequeño normal comprende 10 veces más palabras que las que puede decir. A los 2 años, la mayoría de los niños pequeños pueden decir por lo menos 50 palabras.

Desarrollo sensorial y motor. Las habilidades motoras se desarrollan a medida que los músculos y los nervios de su hijo trabajan juntos. Los niños pequeños adquieren control y coordinación, y comienzan a caminar con más estabilidad. Pronto comenzarán a treparse, a correr y a saltar.

1.4.3 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Definición

Según la autora Belinda Márquez Bazán indica que es aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin estimularla, sirve como un

alimento óptimo para los primeros tiempos de vida y de cubrir las necesidades del niño a partir de seis meses de edad , se dice que el momento oportuno para introducir otros alimentos es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica.

También se considera que la alimentación es una de las manifestaciones socioculturales más importante en la vida de las diversas zonas rurales, es decir que cada comunidad selecciona sus propios alimentos que encuentra en su entorno, según sus hábitos alimentarios, dando respuesta a realidades históricas, medioambientales, socioeconómica. En otras palabras se comprende que cada cultura va a definir lo que es o no válido como alimento, condicionando así su utilización más allá de su disponibilidad.

Benites (2008)

Los Alimentos durante la alimentación

complementaria a .Clasificación de los Alimentos

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

a.1. Según el contenido de Nutrientes

Macronutrientes

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

Micronutrientes

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

a.2. Según función que desempeñan en el organismo

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

Los alimentos que nos proporcionan energía son:

Tubérculos: papa, chuño, yuca, camote, olluco, mashua, etc.

Cereales: avena, arroz, cebada, quinua, trigo, cañihua, kiwicha, maíz, morón, etc.

Azúcares: chancaca, miel, azúcar blanca, rubia, etc.

Aceites Y Grasas: mantequilla, manteca, grasa proveniente de animales.

Galindo (2012)

Alimentos que ayudan a crecer, estructurales, constructores, formadores o reparadores

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

En nuestra dieta se pueden distinguir: Proteínas de origen animal, llamadas también proteínas de alto valor biológico, se encuentran en: Carne y huevo: res, pollo, cerdo, otras aves

Pescados: de mar y río etc

Leche y derivados.

Es muy importante el consumo de este tipo de proteínas en los niños porque se encuentran en crecimiento.

Proteínas de origen vegetal, se encuentran principalmente en las:

Menstras: lentejas, frejoles, pallares.

Cereales: quinua, avena, trigo, etc.

Para obtener una proteína de mejor calidad es importante combinar estos alimentos en las porciones adecuadas, es decir dos porciones de cereal por una de menstras.

Alimentos reguladores o protectores

Son aquellos que regulan el funcionamiento de todo el organismo sin ellas el organismo no es capaz de aprovechar los demás alimentos. Estos alimentos son ricos en vitaminas y minerales.

Las vitaminas se encuentran en los alimentos tanto de origen animal como vegetal. A excepción de la vitamina D que se forma en la piel con la exposición al sol.

Los minerales se encuentran en la naturaleza y no en los seres vivos.

Estos alimentos cumplen un papel muy importante en el organismo, porque son necesarios para la elaboración de tejidos y la formación de las hormonas, enzimas y otras sustancias.

Entre estos tenemos:

Hortalizas o verduras: zanahorias, pimentón, lechuga, coliflor, zapallo, espinaca, acelga, etc.

Frutas: mango, piña, naranja, limón, etc

a.3. Según grupos de alimentos

En nuestro país se clasifican los alimentos en dos grandes grupos:

Alimentos básicos y Alimentos complementarios:

Alimentos básicos encontramos a los alimentos que dan fuerza energética o calórica o alimentos que ayudan a crecer, estructurales, plásticos, constructores, formadores o reparadores

Alimentos complementarios están formados por los alimentos reguladores o protector. Galindo (2012)

b. Combinación de Alimentos

Las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales leguminosas (menstras), alimentos de origen animal, tubérculos, verduras, lácteos, (derivados) y frutas, teniendo en cuenta la disponibilidad en la zona de residencia.

Debido al crecimiento desarrollo rápido durante los primeros 2 años de vida, las necesidades de nutrientes por unidad de peso de los niños(as) son muy altas. La leche materna puede contribuir sustancialmente al consumo de nutrientes entre 6 y 24 meses, sobretodo 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.

A partir de los seis meses de edad las necesidades de hierro así como del zinc y calcio deben ser cubiertas con la alimentación complementaria, porque a los 6 meses de edad se produce un balance negativo especialmente del hierro.

Dada las pequeñas cantidades de alimentos que los niños(as) consumen a esta edad, la densidad de estos nutrientes en las preparaciones tienen que ser altas. Los alimentos de origen vegetal, por sí solos no satisfacen las necesidades de estos y otros nutrientes, por lo que se recomienda incluir carnes, aves, pescado, vísceras, sangrecita y huevo en la alimentación complementaria lo más pronto posible, de esta manera asegurar el aporte del hierro, zinc, calcio y vitamina A.

Es imprescindible incorporar en la alimentación de la niña o niño productos que tengan alta biodisponibilidad de hierro; su deficiencia conlleva a la anemia y afecta el comportamiento del niño así como en su proceso de aprendizaje. Los alimentos fuentes de este mineral son las carnes, vísceras y sangrecita.

El zinc es importante para el crecimiento y desarrollo normal, favorece la cicatrización de heridas y aumenta la inmunidad natural contra infecciones. Las mejores fuentes del zinc, por su contenido y alta biodisponibilidad, son las carnes, hígado, huevos y mariscos.

Es necesario asegurar el aporte de la vitamina A en la alimentación del niño(a), porque además de participar en su crecimiento y desarrollo, mantiene la integridad de las células epiteliales de la mucosa de la boca, de los ojos, y del aparato digestivo y respiratorio; los que tienen deficiencia están en mayor riesgo de tener infecciones, especialmente episodios de diarrea y sarampión más frecuentes y severos, así como, anemia por deficiencia de hierro y retardo del crecimiento. Los alimentos de origen animal fuentes de vitamina A son el hígado y carnes.

El calcio es un mineral, que participa en la construcción de los huesos, así como para la salud dental, para un adecuado aporte de calcio es necesario incluir leche y/o productos lácteos en la comida de la niña o niño, además de continuar con la leche materna.

El huevo y el pescado son muy buenos alimentos para la niña o niño y no deben ser restringidos, salvo temporalmente en el caso de una fuerte historia familiar de alergia.

El consumo diario de alimentos que contengan vitamina C favorece el mantenimiento de los huesos y cartílagos así como refuerza las defensas orgánicas, sobretodo de las vías respiratorias altas. Por ello se recomienda el consumo de frutas como la naranja, aguaje, camucamu, maracuyá, papaya y las verduras, como el tomate que tienen alto contenido de vitamina C, cuya ingesta después de las comidas, favorece la absorción de hierro proveniente de los vegetales. Existe una asociación directa entre el contenido de vitamina C en la dieta y el porcentaje de absorción del hierro de cereales, hortalizas y leguminosas.

Se debe enriquecer una de las comidas principales de la niña o niño con una cucharadita de grasa (aceite, mantequilla, margarina).

Las grasas provenientes de la alimentación infantil deben proporcionar entre el 30% y 40% de la energía total, aportando ácidos grasos esenciales en niveles similares a los que se encuentran en la leche materna; por lo tanto incrementan la densidad energética de las comidas y mantienen la viscosidad de las comidas independientemente de su temperatura.

Una ingesta muy baja de grasa ocasiona una inadecuada ingesta de ácidos grasos y baja densidad energética que puede traducirse en un adelgazamiento infantil y una ingesta excesiva puede incrementar la obesidad infantil y enfermedades cardiovasculares en el futuro. Galindo (2012)

Se recomienda realizar las siguientes combinaciones para lograr una alimentación balanceada en el hogar:

Mezclas Dobles:

Existen tres formas de mezclas dobles:

- * Alimento base (Papa) + Leguminosas.
- * Alimento base (Arroz) + alimentos de origen animal (pescado)

* Alimento base (Garbanzo) + vegetales de hoja verde o vegetales amarillos.

Mezclas Triple:

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

* Alimento base (Arroz) + leguminosas (Habas) + vegetales de hoja verde o vegetales amarillos (Zanahoria)

* Alimento base (Trigo) + alimentos de origen animal (Hígado) + vegetales de hoja verde o vegetales amarillos (Zapallo).

Mezcla cuádruple:

La mejor de todas es la mezcla cuádruple que combina los cuatro principales tipos de alimentos: Alimento base (Papa) + leguminosas (Arveja) + alimentos de origen animal (pescado) + vegetales de hoja verde oscuro o vegetales amarilloso (Acelga). Para la combinación de alimentos se realiza según el siguiente cuadro por edades

Cuadro N° 1

Combinación de alimentos por edades en la Alimentación Complementaria

edad	alimentos
0– 6 meses	Lactancia Materna,
6 meses	Lactancia Materna, Cereales, papillas,
6 - 8 meses	Mazamoras, (una cucharadita de aceite)
7– 9 meses	Lactancia Materna, Cereales, frutas, verduras, pollo sancochado, hígado.
9– 12 meses	Lactancia Materna, Cereales, frutas, Carnes, pescado,
12 a 23 meses	Lactancia Materna, Cereales, frutas, Carnes, pescado, Huevo, comida de la olla familiar

Características de las combinaciones de alimentos

Las mezclas a ofrecer a los lactantes y niños deberían tener entre otras las siguientes características:

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

Características de algunos alimentos:

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

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

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

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

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

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

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

Yogures: A partir del 8o mes puede ofrecerse yogur natural, sin azúcar, sólo o mezclado con la papilla de frutas. Galindo (2012)

c. Cantidad de alimentos

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

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

Alrededor del sexto mes de edad la niña o niño expresa su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia delante. Contrariamente, cuando ya se encuentra satisfecho, demuestra su desinterés por el alimento echándose hacia atrás y volteando la cabeza hacia un lado. La niña o niño participa así activamente de la alimentación y no ingiere indiscriminadamente los alimentos que se le introducen en la boca.

Los lactantes aumentan gradualmente su aceptación a los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que aceptan. Los lactantes amamantados parecen aceptar mayores cantidades que los lactantes que toman fórmulas.

