

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
CHOTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA DE MADRES CON NIÑOS DE 6 A 24 MESES
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS, CHOTA
2021**

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

**AUTORA
Bach. LILIANA YOBERLY PÉREZ CABRERA**

**ASESOR
Mg. JOSÉ UBERLI HERRERA ORTIZ**

**CHOTA – PERÚ
2022**

COMITÉ CIENTÍFICO



Mg. José Uberli Herrera Ortiz
LIC. ENFERMERÍA
C.E.P. 70953

Mg. José Uberli Herrera Ortiz
Asesor



Mg. Anibal Oblitas Gonzáles
Docente EPE – UNACH

Mg. Anibal Oblitas Gonzales
Presidente del comité científico



Mg. Ana Leydi Díaz Rodrigo
C.E.P. 47835 - R.E.E. 20737
DOCENTE

Mg. Ana Leydi Diaz Rodrigo
Miembro del comité científico



Mg. Wilder O. Carranza Carranza
C.E.P. 73490

Mg. Wilder Ovidio Carranza Carranza
Miembro del comité científico

AGRADECIMIENTOS

A Dios por bendecirme con la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, por darme sabiduría y una vida llena de aprendizajes y experiencias para forjar el presente trabajo de investigación.

A mis padres por ser los primeros promotores de mis sueños por creer y confiar en mis expectativas, por sus consejos y valores inculcados.

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota que fueron participes durante el proceso de formación académica para el logro de mis objetivos profesionales.

A mi asesor José Uberli Herrera Ortiz, por su colaboración y orientación en la elaboración y ejecución de dicho proyecto.

A la Directora Del Hospital José Hernán Soto Cadenillas por haberme permitido ejecutar el estudio en dicha institución.

DEDICATORIA

De forma especial a mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de mi carrera universitaria a lo largo de mi vida quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me ha permitido llegar a cumplir un objetivo más, gracias por inculcar en mi ejemplo de valentía para afrontar las adversidades.

ÍNDICE	Pág.
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	6
MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Bases conceptuales	11
2.3. Definición de términos básicos	23
CAPÍTULO III	24
MARCO METODOLÓGICO	24
3.1. Ámbito de estudio	24
3.2. Diseño de investigación	24
3.3. Hipótesis	25
3.4. Población, muestra y unidad de estudio	25
3.5. Operacionalización de las variables	27
3.6. Descripción de la metodología	28
3.7. Procedimiento y análisis de datos	30
3.8. Aspectos éticos y rigor científico	30
CAPÍTULO IV	31
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	31
4.1. Características sociodemográficas de las madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.	31
4.2. Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.	33
4.3. Prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.	36
4.4 Nivel de conocimiento y prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.	39
CAPÍTULO V	43
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	54

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Características sociodemográficas de las madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.	31
Tabla 2.	Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.	33
Tabla 3.	Prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.	36
Tabla 4.	Nivel de conocimiento y prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.	39

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

AC	: Alimentación Complementaria
OMS	: Organización Mundial de la Salud
LME	: Lactancia Materna Exclusiva
UNICEF	: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	: Ministerio de Salud del Perú
INS	: Instituto Nacional de Salud
CENAN	: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
MPS	: Modelo de Promoción de la Salud
ESNI	: Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones
CRED	: Control de Crecimiento y Desarrollo
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
EDAS	: Enfermedades Diarreicas Agudas
IRAS	: Infecciones Respiratorias Agudas
DIRESA	: Dirección Regional de Salud

RESUMEN

El estudio se planteó determinar la relación que existe entre nivel de conocimientos y prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021. Estudio cuantitativo, nivel relacional y corte transversal, llevado a cabo con 138 madres de niños de entre 6 y 24 meses; a quienes se les realizó una entrevista mediante un cuestionario que midió los conocimientos y las prácticas sobre alimentación complementaria. Se encontró que según características maternas el 38,4% de las madres tenían entre 26 y 30 años de edad, 69,6% educación superior y el 87,7% procedían del área urbana; según nivel de conocimientos, el 76,1% de las madres evidenciaron conocimiento alto; en tanto, que las prácticas adecuadas de alimentación complementaria fueron practicadas por 96,4% de madres; asimismo, el 96,2% de participantes que tenían prácticas de alimentación adecuadas mostraron un nivel de conocimiento alto. Se determinó la existencia de asociación significativa entre conocimiento y prácticas de alimentación complementaria ($p = 0,042$) en madres con niños de 6 a 24 meses de edad.