A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a 1/2 taza (100 g ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a 3/4 de taza (150 g ó 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, más una entre comida adicional; y finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200 g ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente), tres veces al día, más dos entre comidas adicionales.

Desde los 6 meses de edad, la niña o niño debe tener su propio recipiente (plato o taza) y cucharita, para que la madre o la persona que lo cuida pueda

observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta y conscientemente aumente la cantidad, de acuerdo con la edad y sus sensaciones de hambre y saciedad. A medida que mejora la aceptabilidad y la niña o niño recibe mayor cantidad de alimentos se puede aumentar su variedad. La incorporación de un nuevo alimento debe ser en volúmenes pequeños para prevenir posibles intolerancias y/o alergias. Galindo (2012)

d. Frecuencia de los 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 locamente 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. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada es baja, o si a la niña o niño se le suspende la lactancia materna, requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

La alimentación complementaria deberá distribuirse en varios tiempos de comida, que se irán incrementando gradualmente conforme crece y desarrolla la niña o niño según su edad, sin descuidar la lactancia materna. De esta manera también se logrará que poco a poco se vaya integrando y participando del horario de comidas tradicional de su entorno familiar.

A los 6 meses, se empezará con dos comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a tres comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 y 11 meses, además de las tres comidas principales deberán recibir una entre comida adicional y su leche materna; y finalmente entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedará establecida en tres comidas principales y dos entre comidas adicionales, además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

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

Para iniciar la alimentación con preparaciones semisólidas, se recomienda elegir una hora cercana al mediodía, antes de la siguiente lactada. Galindo (2012)

e. Consistencia de los alimentos

Alrededor del 6o mes los músculos y nervios de la boca se desarrollan suficientemente para masticar. Los niños(as) a esta edad controlan mejor la lengua, pueden mover la mandíbula hacia arriba y hacia abajo, empiezan a salir los dientes, llevan cosas a su boca y están interesados en conocer nuevos sabores. Todo ello les da la madurez para recibir alimentos de consistencia más densa, proporcionados en una cucharita. Alrededor de los 8 meses la niña o niño intenta tomar los alimentos con sus manos y también con la cuchara, iniciándose la autonomía de su alimentación, por lo que hay que estimularla. Alrededor del año está capacitado para comer por sí solo, los mismos alimentos que consumen el resto de la familia, evitando aquellos que puedan causar atragantamientos, ya sea por su forma y/o consistencia (uvas, zanahoria cruda, entre otros).

A partir del sexto mes de edad el niño deberá iniciar la alimentación complementaria con preparaciones semi-sólidas como papillas, mazamoras o purés con una densidad energética no menor a 0,8 kcal/g. Gradualmente se incrementará la consistencia y variedad de los alimentos que se le ofrezcan, adaptándolos a sus requerimientos y habilidades desarrolladas según su edad.

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

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

Galindo (2012)

Higiene en la preparación de los alimentos

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

- Lavado de manos con agua y jabón de la madre o cuidadora, antes de la preparación de los alimentos, antes de dar comer a la niña o niño, después de usar el baño o letrina y después de limpiar a un niño(a) que ha defecado. Igualmente mantener limpia las manos y la cara del niño(a).
- Mantener los alimentos tapados y servirlos inmediatamente después de prepararlos.
- Utilizar utensilios limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, etc.) para preparar y servir los alimentos.
- Evitar el uso de biberones y chupones debido a la dificultad para mantenerlos limpios, además de otros efectos negativos.
- Utilizar agua segura (potable, clorada o hervida) y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.
- Conservar los alimentos en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos.
- Colocar la basura o restos de comida en recipientes tapados y fuera de la vivienda.
- Los restos de la comida que la niña o niño pequeño dejan en el plato no se debe guardar para consumirlo posteriormente, pues se descomponen fácilmente, por ello deben ser consumidos al momento. Galindo (2012)

Requisitos de una Alimentación Complementaria

Los lactantes son particularmente vulnerables durante el periodo de transición en el que comienza la *alimentación complementaria*. Por lo tanto, para asegurarse de que se satisfacen sus necesidades nutricionales, los alimentos complementarios tienen que cumplir los requisitos siguientes:

- **Oportuno**, es decir, se deben introducir cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural exclusiva y frecuente.

- **Adecuado**, es decir, deben proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento.
- **Inocuo**, es decir, se deben preparar y almacenar de forma higiénica y hay que darlos con las manos limpias, utilizando utensilios limpios, y no biberones y tetinas.
- **Darse de forma adecuada**, es decir, se deben dar atendiendo a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las comidas y el método de alimentación (alentar activamente al niño a que, incluso cuando está enfermo, consuma alimentos suficientes utilizando los dedos, una cuchara o alimentándose por sí mismo) deben ser adecuados para su edad.

Riesgos de una Alimentación Complementaria Inadecuada

- **Riesgos de un inicio temprano de la alimentación complementaria (Antes de los 6 meses):**

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

- Disminución de la ingestión de leche materna y desplazamiento de la alimentación al pecho por alimentos menos nutritivos que aún no requiere el lactante, lo cual puede ocasionar desnutrición.
- Disminución de producción de leche materna en la madre.
- Deficiente digestión y absorción de nutrientes y diarrea.
- "Alimentación forzada" debido a que el lactante, por su inmadurez neuromuscular, es incapaz de demostrar saciedad, llevando a la obesidad. (Sobrealimentación).
- Alergias alimentarias y diabetes mellitus insulina – dependiente (Tipo 1) en lactantes susceptibles.
- Inmadurez neuromuscular: conllevando a problemas de deglución, aspiración con tos y ahogamiento.

- Deshidratación.
- Mayor riesgo de caries dental.
- A largo plazo hábitos alimentarios indeseables.
- Contaminación de los alimentos complementarios, que aumenta el riesgo de diarrea y otras enfermedades infecciosas.

Riesgos de un inicio tardío de la alimentación complementario

(Después de los 6 meses):

Si la alimentación complementaria empieza después de los 6 meses de edad, el niño no recibirá suficiente nutrientes y alimentos de acuerdo a su requerimiento, el cual puede ser más difícil el periodo de adaptación a nuevas consistencias, texturas y sabores de los alimentos.

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

Incorporación de alimentos ricos en hierro en la dieta del niño:

Los niños nacen con reservas de hierro suficientes para cubrir sus demandas nutricionales entre los 4 a 6 meses. Por otro lado, la leche materna, aunque tiene pocas cantidades de hierro su absorción es muy eficiente comparada con otras leches. El inicio de la alimentación complementaria es de suma importancia porque las reservas de hierro están agotándose y el crecimiento del niño continúa.

El hierro es un componente fundamental en muchas proteínas y enzimas que nos mantienen en un buen estado de salud. Alrededor de dos tercios de hierro de nuestro organismo se encuentra en la hemoglobina, proteína de la sangre que lleva el oxígeno a los tejidos y le da la coloración característica. El resto se encuentra en pequeñas cantidades en la mioglobina, proteína que suministra oxígeno al músculo, y en enzimas que participan de reacciones bioquímicas (oxidación intracelular).

Clasificación:

- El **hémico**es de origen animal y se absorbe en un 20 a 30%. Su fuente son las carnes (especialmente las rojas). Este hierro no es significativamente afectada por la dieta.
- El **no hémico**, proviene del reino vegetal, es absorbido entre un 3% y un 8% y se encuentra en las legumbres, hortalizas de hojas verdes, salvado de trigo, los frutos secos, las vísceras y la yema del huevo. Su absorción tiene gran influencia de otros componentes de la dieta.

Alimentos que favorecen la absorción:

- **Vitamina C (ácido ascórbico):** mejora la absorción del hierro no hémico ya que convierte el hierro férrico de la dieta en hierro ferroso, el cual es más soluble y puede atravesar la mucosa intestinal.
- **Otros ácidos orgánicos:** ácido cítrico, ácido láctico y ácido málico también benefician la absorción de hierro no hémico.
- **Proteínas de la carne:** además de proveer hierro hémico (altamente absorbible) favorecen la absorción de hierro no hémico promoviendo la solubilidad del hierro ferroso.
- **Vitamina A:** mantiene al hierro soluble y disponible para que pueda ser absorbido. La combinación de vitamina A con hierro se usa para mejorar la anemia ferropénica (por deficiencia de hierro).

Reducen la absorción:

- **Ácido fítico (fitatos):** se encuentra en arroz, legumbres y granos enteros.
- **Taninos:** se encuentran en algunas frutas, vegetales, café, té (negro, verde) vinos, chocolate, frutos secos y especias (orégano).
- Pueden inhibir la absorción ya que se combinan con el hierro formando un compuesto insoluble.
- **Proteínas vegetales:** las proteínas de la soya tiene un efecto inhibitorio en la absorción del hierro no hémico que no depende del contenido de fitatos.

- **Calcio:** cuando el calcio se consume junto al hierro en una comida, el calcio disminuye la absorción de hierro hémico como el no hémico. El calcio tiene un efecto inhibitorio que depende de sus dosis. Galindo (2012)

Buenas prácticas de higiene en la manipulación de alimentos para evitar infecciones:

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

- Lavado de manos con agua y jabón de la madre o cuidadora, antes de la preparación de los alimentos, antes de dar de comer al niño después de usar el baño o letrina y después de limpiar a un niño que ha defecado. Igualmente mantener limpias las manos y la cara del niño.
- Mantener los alimentos tapados y servirlos inmediatamente después de prepararlos.
- Utilizar utensilios limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, etc.) para preparar y servir los alimentos.
- Evitar el uso de biberones y chupones debido a la dificultad para mantenerlos limpios, además de sus otros efectos negativos.
- Utilizar agua segura (potable, clorada o hervida) y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.
- Conservar los alimentos en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos.
- Colocar la basura o restos de comida en recipientes tapados y fuera de la vivienda.
- Los restos de comida que el niño pequeño deja en el plato no se deben guardar para un posterior consumo, pues se descomponen fácilmente, por ello deben ser consumidos al momento

Interacción en la alimentación

Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no solo de que alimentos se le ofrece al niño en sus comidas (que dar de comer),

sino también es importante la manera de cómo, cuándo, dónde y quien da de comer a un niño.

La interrelación entre el niño(a) y la madre o cuidadora durante la alimentación puede ser crítica e influenciar sobre el consumo de nutrientes. Se describe los siguientes estilos:

- Un “estilo controlador”, donde la madre o cuidadora decide cuando y como come el niño puede llegar a que los niños no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño en riesgo de sobrepeso.
 - Un estilo “dejar hacer” o “liberal”, donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños menores de un año, salvo que el niño este enfermo o que no coma. Este estilo es frecuente en nuestra población.
 - Un estilo “interactivo” incluye comportamientos que permiten una óptima inter-relación madre o cuidadora- niño.
-
- Hablar con los niños durante las comidas, con contacto ojo a ojo, reconociendo que los momentos de comer son espacios de aprendizaje y amor.
 - Alimentarlos despacio y con paciencia y animar a los niños a comer pero sin forzarlos.
 - Dar de comer directamente a los niños pequeños y ayudar físicamente a los niños mayores cuando se alimentan solos, estando atentos y respondiendo sus señales de apetito y saciedad.
 - Cuando los niños no quieren comer, experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer. Galindo (2012)

1.4.4 ROL DE LOS PADRES EN LA CRIANZA DEL NIÑO

El ser padres responde a ser responsables prioritariamente de la nutrición, educación, afecto, estimulación y desarrollo del niño, por lo mismo el cuidar a

los niños es una ardua responsabilidad lo cual ha repercutido frecuentemente en el rol de las mujeres y más aún si se trata de una madre sola.

Muchos teóricos relacionan esta responsabilidad con el apego del niño hacia la madre y el tiempo permanente de ella con el niño. Es por eso que dependerá de la madre y sus cuidados el desarrollo saludable de su hijo teniendo como eje primordial la alimentación y el afecto que le brinda aun antes del nacimiento lo cual repercutirá a nivel cognitivo, social, y lenguaje, de esta manera la mujer en su rol de madre poseen objetivos primordiales dentro de la sociedad.

Estas son algunas características que debe tener la madre como cuidadora:

- El cuidado que debe brindar la madre debe ser afectivo ya que es importante no sólo para la supervivencia del niño sino también para su óptimo desarrollo físico, mental, y para una buena adaptación, contribuyendo al bienestar general y felicidad del niño, que en otras palabras es una buena calidad de vida.
- La madre que realiza el cuidado de su niño debe contar con una buena salud física, emocional y social. No debe mostrarse ante él con preocupaciones, irritabilidad, o tristeza. Debe presentarse ante él con alegría y cariño. Debe brindarle seguridad, protección al niño, pero a la vez estimulando la autonomía del niño.
- Las madres deben ser siempre precavidas, proteger a su niño de cualquier peligro y estar siempre alertas.

Con respecto a su alimentación la madre debe saber que es un factor central en las primeras relaciones de ella y el niño. La madre pronto descubre que alimentando al niño consigue que se tranquilice y retorne a una situación de bienestar. A la vez el niño descubre que algo sucede cuando siente un malestar importante (hambre) y llora. Lo cual es calmado cuando la madre le brinda alimentación al niño. En los primeros meses el niño, irá descubriendo esta respuesta y progresivamente el hambre será mejor tolerado, porque va percibiendo que su alimentación es regular y estable. La madre debe ser

paciente hasta que el niño se acostumbre a la alimentación complementaria, tener conocimiento de cómo reaccionará su niño a la nueva introducción de alimentos le ayudará a realizar mejor su cuidado nutricional del niño.

Por ejemplo la madre debe saber que cuando se introducen alimentos semisólidos a un lactante que aún no es capaz de mantenerse sentado, es recomendable que ella se sienta frente a una mesa donde haya colocado el plato con el alimento y la cuchara, sienta a su hijo sobre sus piernas y le permita recargarse contra su brazo izquierdo. Con la cuchara en la mano derecha puede golpear el borde del plato para llamar la atención de su hijo con este sonido. La cuchara, ya cargada con el alimento, se acerca a la boca del niño a una altura que pueda seguirla con los ojos. Se introduce el alimento suavemente, sin forzar al niño para que abra la boca. Se espera a que trague perfectamente y se inicia una nueva cucharada o se interrumpe si el niño muestra resistencia a continuar alimentándose.

Esta nueva experiencia es vivida por el niño en estrecho contacto físico con su madre y en una forma compleja en que se integran estímulos afectivos, táctiles, sonoros, visuales y gustativos. Hacia los siete u ocho meses, el niño intenta tomar los alimentos con su mano, y también con la cuchara. Esta iniciativa representa el inicio de la autonomía en la alimentación y es conveniente que la madre respete y estimular esos intentos. A esta edad, puede ofrecérsele los líquidos en vaso o taza y permitirle que los tome él mismo, aunque derrame gran parte del contenido. De este modo, alrededor del año de edad el niño es capaz de alimentarse adecuadamente por sí solo.

De este modo la madre con conocimiento de estas pautas permitirá que su niño obtenga un óptimo crecimiento y desarrollo a nivel cognitivo, emocional y social.

Para cumplir todo ello la madre debe de conocer y ser educada por el personal de enfermería sobre las “Prácticas Familiares claves para el crecimiento y desarrollo infantil saludable” propuestas por el AIEPI, en esta se establecen 16 claves de las cuales cuatro están relacionadas con el crecimiento del niño.

La Enfermera en el Componente de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño

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

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

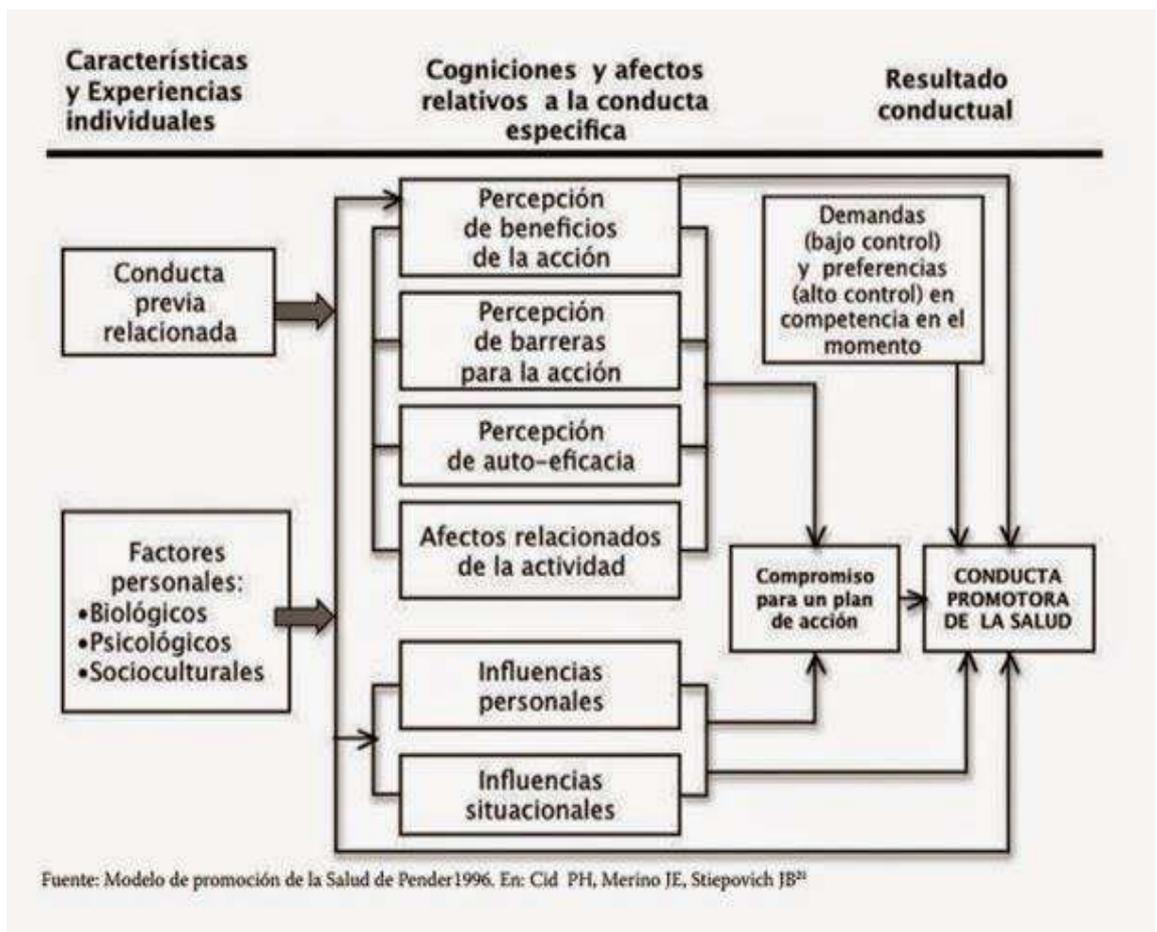
1.4.5 TEORIA DE ENFERMERIA

Teoría de Nola Pender: “Modelo de promoción de la salud”

La teorista Nola Pender indica que existe vínculos entre los factores cognitivos perceptivos y los factores modificantes que influyen en las conductas favorecedoras de la salud, sirviendo como base para que las personas tomen decisiones, sobre su propio cuidado de la salud, y de las personas que tienen a su cargo, en este caso, sus hijos. Considera que la promoción de la salud es importante y que ello, buscan crear condiciones de vida mediante las cuales

puedan expresar su propio potencial de la salud humana; además, tienen la capacidad de despertar una autoconciencia reflexiva en la que el profesional sanitario forma parte de su entorno interpersonal ejerciendo influencia a lo largo de sus vidas. En este sentido el rol educativo de Enfermería, desempeña un papel importante en la promoción a través de una educación expresada en actividades diseñadas para cada tipo de usuario según sus características personales. Así mismo esto no sería posible si no se tiene de antemano la información previa, lo que permitiría que el usuario (madre) pueda estar capacitada para realizar una autoevaluación sobre su estado de salud y la de su niño, esto quiere decir promover una vida saludable, por tal motivo hay que empoderar a las madres sobre la importancia que tiene la alimentación complementaria en los primeros años de vida de sus niños

Toda esta perspectiva Pender la integra en el diagrama del modelo de Promoción de la Salud:



DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

CONOCIMIENTO: Es la respuesta expresada por la madre sobre toda aquella información que posee acerca de la alimentación complementaria en torno al inicio, frecuencia, cantidad, consistencia y tipo de alimentos complementarios en la dieta del niño a partir de los seis hasta los 12 meses de edad.