Palabras claves: Alimentación complementaria, conocimientos de alimentación, prácticas de alimentación.

ABSTRACT

The study aimed to determine the relationship between the level of knowledge and complementary feeding practices in mothers with children aged 6 to 24 months treated at the José Soto Cadenillas Hospital, Chota 2021. Quantitative study, relational level and cross-sectional, carried out carried out with 138 mothers of children between 6 and 24 months; who were interviewed using a questionnaire that measured knowledge and practices on complementary feeding. It was found that according to maternal characteristics, 38.4% of the mothers were between 26 and 30 years old, 69.6% had higher education, and 87.7% came from urban areas; According to level of knowledge, 76.1% of the mothers showed high knowledge; meanwhile, that adequate complementary feeding practices were practiced by 96.4% of mothers; Likewise, 96.2% of participants who had adequate feeding practices showed a high level of knowledge. The existence of a significant association between knowledge and complementary feeding practices ($p = 0.042$) was determined in mothers with children between 6 and 24 months of age.

Keywords: Complementary feeding, knowledge of feeding, feeding practices.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El crecimiento y desarrollo del niño en sus primeros seis meses de vida, esta principalmente ligado a la lactancia materna, la misma que determina la composición somática y la calidad de vida que tendrá el niño en el futuro [1, 2]; no obstante la leche materna, a partir de ese momento (seis meses) ya no cubre los requerimientos nutricionales para satisfacer la demanda energética del lactante, dando inicio a la introducción de alimentos - nutricionalmente adecuados - adicionales a la leche materna, denominada alimentación complementaria (AC) [3].

La alimentación complementaria (AC), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es considerada “aquel alimento líquido o sólido diferente de la leche materna que es introducida en la dieta del niño” [4]. Es un proceso que generalmente comienza a los seis meses y se prolonga hasta los dos años, donde por cuestiones de demanda energética se tiene que incluir otro tipo de alimento a la dieta del niño considerando que a esa edad el lactante ha completado su madurez digestiva [5,6]. Por lo tanto, en materia de aporte nutricional, es evidente que la lactancia materna exclusiva (LME) y la alimentación complementaria se constituyen en prácticas alimenticias que promoverán el óptimo crecimiento y desarrollo del niño en sus dos primeros años de vida [7].

El estado nutricional y de salud del menor de dos años, depende de las prácticas de alimentación presentes en la familia; prácticas como la lactancia materna y la AC ejecutadas de manera apropiada ayudarán a evitar cerca de 700 mil defunciones anuales de niños menores de cinco años alrededor del mundo [3]. Asimismo, se ha comprobado que la AC adecuada, segura, variada, suficiente e iniciada a los seis meses de edad mejora sustancialmente el estado de salud del niño [8].

Las prácticas de alimentación complementaria que incluyan una menor ingesta de nutrimentos dejan al niño expuesto a riesgos en su estado nutricional, ocasionando bajo peso, desnutrición aguda o crónica, sobrepeso, obesidad, anemia, etc.; además de aumentar la morbilidad por infecciones (respiratorias y digestivas) [7]. En este sentido el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) [8], manifiesta que

“la alimentación complementaria inadecuada en calidad, cantidad, consistencia y frecuencia combinadas con las prácticas de alimentación deficientes afecta el crecimiento y desarrollo de los menores de dos años, trayendo consecuencias negativas a corto y largo plazo no solo al niño y su familia”; sino también generando un costo social y económico al país.

Una alimentación complementaria favorable dependerá del grado de empoderamiento de la madre o el cuidador y del soporte social que brinde la familia, la comunidad y el sistema sanitario a la dualidad madre-hijo [9]; además es fundamental el vínculo afectivo que las madres establezcan con su niño al momento de la alimentación, lo que favorecerá mejores prácticas de alimentación [10].

De acuerdo a UNICEF [3], la problemática de la alimentación infantil a nivel mundial es preocupante, pues 2 de 3 niños menores de 3 años no tiene una alimentación de diversificación mínima, más del 30% de los menores de 6 meses no recibieron lactancia materna exclusiva (LME) – esto provoca directa o indirectamente la muerte anual de 820 mil niños alrededor del mundo –. Además, 20% de los menores de 6 y 23 meses de edad no incluyen en su alimentación frutas o verduras, 59% carece de una alimentación en base a productos de origen animal (leche, carne, pescado o huevos) y el 20% de ellos se localizan en hogares pobres y rurales.