NIÑO(A): Son todos aquellos niños de ambos sexos de 6 a 24 meses, que son atendidos en el consultorio de CRED del Puesto de Salud La Horca. Sullana

MADRE: Persona con o sin lazos consanguíneos que se encarga del cuidado, alimentación y cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo del niño.

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

1.5. VARIABLES

1.5.1 Variable Dependiente:

Alimentación Complementaria

1.5.2 Variable Independiente:

Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
Conocimientos sobre la alimentación complementaria que tienen las madres de niños de 06 a 24 meses.	<p>Conjunto de ideas, conceptos, enunciados, se clasifican como:</p> <p>Conocimiento científico; el cual es racional y verificable con la experiencia.</p> <p>Conocimiento vulgar; es impreciso limitado a la observación. La alimentación complementaria se inicia a los 6 meses con la incorporación de otros alimentos porque el niño requiere nutrientes en cantidades necesarias que la leche materna no ofrece.</p>	<p>Definición conceptual de alimentación complementaria</p> <p>Características de la alimentación.</p> <p>Factores que incluyen en la alimentación complementaria</p> <p>Beneficios de una alimentación complementaria</p> <p>Medidas para una alimentación complementaria</p>	<p>Concepto de alimentación complementaria</p> <p>Consistencia de los alimentos.</p> <p>Frecuencia de los alimentos.</p> <p>Cantidad de los alimentos.</p> <p>Tipos de alimentos.</p> <p>Combinación de alimentos.</p> <p>Alimentos no recomendados.</p> <p>Edad de inicio de la alimentación complementaria</p> <p>Micronutrientes</p> <p>Entorno del niño</p> <p>Edad de inicio de la alimentación Complementaria</p> <p>Beneficio físico</p> <p>Beneficio psicológico</p> <p>Beneficio económico</p> <p>Medidas de higiene de los alimentos</p> <p>Medidas de higiene de los utensilios</p>	<p>Alto => de 36 puntos.</p> <p>Regular 22 a 35 puntos</p> <p>Bajo= < de 22 puntos</p>

1.6. HIPÒTESIS

El nivel de conocimiento de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria del puesto de salud “La Horca” Sullana es medio.

1.7. OBJETIVOS

1.7.1 Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria del puesto de salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016- Abril 2017

1.7.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las madres con niños menores de 6 a 24 meses
- Determinar el conocimiento de las madres con niños menores de 6 a 24 meses según dimensiones: definición de la alimentación complementaria, características de la alimentación. Complementaria, factores que influyen en la alimentación complementaria, beneficios de la alimentación complementaria y medidas para una alimentación complementaria

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación estuvo guiado bajo el enfoque cuantitativo, dentro del cual tiene un carácter descriptivo; así mismo la investigación fue de corte transversal.

Es cuantitativo porque las variables a estudiadas se midieron mediante una escala numérica las variables del estudio.

Es descriptivo porque se describieron las variables tal y como se presentaron en la realidad y luego fueron analizadas, en este caso se describieron las variables.

Fue de corte transversal porque me permitió obtener información en un tiempo y espacio determinado.

2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Estuvo constituida por un total 59 madres con niños de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria en el puesto de salud “La Horca. Diciembre 2016-Abril 2017.

Muestra: Para determinar la muestra se utilizó la siguiente formula:

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

N: es el tamaño de la población.

E: es el valor del error 5% = **0.05**

Z= 1.96

p = probabilidad de éxito= **0.5**.

q= probabilidad de fracaso= **0.5**

n: es el tamaño de la muestra.

Reemplazando:

$$\begin{aligned} &= \frac{3.84 \times 0.25 \times 59}{58 + 0.0025 + 3.84 \times 0.25} \\ &= \frac{56.6}{1.105} \\ &= 51,2 \end{aligned}$$

La muestra estará compuesta por 52 madres con niños de 6 a 24 meses

Criterios de inclusión:

- Madres con niños de 6 a 24 meses del puesto de salud La Horca. Sullana
- Madres que desean participaren el estudio.

Criterios de exclusión:

- Madres que no desean participaren el estudio.
- Madres con niños de menores de 6 meses y mayores de 24 meses.

2.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

El instrumento de recolección de datos fue diseñado, validado y utilizado por Castro Sulca (2016) y acondicionado por la autora del presente estudio. Para la interpretación del instrumento es de la siguiente manera:

El cuestionario consta de 25 preguntas y por cada respuesta correcta 2 puntos y respuesta incorrecta 0 puntos, con una puntuación total de 50 puntos.

• Para la medición del Nivel de Conocimiento:

CALIFICACIÓN	PUNTAJE
Nivel de Conocimiento Alto	> de 36 puntos
Nivel de Conocimiento Regular	23 a 35 puntos
Nivel de Conocimiento Bajo	< de 22 puntos

La autora Sulca (2016,) para realizar el análisis de la Variable Nivel de Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria, aplico la prueba de Stanones en tres categorías: Alto, medio y bajo.

En cuanto a la validación del instrumento realizada por la autora Castro (2016) lo sometió a juicio de expertos, procesando la información en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial. Luego realizó las correcciones del instrumento de acuerdo a las sugerencias de los expertos, lo llevó a cabo una prueba piloto a fin de determinar la validez estadística mediante la prueba ítem test correlación de Pearson y la confiabilidad estadística a través de la prueba kuder de Richardson

2.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para ejecutar el presente estudio se contó con la autorización al jefe del puesto de salud La Horca Sullana. Se aplicó el cuestionario en el mes de Febrero del presente y en el horario de mañanas de lunes a viernes

2.5. PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO

Para ejecutar el presente estudio se contó con el consentimiento informado de las personas participantes en el presente estudio, (Anexo C), expresándole que la información que proporcione es de carácter anónimo y confidencial y solo será utilizado para fines de estudio, dándole la opción de retirarse en cualquier momento de la investigación según crean pertinente, respetando de esta manera el principio de autonomía.

2.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION

Una vez obtenida la información se procedió a la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva con el promedio aritmético, los porcentajes y las frecuencias absolutas. Finalmente los resultados serán presentados en tablas de contingencia de una y doble entrada y gráficos estadísticos en base a los objetivos formuladas, y comprobar la hipótesis establecida. Complementándose con representaciones gráficas; para ello se empleará el programa SPSS versión 20. Para su análisis e interpretación se considerará el marco teórico del presente estudio.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Tabla N° 1 Edad de las madres con niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a Intervalo de confianza al 95%			
				Sesgo	Típ. Error	Inferior	Superior
15 - 20 años	18	35.3	35.3	.0	6.9	21.6	49.0
21 - 25 años	16	31.4	66.7	.0	6.5	17.6	45.1
26 - 30 años	16	31.4	98.0	.2	6.4	19.6	45.1
> 36 años	1	2.0	100.0	-.2	1.8	0.0	5.9
Total	51	100.0		0.0	0.0	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

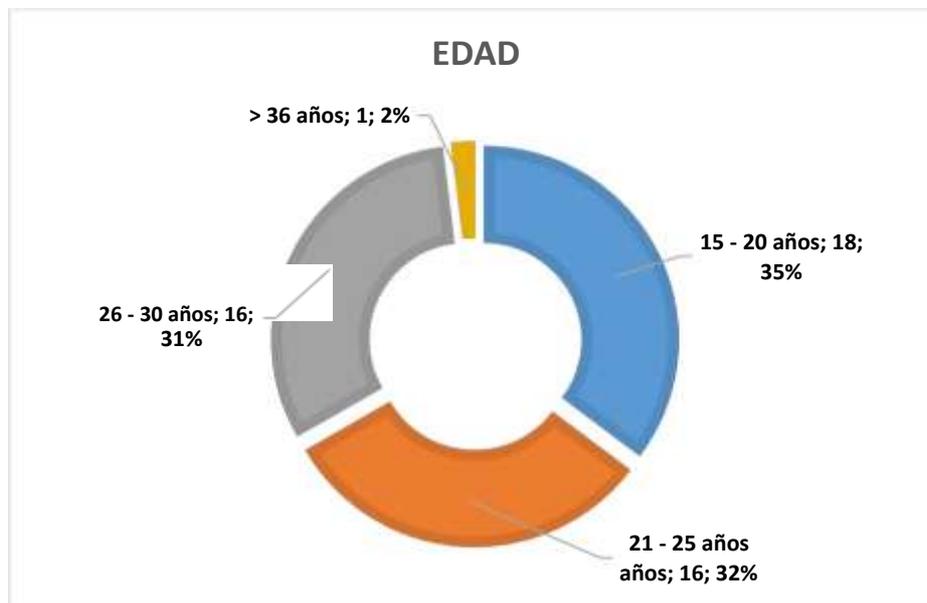


Gráfico N° 1 Edad de las madres con niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017.

Tabla N° 2 Grado de instrucción de las madres con niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017.

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Bootstrap para Porcentaje Intervalo de confianza al 95%		
					Típ. Error	Inferior	Superior
primaria	19	37.3	37.3	.0	6.5	25.5	51.0
secundaria	21	41.2	78.4	.4	7.0	29.4	54.9
superior	11	21.6	100.0	-.4	5.7	9.8	33.3
Total	51	100.0		0.0	0.0	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

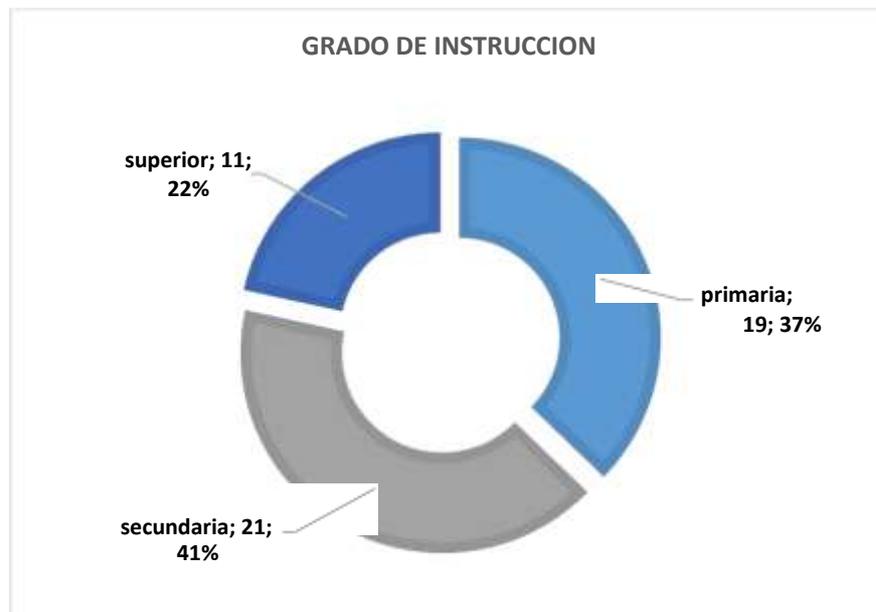


Gráfico N° 2 Grado de instrucción de las madres con niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017.

Tabla N° 3 Ocupación de las madres con niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a			
				Sesgo	Típ. Error	Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
empleada	18	35.3	35.3	.1	6.7	21.6	49.0
ama de casa	21	41.2	76.5	.3	6.8	29.4	54.9
independiente	12	23.5	100.0	-.3	5.9	11.8	35.3
Total	51	100.0		0.0	0.0	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



Gráfico N° 3 Ocupación de las madres con niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017.

Tabla N° 4 Estado civil de las madres con niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a			
				Sesgo	Típ. Error	Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
soltera	20	39.2	39.2	-.1	6.6	27.5	52.9
casada	10	19.6	58.8	-.2	5.4	9.8	31.4
conviviente	21	41.2	100.0	.3	6.8	27.5	54.9
Total	51	100.0		0.0	0.0	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

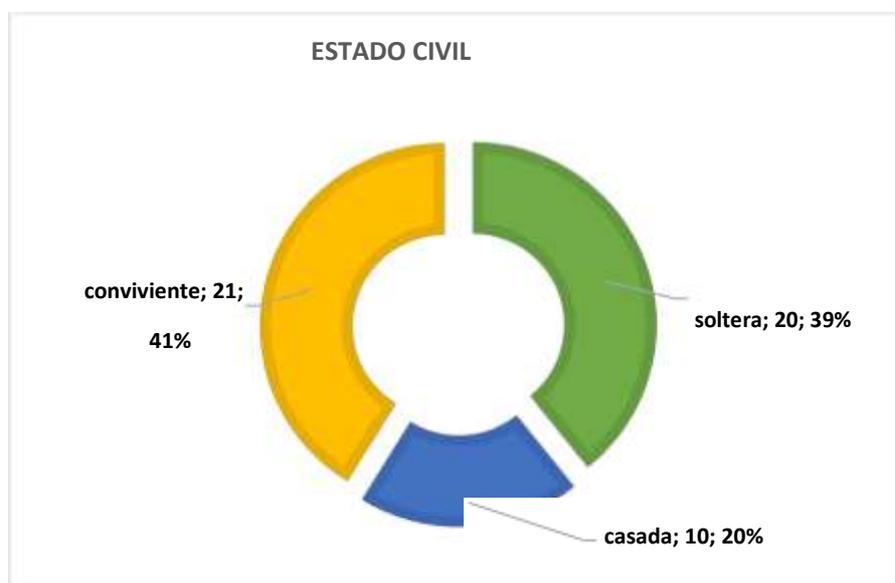


Gráfico N° 4 Estado civil de las madres con niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017.

Tabla N° 5 Edad del niño/a menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017.

Edad del niño/a	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a			
				Sesgo	Típ. Error	Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
6-12 meses	29	56.9	56.9	-.1	7.1	41.2	70.6
13-18 meses	10	19.6	76.5	-.2	5.5	9.8	29.4
19-24 meses	12	23.5	100.0	.3	5.9	13.7	35.3
Total	51	100.0		0.0	0.0	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

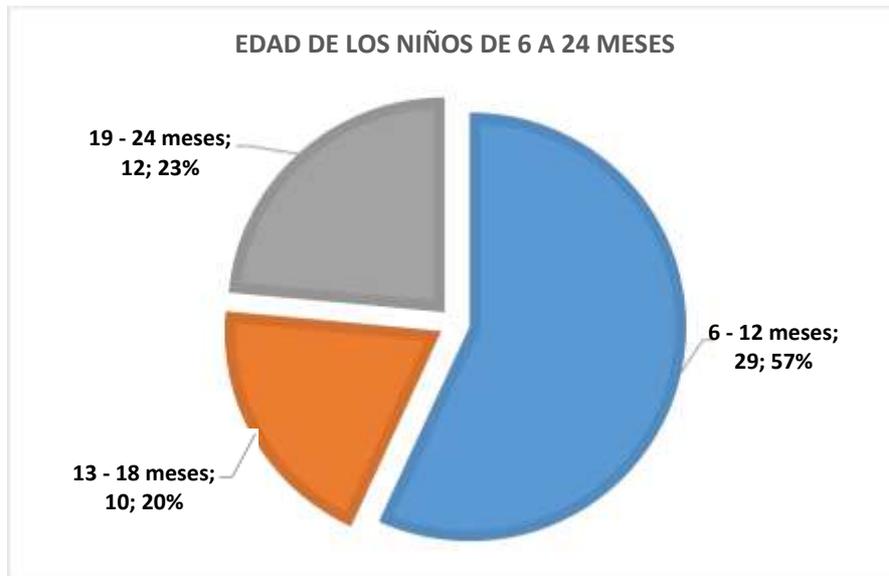


Gráfico N° 5 Edad del niño/a menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017.

Tabla N° 6 sexo de los niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Bootstrap para Porcentaje ^a Intervalo de confianza al 95%		
					Típ. Error	Inferior	Superior
masculino	23	45.1	45.1	.1	7.1	31.4	58.8
femenino	28	54.9	100.0	-.1	7.1	41.2	68.6
Total	51	100.0		0.0	0.0	100.0	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

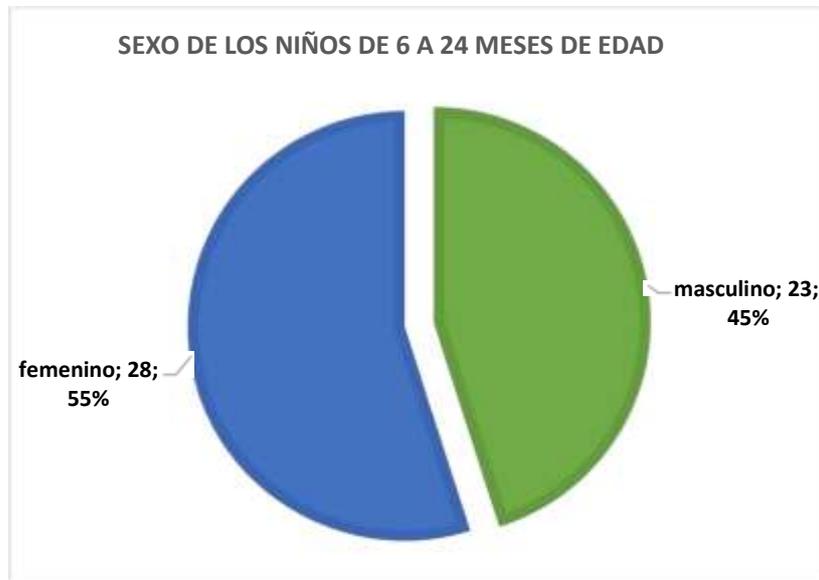


Gráfico N° 6 sexo de los niños menores de 6 a 24 meses del Puesto de Salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017.

Tabla N° 7 Nivel de conocimiento de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria del Puesto de Salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a			
				Sesgo	Típ. Error	Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Medio (22-35 puntos)	6	11,8	11,8	-,3	4,4	3,9	21,6
Bajo (< 22 puntos)	45	88,2	100,0	,3	4,4	78,4	96,1
Total	51	100,0		-,3	5,5	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

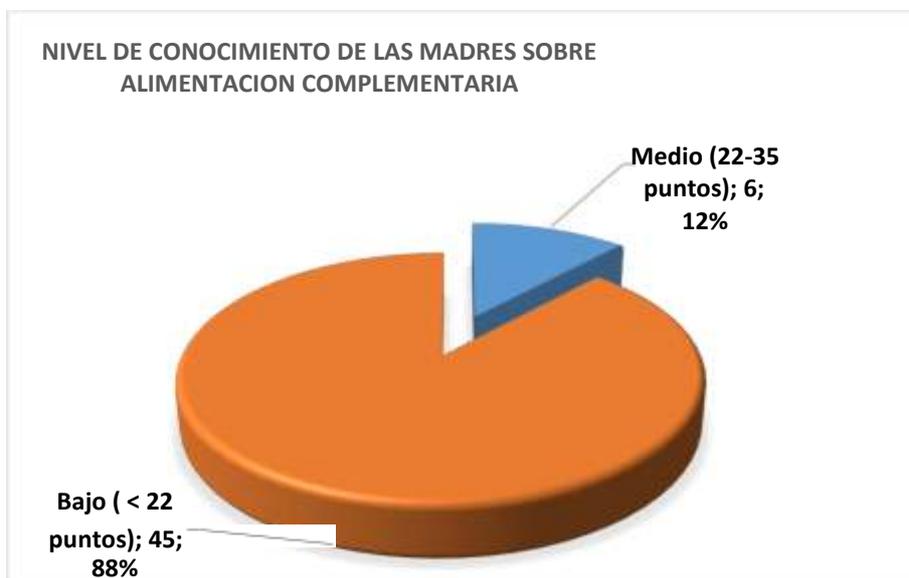


Gráfico N° 7 Nivel de conocimiento de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria del Puesto de Salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017.

Tabla N° 8 Nivel de conocimiento de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria Items, del Puesto de salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017.