La tasa de diversidad alimentaria mínima – consumo de 4 a más grupos de alimentos considerados como esenciales por la OMS - en niños de entre 6 a 23 meses que reciben lactancia materna indica que, Cuba (77,6%), El Salvador (74,8%) y Colombia (70,4%) reportan las tasas más altas; mientras que Haití (22,8%) y República Dominicana (56,6%) tiene los promedios más bajos. En cuanto a los niños que no reciben lactancia materna, El Salvador (88,3%), Colombia (83,5%) y Cuba (82,1%) son los países con mayor cantidad de niños que reciben una diversidad alimentaria mínima en comparación al 45,6% de Haití [10].

Los principales problemas de alimentación infantil en el Perú empiezan a partir de los seis meses, generados principalmente por las inadecuadas prácticas de AC que realizan las madres; donde el requerimiento nutricional proporcionado al niño es inferior al gasto energético que demanda su organismo para realizar las actividades

propias de su edad, ocasionando de esta manera problemas en su estado nutricional que van desde el bajo peso hasta la desnutrición crónica [12]. Cabe destacar que la desnutrición crónica y demás problemas de malnutrición en su mayoría son producto del nulo o escaso conocimiento y práctica alimentaria de la madre, y que en el país hacia el 2018 está afecta al 12,2% de los niños menores de cinco años [13].

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú, 98,9% de los niños nacidos entre el 2014 y el 2018 que recibieron alimentación complementaria, han lactado alguna vez. Según tipo de alimento, 15,4% de menores de tres años recibieron en algún momento fórmula láctea; 30,3% leche en polvo o de vaca y 55,0% algún líquido diferente al agua. De acuerdo a la consistencia de alimentos consumidos por los niños que no lactan: 99% recibió alimentos sólidos o semisólidos con predominio del sexo femenino en comparación al masculino; 93,3% alimentos con carne, pescado o huevos; y 90,9% alimentos a base de trigo o cereal [14].

El informe conjunto del Ministerio de Salud (MINSA), Instituto Nacional de Salud (INS) y Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) en el 2019 [15], reportó que los niños de 6-8 meses de edad que lactan y reciben alimentación complementaria representan el 87,4%; los de 9 a 11 meses 91,3%; y los de 12-17 meses 78,6%, y los de entre 18 y 23 meses 56.0%.

En la región Cajamarca, los menores de dos años que no lactan y que recibieron tres o más grupos de alimentos representó, el 94,8%, en comparación al 93,0% de los que no recibieron lactancia materna; el 29,4% (según patrón OMS) de los menores de 5 años presentan desnutrición crónica, el 50% riesgo de desnutrición crónica, 5% sobrepeso, 6% desnutrición global, 1% obesidad, y el 34,4% anemia [15].

Por lo tanto, a fin de afrontar este problema el Estado peruano por medio del ministerio de salud (MINSA) viene gestionando la ejecución de programas y estrategias [16-18], que buscan mejorar los conocimientos y las prácticas de alimentación infantil, por medio de la inclusión de una gran variedad de alimentos con alto contenido nutricional y preparados bajo las características adecuadas (consistencia, cantidad, frecuencia y calidad) de acuerdo a la edad del niño y el contexto (físico y social) local donde vive.

Por lo detallado hasta este punto, se puede evidenciar que la inadecuada alimentación, las prácticas alimentarias incorrectas y el nulo o escaso conocimiento sobre la alimentación complementaria de parte de las madres o cuidadores del menor de dos años acrecientan el problema. Por lo que en su corrección hace necesario que la madre, la familia y la comunidad en general reciban una educación adecuada y oportuna sobre alimentación y nutrición infantil.

La presente investigación fue realizada con la finalidad de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de seis a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021, por lo que, los reportes contribuirán con los gestores de la salud y demás interesados, implementar estrategias pertinentes para mejorar el conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria en la población objetivo.

La pregunta de investigación fue ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021?; La hipótesis: La relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria de madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota 2021, es significativa.

El objetivo general permitió determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de seis a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021; Los objetivos específicos fueron: describir el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres con niños de seis a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021; describir las prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de seis a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021 y caracterizar a las madres con niños de seis a 24 meses de edad, según características sociodemográficas (edad, grado de instrucción y procedencia).