Conocimiento sobre alimentación complementaria (Items)	CONOCEN		NO CONOCEN		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Definición sobre alimentación complementaria	14	27,5	37	72,5	51	100,0
Alimentos de inicio de la alimentación complementaria	17	33,3	34	66,7	51	100,0
Cantidad de alimentos según la edad	8	15,7	43	84,3	51	100,0
Frecuencia de alimentos	8	15,7	43	84,3	51	100,0
Consistencia de alimentos	9	17,6	42	82,4	51	100,0
alimentos potencialmente alergénicos	21	41,2	30	58,8	51	100,0
Entorno del niño/a mientras recibe sus alimentos	17	33,3	34	66,7	51	100,0
Medidas higiénicas en la preparación de alimentos	12	23,5	39	76,5	51	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

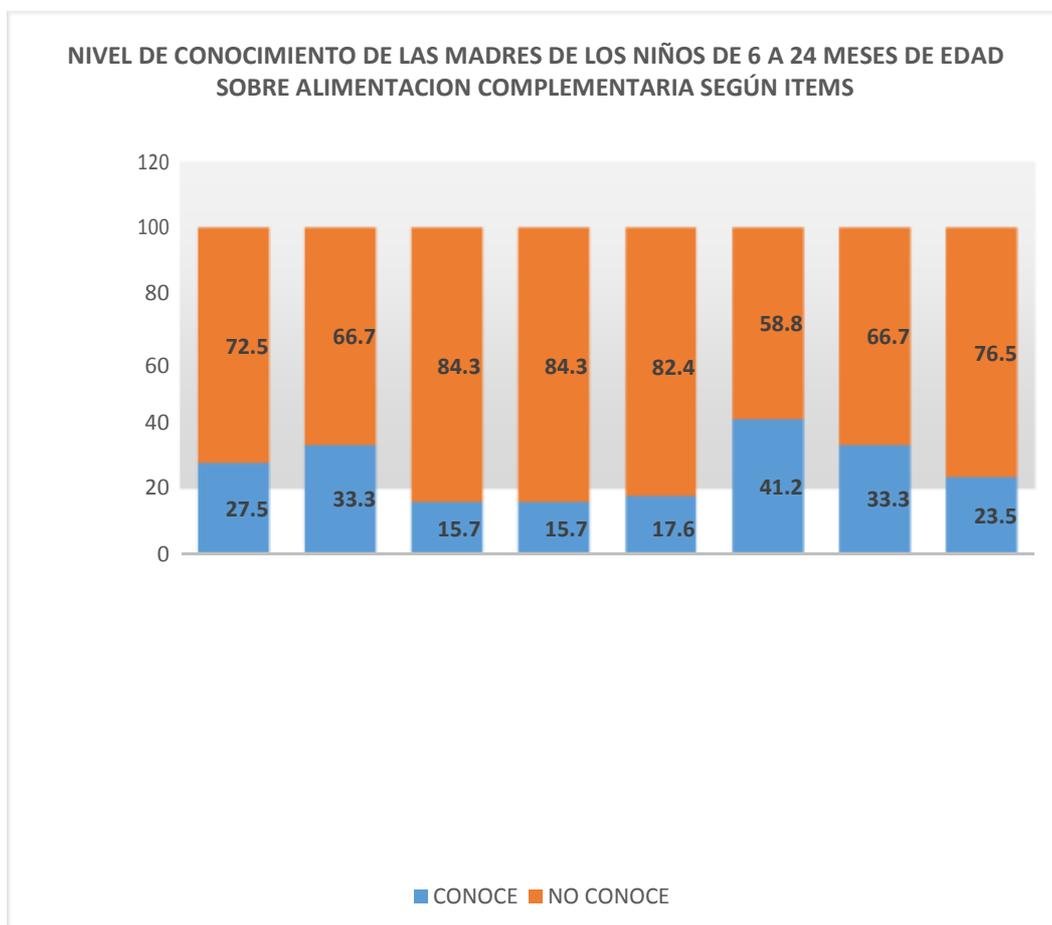


Gráfico N° 8 Nivel de conocimiento de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria Items, del Puesto de salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017.

Tabla N° 9 Relación Nivel de conocimiento y edad de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria Ítems, del Puesto de salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017.

Edad de la madre	Nivel de conocimiento de las madres con niños de 6- 24 meses sobre alimentación complementaria del puesto de salud La Horca. Sullana		Total
	Medio (22-35 puntos)	Bajo (< 22 puntos)	
15 - 20 años	4 7,8%	14 27,5%	18 35,3%
21 - 25 años	2 3,9%	14 27,5%	16 31,4%
26 - 30 años	0 0,0%	16 31,4%	16 31,4%
> 36 años	0 0,0%	1 2,0%	1 2,0%
Total	6 11,8%	45 88,2%	51 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,171 ^a	3	,244
Razón de verosimilitudes	5,819	3	,121
Asociación lineal por lineal	3,726	1	,054
N de casos válidos	51		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,12.

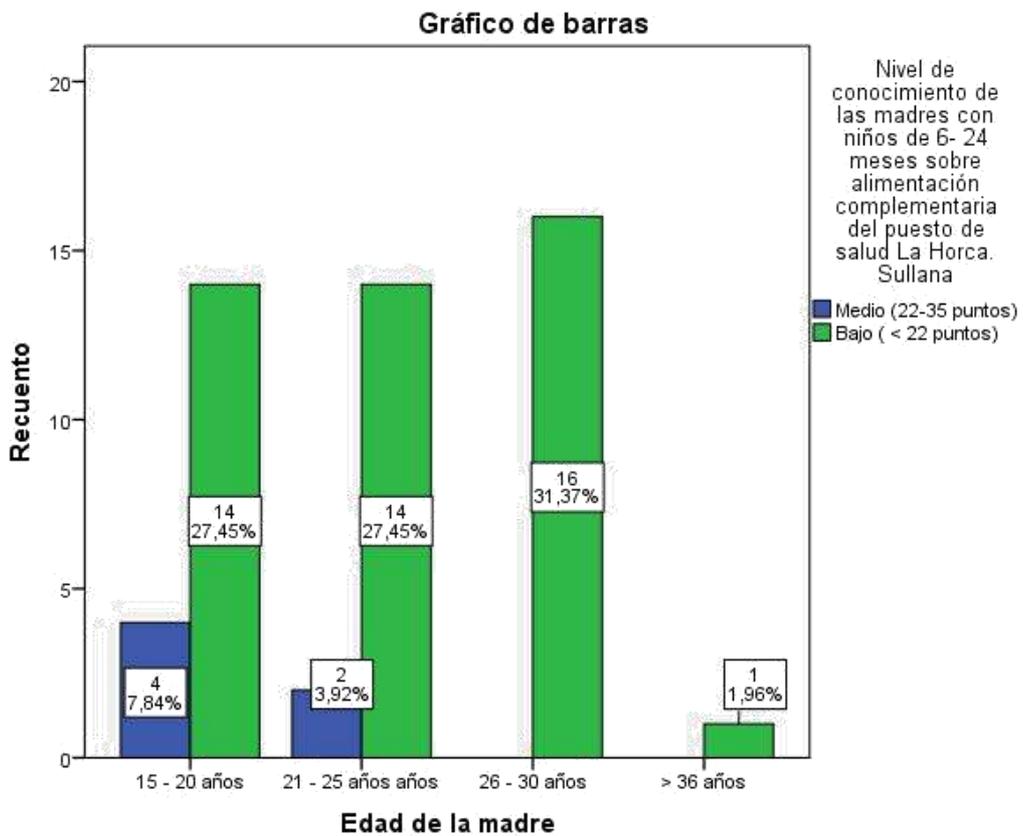


Gráfico N° 9 Relación Nivel de conocimiento y edad de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria Items, del Puesto de salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017.

Tabla N° 10 Relación Nivel de conocimiento y grado de instrucción de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria Items, del Puesto de salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017.

Grado de instrucción	Nivel de conocimiento de las madres con niños de 6- 24 meses sobre alimentación complementaria del puesto de salud La Horca. Sullana		Total
	Medio (22-35 puntos)	Bajo (< 22 puntos)	
	primaria	0 0,0%	19 37,3%
secundaria	2 3,9%	19 37,3%	21 41,2%
superior	4 7,8%	7 13,7%	11 21,6%
Total	6 11,8%	45 88,2%	51 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,047 ^a	2	,011
Razón de verosimilitudes	9,316	2	,009
Asociación lineal por lineal	8,022	1	,005
N de casos válidos	51		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,29.

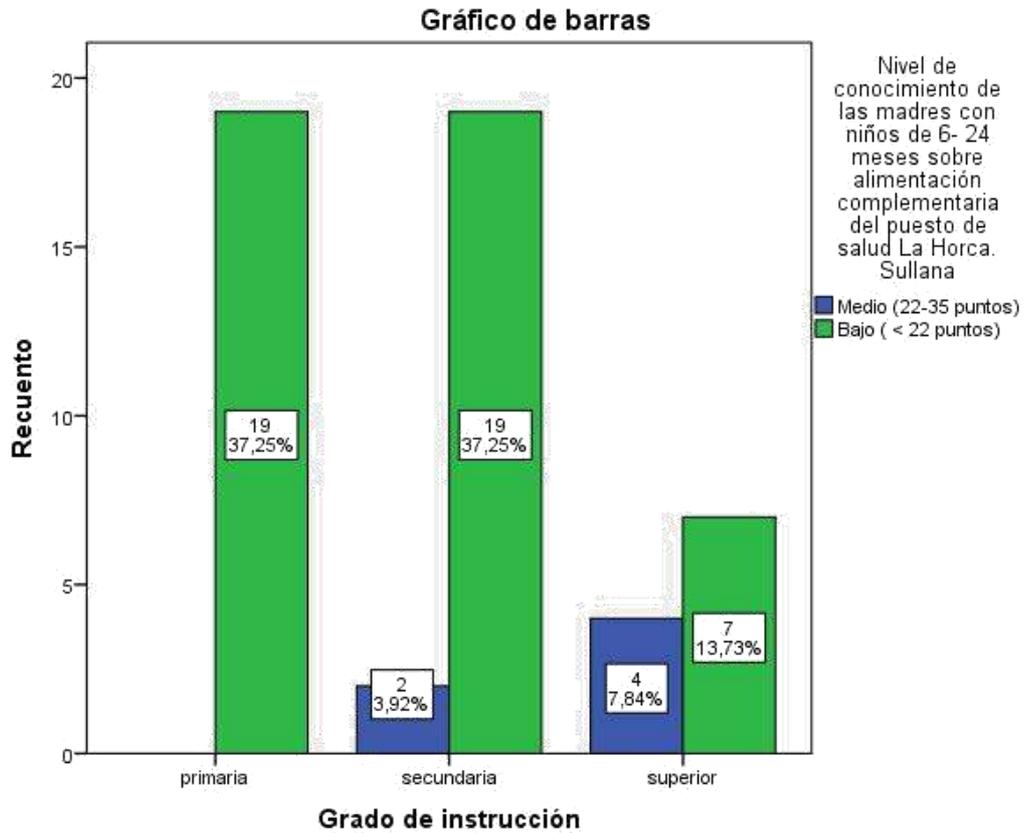


Gráfico N° 10 Relación Nivel de conocimiento y grado de instrucción de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria Items, del Puesto de salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017

Tabla N° 11 Relación Nivel de conocimiento y edad de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria del Puesto de salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017

edad del niño	Nivel de conocimiento de las madres con niños de 6- 24 meses sobre alimentación complementaria del puesto de salud La Horca. Sullana		Total
	Medio (22-35 puntos)	Bajo (< 22 puntos)	
6 - 12 meses	4 7,8%	25 49,0%	29 56,9%
13 - 18 meses	0 0,0%	10 19,6%	10 19,6%
19 - 24 meses	2 3,9%	10 19,6%	12 23,5%
Total	6 11,8%	45 88,2%	51 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,726 ^a	2	,422
Razón de verosimilitudes	2,863	2	,239
Asociación lineal por lineal	,000	1	1,000
N de casos válidos	51		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,18.