La investigación muestra que las características sociales y demográficas más prevalentes de las madres fueron de 26 a 30 años (38,4%), grado de instrucción

superior (69,6%) y los de procedencia de zona urbana (87,7%), en cuanto a los niños 6 a 24 meses de edad, el 46,4% tenían entre 12 y 24 meses, 29% de 6 a 8 meses y el 24,6% tuvieron 9 a 11 meses de edad; la mayor parte de madres tuvieron nivel de conocimiento alto (76,1%) sobre alimentación complementaria; las prácticas sobre alimentación complementaria, el (96,4%) de madres lo realizan de manera adecuada. Al relacionar las variables del estudio, el 96,2% de las madres que realizan prácticas adecuadas de AC presentaron un nivel de conocimiento alto; en tanto, el 97% evidenciaron conocimiento medio. Se encontró existencia de relación estadística (p-valor 0,042) entre nivel de conocimientos y prácticas de alimentación complementaria entre las participantes.

El estudio está organizado en cinco capítulos: Capítulo I Introducción: incluye contiene información del problema. Capítulo II Marco Teórico: incluye antecedentes, bases teóricas y bases conceptuales. Capítulo III Marco Metodológico: contiene métodos y materiales del estudio. Capítulo IV: compara los resultados con otras investigaciones. Y por último el Capítulo V: contiene conclusiones y recomendaciones, respondiendo al propósito de estudio; además de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

El estudio realizado por Jara E, et al. (Ecuador, 2018) denominado: “Evaluación de las prácticas de alimentación complementaria en los niños lactantes, usuarios de la unidad anidada del Hospital Moreno Vásquez, Gualaceo, en Cuenca”, tuvo como objetivo “evaluar el cumplimiento de las prácticas de alimentación complementaria en niños menores de dos años”. Estudio cuantitativo, diseño descriptivo transaccional, llevado a cabo en 291 niños de entre seis y 23 meses. Los resultados obtenidos fueron: 55 y 8% de niños lactan hasta el año y dos años respectivamente; 100% de iniciaron AC; en diversidad alimentaria, 77% la recibe, 87% tiene una frecuencia mínima de comidas y 70% tiene una dieta mínima aceptable. Concluyen que las prácticas de AC son aún deficientes [22].

Ajete S, et al. (Cuba, 2017) realizaron la investigación “Estado de las prácticas alimentarias de los menores de dos años en la comunidad Artemisa de San Cristóbal”, tuvo como objetivo “Evaluar las prácticas alimentarias de los menores de dos años”. Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, ejecutado con 150 niños. Los resultados obtenidos fueron: 72% de niños menores de dos años ingiere alimentos en biberón; 64% (cereales y frutas); 77% (carne, huevo y leguminosas); 78% (leche); y 81% (aceites y grasas), fueron consumidos entre seis a siete veces por semana. Concluyeron que la alimentación complementaria es inadecuada y de escasa diversidad [23].

Moreno et al. (El Salvador, 2016) llevaron a cabo el estudio "Nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que presentan las madres de niños menores de 1 año de edad que consultan a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Llano Los Patos, Las Tunas; Conchagua y Bobadilla; La Unión, El Salvador, Centro América. Año 2016", cuyo objetivo fue “determinar el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que presentan las madres de niños menores 1 año de edad”. Investigación descriptiva, prospectiva y transversal; llevada a cabo en 315 madres. Se aplicó una entrevista de un

cuestionario de 32 ítems que midieron el nivel de conocimiento. En cuanto a la características socio-demográficas de las madres, en su mayoría fueron de 18 a 35 años (75,2%), y de primaria incompleta (40,3%). El 43% de madres presentaron conocimiento poco aceptable sobre la definición de AC; en términos generales el 40% de las madres participantes del estudio presentan un conocimiento no aceptable de alimentación complementaria y tan solo 17% conocimiento aceptable. Concluyen que las madres deben recibir mayor educación sobre alimentación complementaria [24].

Rojas-Guerrero N. (Perú, 2019) desarrolló el estudio “Prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquitos”, cuyo objetivo fue “Determinar las prácticas maternas de alimentación de niños de 6 a 24 meses”. Investigación cuantitativa, observacional, descriptiva y transaccional. Se calculó una muestra probabilística aleatorias simple para cada grupo obteniéndose 151 madres en Lima (N=250) y 168 en Iquitos (N=301); utilizaron para aplicar un cuestionario sobre alimentación validado por UNICEF. Se estableció relación entre prácticas de alimentación complementaria y residencia. De acuerdo a las prácticas, encontraron que para Lima el mayor cumplimiento fue en diversidad alimentaria mínima (92%), y el menor para el consumo de micronutrientes (47,7%); en Iquitos, el menor cumplimiento fue lactancia materna prolongada (63,7%); además, se reportó relación estadística en el menor cumplimiento de la dieta mínima y la ingesta de micronutrientes ($p=0,000$) tanto en Lima como en Iquitos. Concluyeron que sus resultados permitirán la implementación de estrategias preventivo-promocionales en el ámbito de la alimentación saludable [25].