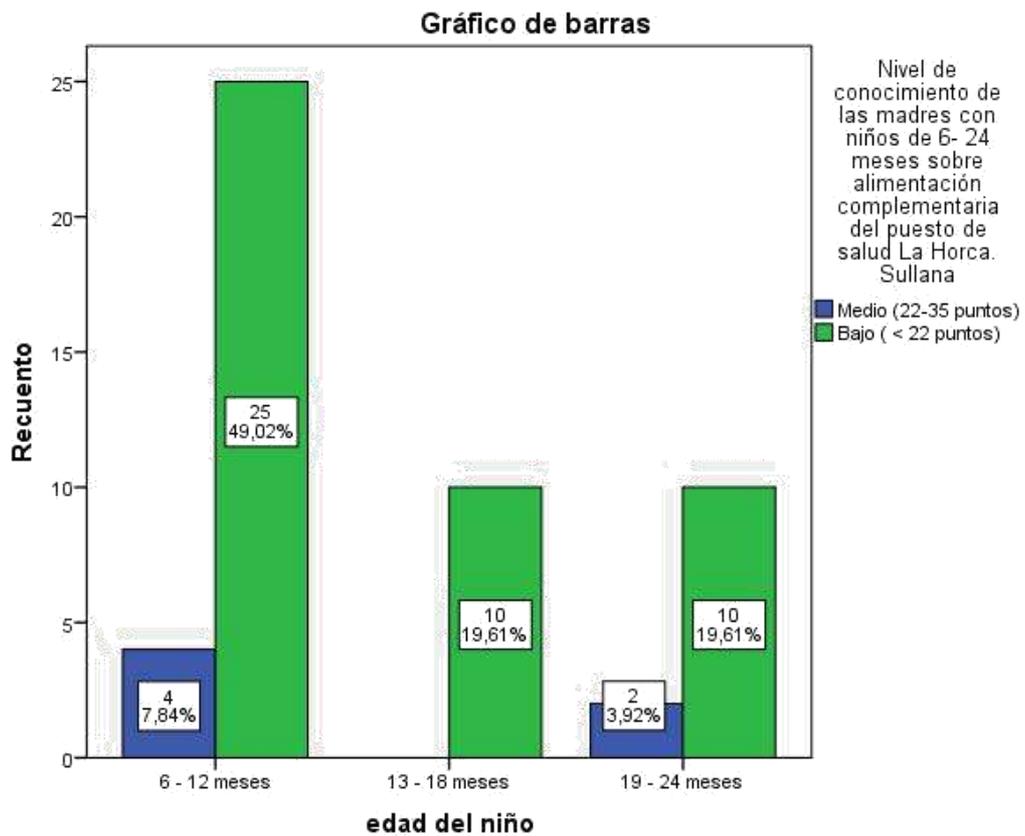


Gráfico N° 11 Relación Nivel de conocimiento y edad de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria del Puesto de salud “La Horca”. Sullana. Diciembre 2016. Abril 2017

3.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De las características socio demográficas se ven expresadas en las tablas del 1 al 5, podemos observar que la edad de las madres el 35,3% está comprendidas entre 15 a 20 años, el 31,4% de 21 a 25 años, el 31% de 26 a 30 años y los 2% mayores de 36 años. El grado de instrucción el 41,2% secundaria, el 37,3% primaria y el 21,6% superior. La ocupación de las madres el 41,2% amas de casa, el 35,3% son empleadas y el 23,5% realizan trabajo independiente. De acuerdo al estado civil el 41,2% conviviente, el 39,2% solteras y el 19,6% casadas.

La tabla 5 y 6 muestra información del niño, referente a edad el 56,9% de 6 a 12 meses, el 23,5% de 13 a 18 meses y el 23,5% entre 19 a 24 meses. El sexo tenemos el 54,9% femenino y el 45,1% masculino.

La tabla 7, nos presenta el nivel de conocimiento de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria. Bajo el 88,2% y medio el 11,8%.

En la tabla N°8, podemos observar el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria: Tiene conocimiento el 41,2% sobre alimentos potencialmente alergénicos; el 33% Alimentos de inicio de la alimentación complementaria; el 33% Entorno del niño/a mientras recibe sus alimentos; 27,5% Definición sobre alimentación complementaria. Los porcentajes más elevados se ven expresado el indicador no conocen la cantidad de alimentos según la edad 84,3%,

Frecuencia de alimentos el 84,3%, Consistencia de alimentos 82,4%; Medidas higiénicas en la preparación de alimentos el 76,5%; Definición sobre alimentación complementaria el 72,5%, entre otros.

La tabla N°9, permite expresar la relación entre la edad de la madre y el nivel de conocimiento, el grupo de 15 a 20 años, el 27,5% tienen conocimiento bajo y el 7,8% alto; las madres de 21 a 25 años, el 27,5% su conocimiento es bajo y el 3,9% medio; de 26 a 30 años, el 31,4% es bajo y el grupo de más de 35 años el 2% bajo.

Los resultados del presente estudio, donde se obtuvo un nivel de conocimiento bajo, seguido de medio, guardan relación con Zamora Gómez, Yuliana M. Y Ramírez García, Esther (2012)” quien concluye que el nivel de conocimiento y prácticas alimentarias de las madres es deficiente en mayor porcentaje, y existe relación altamente significativa entre conocimiento y prácticas alimentarias de las madres en estudio. Y difiere con Zavaleta Juárez, Sussy M, (2012), concluyendo que las madres tienen un nivel bueno de conocimientos sobre alimentación complementaria y Galindo Bazalar Deny Amelia (2012) llega a la conclusión que la mayoría de las madres que acuden al centro de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria.

Concuerdo con Castro Sullca (2016) quien hace referencia que la atención integral del niño una de las principales intervenciones es el control de crecimiento y desarrollo que está orientado a la valoración y monitoreo nutricional, promover un óptimo crecimiento y desarrollo del menor de cinco años con la activa participación de la familia, instituciones comunales, organizaciones y el sector salud en conjunto, detectar los riesgos de desnutrición así como las deficiencias nutricionales para su oportuna intervención, intervenir en la recuperación y rehabilitación nutricional en niños menores de 5 años con riesgo o deficiencia nutricional, asimismo promover y fomentar adecuadas prácticas de alimentación, en especial el uso de mezclas balanceadas a partir de la olla familiar y el aumento de frecuencia de administración de alimentos, sumado a esto el rol de la madre es muy importante ya que de ella dependerá ejecutar los conocimientos fomentados en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo, permitiendo que sus niños obtengan un óptimo crecimiento y desarrollo por tanto una disminución de la probabilidad de que exista un déficit nutricional

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIÓN

4.1. CONCLUSIONES

De Las características socio demográficas, la edad el 35,3% tienen entre 15 a 20 años, el 31,4% de 21 a 25 años, el 41,2% con secundaria, el 41,2% son amas de casa, 41,2% conviviente.

El nivel de conocimiento de las madres de los niños menores de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria. Bajo el 88,2% y medio el 11,8%.

El nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria: CONOCEN el 41,2% sobre alimentos potencialmente alergénicos; el 33% Alimentos de inicio de la alimentación complementaria; el 33% Entorno del niño/a mientras recibe sus alimentos; 27,5% Definición sobre alimentación complementaria. NO CONOCEN, el Cantidad de alimentos según la edad 84,3%, Frecuencia de alimentos el 84,3%, Consistencia de alimentos 82,4%; Medidas higiénicas en la preparación de alimentos el 76,5%; Definición sobre alimentación complementaria el 72,5%, entre otros.

Al aplicar la prueba estadística del Chi cuadrado, se encuentra que las variables tienen relación, con una significancia de $0.001 < \alpha$ con la cual se acepta la hipótesis del estudio que difiere con la planteada en el estudio.

4.2. RECOMENDACIONES

Fortalecer los equipos de salud con las estudiantes de enfermería en las acciones de capacitación, educación, monitoreo, supervisión y evaluación a las madres a fin de fortalecer la información que recibe sobre alimentación complementaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Castro Sulca Karen (2016) “*Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S.S.J.M. 2015.* Tesis: para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Escuela Académica Profesional de Enfermería. Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.

Cisneros Poma Evelin y Vallejos Esquives Yacarly (2015) “*Efectividad del programa educativo en conocimientos, practicas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses – Reque-2014*”. Tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo. Perú.

Galindo BazalarDeny Amelia (2012) “*Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", 2011.* Tesis: para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Escuela Académica Profesional de Enfermería. Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.

García, C. (2011). *Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de comunidad. El Tablón del municipio de Sololá. (Tesis pre grado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Disponible en: biblio3.url.edu.gt/Tesis/2011/09/15/Garcia-Cecilia.pdf. Recuperado el 15 de enero del 2017.*

Hidalgo Matienzo Flor Antonia (2015) *“Conocimiento y práctica de la alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2012.* Universidad Católica los Ángeles de Chimbote.

Hernández Aguilar María T. Alimentación complementaria. *Curso de actualización pediatría. Madrid: AEP. 2006. Pág. 254, disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/complementaria.pdf>.*
Recuperado el 12 de enero del 2017.

Minsa. (2007). *La alimentación complementaria,* disponible en: www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2007/nutricion/lactante_6_24. Recuperado el 12 de enero del 2017.