Quispe CD y Riveros SZ. (Perú, 2019) llevaron a cabo el estudio “Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria en lactantes de 6 - 12 meses de edad, en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro De Salud San Cristobal, Huancavelica-2019”, tuvo el objetivo de “Determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria en lactantes de 6 - 12 meses de edad”. Estudio no experimental, descriptivo transaccional; con una población de 74 madres, y una muestra probabilística por conveniencia; la recolección de datos se llevó a cabo por medio de una encuesta realizada a

través de un cuestionario constituido por 21 ítems que miden el conocimiento de las madres respecto a AC. El 42% de madres participantes alcanzaron un nivel medio de conocimiento sobre AC, 32% nivel alto y 26% un nivel bajo. Según dimensiones, obtuvieron que en la dimensión capacidad cognitiva, 46% de madres participantes alcanzaron un nivel medio, 28.5% nivel alto y 25% un nivel bajo. Considerando la dimensión característica de AC: cantidad de alimento, 49% nivel medio, 29% nivel bajo y 23% nivel alto; frecuencia 45% nivel medio y 47% nivel alto; consistencia del alimento. 43% tuvieron un conocimiento medio sobre la AC. En cuanto a las medidas de higiene durante la AC, 50% presentaron nivel medio, 34% nivel alto y 16% nivel bajo. Concluyen que el conocimiento en las madres participantes esta entre menor y medio [26].

Barzola M. (Perú, 2019) desarrolló el estudio: “Conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden a un centro de salud en SJM, 2018”, cuyo objetivo fue “Determinar los conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses”. Estudio de enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo simple y aplicativo, realizado con una muestra no probabilística por conveniencia de 30 madres. Utilizaron la encuesta para un cuestionario constituido por 25 preguntas (15 para determinar conocimientos y 10 para prácticas). Reporto, que las madres en su mayoría fueron de donde las madres en su mayoría fueron de 20 a 40 años (83%) y de nivel de instrucción secundaria (77%). El 70% de las madres tienen conocimiento sobre alimentación complementaria en comparación al 30% que desconocen; en cuanto a las prácticas alimentarias el 60% de madres presentaron prácticas adecuadas, mientras, 40% inadecuadas. Concluye que más de un tercio de participantes desconocen sobre AC (aspectos generales y características); y que cerca de la mitad no realiza prácticas alimentarias adecuadas y acorde a la edad del niño [27].

Rodríguez H y Bringas BJ. (Perú, 2019) llevaron a cabo el estudio “Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante”. Cuyo objetivo fue “determinar la relación entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional de lactantes de 6 a 24

meses atendidos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo, del Hospital Leoncio Prado de Huamachuco”. Investigación cuantitativa, descriptiva correlacional, con una muestra probabilística aleatoria simple de 141. Resultados: según conocimiento sobre AC, 61,7% de madres encuestadas tienen nivel medio, 33.3% nivel alto, y 5% mostraron nivel bajo. Considerando el estado nutricional del niño 5,7% tuvieron bajo peso, 39% desnutrición crónica y 6.4% obesidad; además, se reportó relación estadística entre las dos variables. Finalmente refiere que el conocimiento sobre AC de las madres en el estudio requiere ser incrementado a fin de prevenir daños o alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño [28].

Brito EJ. (Perú, 2018) titulado “Prácticas de alimentación complementaria de las madres y anemia en lactantes de 6 a 11 meses”, a fin de “determinar la relación que existe entre las prácticas de alimentación complementaria de las madres y la anemia en lactantes de 6 a 11 meses, programados como meta para el año 2017 en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud PROFAM”. Investigación de enfoque cuantitativo, descriptivo/correlacional y prospectivo, con una muestra universal de 62 madres. Resultados: 62,9% de los niños participantes presentaron anemia; 72,6% de las madres tiene prácticas adecuadas de AC en la dimensión calidad; 68% medianamente adecuadas en cantidad; 52% inadecuadas en frecuencia, y 60% adecuadas en consistencia. En cuanto a prácticas de higiene alimentaria 51,6% realizan prácticas inadecuadas. Concluyen que una relación significativa entre ambas variables de estudio; además, indican que en una alimentación complementaria adecuada deben estar inmersas las competencias cognitivas y técnicas de la madre [29].

Zurita M. (Perú, 2017) desarrollo el estudio: “Conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de 2 años sobre alimentación complementaria, en un centro de salud, San Miguel 2016”, a fin de “Determinar los conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de dos años sobre alimentación complementaria que asisten a un centro de salud de San Miguel en Lima”. Investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal y prospectiva; llevada a cabo en 40 madres con niños de entre 6 y 24 meses de edad. Como técnicas de recolección de datos para determinar el conocimiento en AC se utilizó la

entrevista mediante un cuestionario de 10 ítems validado por juicio de expertos (coeficiente 0,72); además para determinar las prácticas de alimentación se utilizó una ficha de observación. Encontrándose que en su mayoría de madres presentaron nivel de instrucción secundaria (65,0%) y de ocupación ama de casa (82,0%). Además, el 63% de madres tienen un nivel de conocimientos alto, y 38% nivel medio. Según prácticas de AC, 53% realizaban prácticas adecuadas de alimentación, mientras que en el 47% fueron deficientes [30].

León RK. (Perú, 2016) realizó el trabajo “Conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud La Revolución, Juliaca - 2015”, cuyo objetivo fue “Determinar la relación que existe entre Conocimientos y Prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses”. Estudio descriptivo correlacional/transaccional, ejecutado con una muestra final de 63 madres. Se aplicó encuesta con un cuestionario constituido por 33 ítems (15 miden el conocimiento y 18 las prácticas de AC). Reporto que 29 de las madres encuestadas alcanzaron un conocimiento bajo, 54% un conocimiento medio y tan solo el 17.5% tiene un conocimiento alto en cuanto a alimentación complementaria; según prácticas de alimentación 74.6% de las madres tuvieron prácticas alimenticias desfavorables y solo 25.4% prácticas favorables; Concluye que se encontró relación estadísticamente significativa entre conocimientos y prácticas de alimentación complementaria ($r=0.845$) [31].

A nivel regional, el único estudio encontrado es el de Ramírez MA. (Perú, 2018) titulado “Nivel de conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud de Morro Solar de Jaén, 2017”. Cuyo objetivo fue “Determinar el nivel de conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 a 12 meses de edad”. Estudio cuantitativo de diseño descriptivo transversal, llevado a cabo con una población de 648 madres y una muestra de 242, obtenida mediante muestreo aleatorio simple. La técnica utilizada en la recolección de datos fue una entrevista realizada mediante un cuestionario validado de 22 ítems que miden el conocimiento y las prácticas de AC. Los resultados indicaron que el conocimiento sobre alimentación complementaria de

las madres participantes es de nivel medio en 46,7%, nivel alto en 4,6% y nivel bajo en 8,7 %; en cuanto a las prácticas sobre alimentación complementaria el 87,2% de las madres presentaron prácticas adecuadas y 12,8% prácticas inadecuadas. Concluyó que el accionar en este punto debe estar orientado a educar y reforzar las competencias de la madre en el nivel primario de atención sanitaria [32].

2.2. Bases conceptuales

2.2.1. Bases teóricas

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (1996) [32].