Piscoche Torres, Nathaly (2012) *“Conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, 2011”* Tesis: para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Escuela Académica Profesional de Enfermería. Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú

Zamora Gómez, Yuliana M. Y Ramírez García, Esther (2012) *“Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad. Universidad Nacional de Trujillo.*

Zavaleta Juárez, Sussy M,(2012) *“Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio CRED, en el P.S. Cono Norte 1er trimestre 2012”.* Tacna. El trabajo de investigación denominado “Conocimiento de la madre sobre alimentación Complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio cred, en el p.s. cono norte Tacna

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESUCELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES CON NIÑOS DE 6 A 24 MESES SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DEL PUESTO DE SALUD “LA HORCA” SULLANA. DICIEMBRE 2016 – ABRIL 2017.

I. PRESENTACIÓN:

Buenos días, mi nombre es Florita Verónica Bayona Vilela, soy estudiante de Enfermería de la Universidad San Pedro SAD Sullana, estoy ejecutando un estudio, con el objetivo de obtener información para el trabajo de investigación titulado: conocimiento de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria del puesto de salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016 – Abril 2017. Por lo que se le solicita responder con sinceridad a fin de obtener datos veraces. Cabe recalcar que el cuestionario es anónimo y **CONFIDENCIAL**. Agradezco anticipadamente su colaboración.

II. INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con un aspa (X), la respuesta que usted crea correcta según su opinión.

Datos generales

a) De la madre:

1. Edad de la madre: `````````` ..
2. Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()
3. Ocupación: Empleada () Ama de casa () Independiente ()
5. Estado civil: Soltera () Casada () Conviviente ()

b) Datos relacionados con el niño/a:

1. edad del niño (a) _____
2. Sexo: M () F ()

Datos Específicos

1. ¿Que es la alimentación complementaria?

- a) Es darle al niño(a) solamente leche materna.
- b) Es incluir otros alimentos aparte de la leche materna
- c) Es darle solamente alimentos sólidos.

- d) Es darle leche en polvo.
- e) No sabe

2. .Que alimentos se deben dar al niño(a) al inicio de la alimentación complementaria aparte de la leche materna?

- a) sopas y mates
- b) purés y mazamorras
- c) sopas y jugos
- d) comida de la olla familiar y dulces.
- e) No sabe

3. .Que consistencia deben tener los alimentos que se lebrinda al niño(a) de 6 meses de edad?

- a) aplastados
- b) licuados
- c) líquidos
- d) en trozos
- e) No sabe

4. .Cuantas veces al día se debe alimentar al niño(a) de 6 meses?

- a) 2 veces
- b) 3 veces
- c) 4 veces
- d) 5 veces
- e) No sabe

5. .Que cantidad debe comer el niño(a) de 6 meses cada vez que lo alimenta?

- a) 3 a 4 cucharas
- b) 1 a 2 cucharas
- c) 5 a 8 cucharas
- d) 10 a 12 cucharas
- e) No sabe

6. .Que consistencia deben tener los alimentos que se le brinda al niño de 1 ano de edad?

- a) aplastados
- b) licuados
- c) liquida
- d) en trozos
- e) No sabe

7. .Cuantas veces al día se debe alimentar al niño(a) de 1 año?

- a) 2 veces
- b) 3 veces
- c) 4 veces
- d) 5 veces
- e) No sabe

8. .Que cantidad debe comer el niño(a) de 1 ano cada vez que lo alimenta?

- a) 2 tazas.
- b) 1/2taza
- c) 3/4 de taza
- d) 1 taza
- e) No sabe

9. .Cual es la mejor combinación de alimentos para el niño de 18 meses?

- a) Mazamorras, sopas y leche materna
- b) Leche, mazamorras y sopa de res.
- c) Comida de la olla familiar y leche materna
- d) Alimentos aplastados, purés y sopa de pollo.
- e) Otros:``````````

10. .Que combinación es la más adecuada para el almuerzodel niño(a) de 6 meses?

- a) Puré + hígado + fruta o jugo de fruta
- b) Arroz + hígado + mate de hierba
- c) Puré de papa +sopa+ jugo de fruta
- d) Caldo de hueso de res + arroz +jugo de frutas

e) Otros:```````````````.

11. A que edad se debe empezar la alimentación complementaria en el niño(a)?

- a) 4 meses
- b) 5 meses
- c) 6 meses
- d) 7 meses
- e) No sabe

12. A qué edad el niño(a) debe comer todos los alimentos de la olla familiar?

- a) Menos de seis meses
- b) Seis meses
- c) Al año
- d) 9 meses
- e) A los 2 años

13. Cuál de los siguientes alimentos no debe comer el niño(a) antes de cumplir el 1er año?

- a) carne de pollo f) naranjas
- b) clara del huevo g) chocolates
- c) dulces h) leche evaporada
- d) arroz i) yema de huevo
- e) pescado j) mandarinas

14. Que es la sopa?

- a) Un alimento muy rico en vitaminas.
- b) Muy importante en la alimentación del niño(a).
- c) Innecesaria, no alimenta y solo llena al niño(a).
- d) Necesario para que el niño(a) crezca fuerte y sano.

15. Los alimentos que dan más fuerza y energía al niño(a) son:

- a) Camotes f) lechugas
- b) Pescado g) fideos
- c) papas h) pollo
- d) arroz i) yucas
- e) vainitas j) tomates

16. Los alimentos que ayudan a crecer más al niño(a) son:

- a) Pollo f) apio
- b) Pescado g) lentejas
- c) Arroz h) camotes
- d) Carne de res i) hígado
- e) zanahorias j) papas

17. .Cuál de los siguientes alimentos nutren más al niño(a)?

- a) Sopa y jugo de frutas
- b) Segundo y leche
- c) Puré y sopa
- d) Sopa y jugo de frutas.
- e) No sabe

18. Los alimentos ricos en hierro son:

- a) Caldo de hueso de res f) hígado
- b) Sangrecita g) carnes
- c) Lentejas h) fideos
- d) Betarragas i) ollucos
- e) Frejoles. J) arroz

19. .Con que bebida debe acompañar un plato de lentejitas para que el niño de 1 año y medio aproveche al máximo los nutrientes?

- a) Gaseosas y mates.
- b) Limonada y cítricos (limón y naranja).
- c) Te y café
- d) Café y frugos.
- e) Otros:___.

20. El inicio de una alimentación complementaria después de los 6 meses puede ocasionar:

- a) Mayor crecimiento en el niño(a) y desnutrición.
- b) Aumentar el riesgo de desnutrición y deficiencia de hierro.

- c) Problemas en el habla y para caminar.
- d) Solo riesgo de desnutrición.
- e) No sabe

21. .Como debe ser la manera en que la madre debe dar de comer al niño(a)?

- a) Integrándolo a la familia con paciencia y mucha dedicación
- b) Integrándolo a la familia pero gritándole cuando es necesario.
- c) Sin integrarlo a la familia porque aún es muy pequeño.
- d) Con paciencia pero sin integrarlo a la familia.
- e) No sabe

22. .Cual debe ser el entorno del niño(a) a la hora de comer?

- a) En la cocina con muchos colores y juguetes,
- b) En la cama con juguetes y televisión prendida.
- c) En el comedor junto con la familia.
- d) En el comedor con los juegos y televisor prendido.
- e) No sabe

23. .Cuales son las medidas de higiene más importantes que debemos de usar para que el niño(a) no se enferme?

- a) Higiene de utensilios e higiene del niño(a).
- b) Higiene de los alimentos y utensilios
- c) Higiene del niño(a) solamente.
- d) Solamente higiene de alimentos.
- e) No sabe

24. La alimentación complementaria es beneficiosa para el niño(a) porque:

- a) Favorece el desarrollo físico pero no aporta vitaminas ni minerales.
- b) Solamente lo ayuda a crecer, a ser más sociable y desarrollar físicamente.
- c) Brinda vitaminas y minerales pero no disminuye la probabilidad de contraer enfermedades.
- d) Favorece el desarrollo físico, psicológico y disminuye la probabilidad de contraer enfermedades.

e) No sabe.

25. Los beneficios de una buena alimentación complementaria del niño(a) menor de 2 años se evidencian por:

- a) Mayor crecimiento y desarrollo
- b) Solo mayor desarrollo.
- c) Talla baja para la edad.
- d) Solo mayor crecimiento.
- e) No sabe.

Gracias

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “Conocimiento de las madres con niños de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria del puesto de salud “La Horca” Sullana. Diciembre 2016

– Abril 2017.

Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos; y confiando plenamente en que la información que se vierta en el cuestionario será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que el investigador utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome de la misma confidencialidad.

Participante

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada madre de familia:

La investigadora del estudio, al que usted ha manifestado su aceptación de participar, luego de darle su consentimiento informado, se compromete a guardar la misma confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán a su persona en lo absoluto.

Atte:

Florita Verónica Bayona Vilela

Autora del estudio

DE CODIGOS

Nº ITEM	PUNTUACION
1	B= 3 puntos
2	B= 2 puntos
3	A= 2 puntos
4	A= 1 punto
5	A=1 punto
6	D= 2 puntos
7	D= 1 punto
8	D= 1 punto
9	C= 1 punto
10	A= 1 punto
11	C= 3 puntos
12	C= 2 puntos
13	Correctas (C,E,F,G,J) 4-5 = 1 punto < de 3 =0 puntos Siempre que solo marque las respuestas correctas, tolerancia ,máxima de 1 error
14	D= 2 puntos
15	Correctas (A,C,D,G,I) 4-5 = 2 puntos 3= 1 punto < de 2 =0 puntos Siempre que solo marque las respuestas correctas, tolerancia ,máxima de 1 error
16	Correctas (C,B,D,G,I) 4-5 = 2 puntos 3= 1 punto < de 2 =0 puntos Siempre que solo marque las respuestas correctas, tolerancia ,máxima de 1 error
17	B= 1 punto
18	Correctas (B,C,E,F,G) 4-5 = 2 puntos 3= 1 punto < de 2 =0 puntos Siempre que solo marque las respuestas correctas, tolerancia ,máxima de 0 error
19	B= 2 puntos
20	B= 1 punto
21	A= 2 puntos
22	C= 2 puntos
23	B= 1 punto
24	D= 2 puntos
25	A= 2 puntos