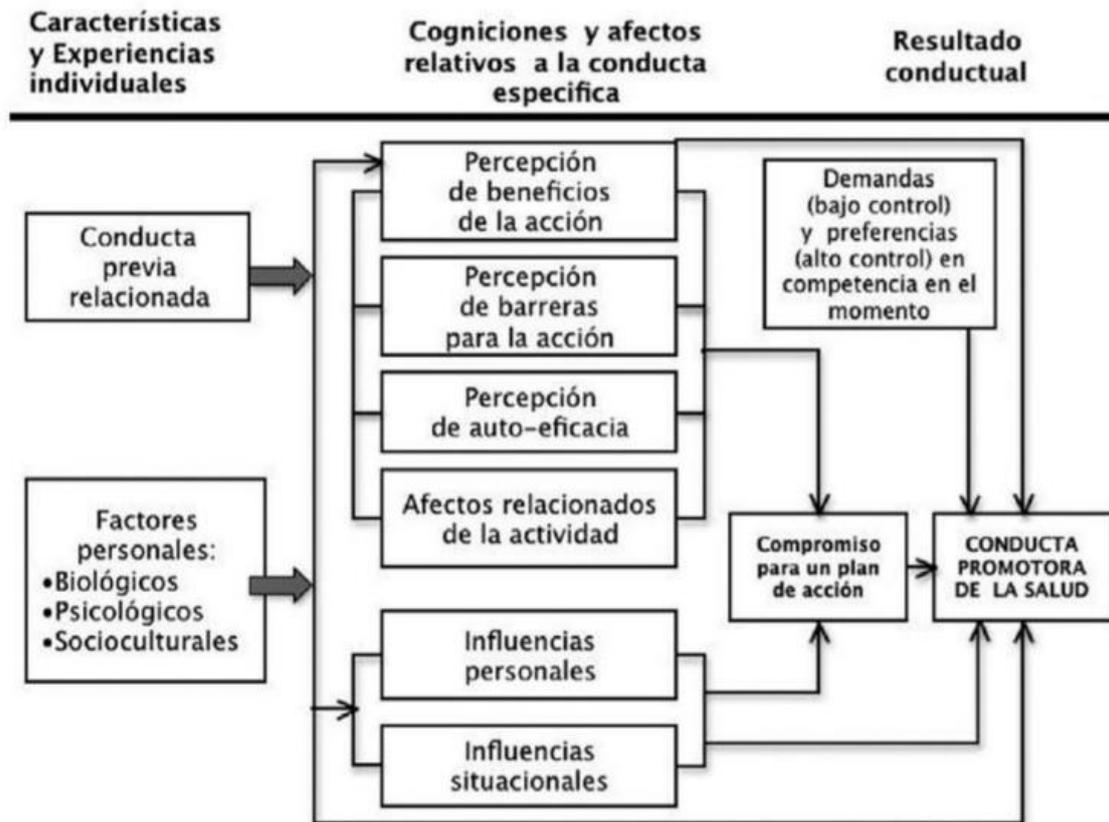
La investigación fue sustentada teóricamente en el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender [32]. EL MPS de Pender, es un modelo de enfermería que sustenta el cómo los individuos constantemente están tomando decisiones sobre el cuidado de su propia salud. Pender y su MPS considera que el individuo presenta elementos cognitivos de percepción social y cultural que son modificados por características situacionales, y experiencias personales y comunitarias que generan como resultado-producto la participación del propio individuo en comportamientos que promuevan un mejor nivel de salud (conductas promotoras de salud), este último ocurrirá solo si la persona tiene la motivación para actuar.

El MPS se sostiene sobre la base de dos teorías, por un lado la teoría del aprendizaje social o cognoscitiva-social de Albert Bandura (1973), la cual sostiene que los individuos tienen la capacidad de aprender observando patrones de comportamiento o recibiendo instrucciones, lo que finalmente se traduce en una modificación de la conducta; por otro lado se encuentra el Modelo de la Valoración de Expectativas de la Motivación Humana de Feather (1982), el mismo que refiere que la conducta es racional y por lo tanto aprendida [32]

Asimismo, el Modelo de Promoción de la Salud refiere que el individuo interactúa constantemente con su entorno intentando alcanzar el mayor estado

de salud posible, y que en este interactuar se movilizan distintos procesos biopsicosociales que lo motivan a comprometerse en la consecución de prácticas y comportamientos saludables (conductas favorables de salud) [32]

Figura 1. Pender N (1996). Modelo de Promoción de Salud (MPS).



Fuente: Modelo de promoción de la salud de Pender 1996. En: Cid PH, Merino JE, Stiepovich JB.

Es en este contexto el enfermero se muestra como un agente de cambio que, cumple su rol educador y brinda a las madres, educación para la salud en todo lo relacionado a la alimentación complementaria, generando en ellas y en su entorno conductas que promuevan y fortalezcan la salud del niño, permitiendo prevenir y disminuir problemas de malnutrición causadas por una inadecuada alimentación complementaria producto del desconocimiento y las inadecuadas prácticas alimenticias.

El Modelo de Promoción de la Salud de Pender se aplica al presente estudio, puesto que, tanto el conocimiento como las prácticas maternas de AC son el

resultado de conductas y comportamientos (personales, cognitivas, comportamentales y perceptuales) de las madres que han sido adquiridos mediante la experiencia; por lo tanto todo accionar intencional por parte de la madre y la sociedad en materia de alimentación complementaria se traducirá en una conducta positiva generadora de salud que elevará el nivel de bienestar del individuo - en nuestro estudio el niño de 6 a 24 meses –; tal como postula el proceso que nos lleva a generar una “conducta promotora de salud” de Nola pender.

2.2.2. Conocimiento sobre alimentación complementaria

A. Generalidades del conocimiento

a) Definición de conocimiento

En las palabras de Bunge el conocimiento viene a ser el conglomerado de ideas, conceptos y postulados capaces de ser comunicados mediante el raciocinio lógico y que son adquiridos por medio de la experiencia o el aprendizaje (posterior o anterior); es claro, preciso, ordenado, coherente (conocimiento científico) e inexacto (conocimiento vulgar) [33].

b) Tipos de conocimiento

Según Adame [34], el conocimiento se agrupa en tres:

El Conocimiento Empírico, también denominado natural, vulgar o popular; es obtenido por mera coincidencia (al azar), y tras varios intentos para alcanzarlo; facilita a la persona la solución de problemas y el mejor desenvolvimiento en su vida cotidiana; además está relacionado con los interés, emociones y sentimientos comunes [34].

El conocimiento Científico, es riguroso, preciso, sistemático, ordenado y busca identificar, definir y describir la realidad objetivamente; con base en lo perceptible por los sentidos, factible de ser medido y susceptible de experimentación [34].

El conocimiento filosófico, “Está constituido por realidades inmediatas, no perceptibles por los sentidos, las cuales, por ser de orden suprasensible traspasan la experiencia” [34].

c) Niveles de conocimiento

Rodas [35] identifico tres niveles de conocimiento:

Nivel alto, de pensamiento lógico, fundamentado en la realidad inmediata, brinda un análisis exhaustivo y profundo sobre el tema en cuestión, de raciocinio coherente con la realidad, propositivo con las condiciones en las que vive, acepta las consecuencias de sus actos y sabe explicar los motivos de su certeza [35].

Nivel medio, de conocimiento teórico, establece relaciones sobre la realidad que estudia, razonamiento con soporte empírico, expresión coherente y limitado, dominio superficial del tema, indica la causa más no el efecto, susceptibles de experimentación, y no presenta soluciones definitivas [35].

Nivel bajo, es espontaneo, obtenido de la práctica diaria (conocimiento natural), conoce de la experiencia cotidiana, su razonamiento es impreciso y en ocasiones errado, maneja limitada información sobre el tema, y es de corto plazo [35].

B. Alimentación complementaria

La alimentación complementaria (AC), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es “todo aquel alimento líquido o sólido diferente de la leche materna que es introducida en la dieta del niño” [4]. Es un proceso que generalmente comienza a los seis y se prolonga hasta los dos años, donde por cuestiones de demanda energética se tiene que incluir otro tipo de alimento a la dieta del niño considerando que a esa edad el lactante ha completado su la madurez digestiva [5,6].

Según la Asociación Española de Pediatría (AEP) la alimentación complementaria es el proceso por el que se brinda al niño menor de dos años alimentos sólidos o semisólidos diferentes a la leche materna o de una fórmula infantil como complemento y no como sustitutos de esta [36].

C. Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria.

El conocimiento sobre alimentación, es la conceptualización que tiene la madre o cuidador sobre alimentación, es producto de la experiencia alcanzada durante el transcurso de su vida, y obtenido mediante la selección apropiada o inapropiada de información acerca de la alimentación complementaria; por lo tanto, el grado de conocimiento del que disponga la madre favorecerá o aumentará el riesgo del niño a presentar problemas asociados con la alimentación [36]. Pueden provenir de los medios de comunicación masiva, de la interacción con su entorno físico y social, de sus sistemas familiares y redes de apoyo, y de las situaciones cotidianas; por lo tanto, el conocimiento y la práctica proviene de la información que el individuo percibe, observa, cree y siente [37].

D. Beneficios de la alimentación complementaria

La lactancia materna y la alimentación complementaria son dos de las estrategias preventivas con mayor impacto en la salud infantil por promover un adecuado crecimiento y desarrollo, brinda nutrientes que la leche materna dispone en menor cantidad en su composición (hierro, zinc, selenio, vitamina D), facilita la incorporación de diferentes y nuevos alimentos, promueve hábitos alimenticios apropiados, refuerza el desarrollo psicosocial y el vínculo afectivo madre-hijo, y disminuye la morbi-mortalidad por deficiencias alimentarias infantiles [3].

E. Características de la alimentación complementaria

El MINSA [18, 38] considera las siguientes características:

a) Oportuna

Se inicia en el momento adecuado, generalmente a partir de los seis meses, pues la leche materna ya no es capaz de cubrir los requerimientos nutricionales, y los órganos que participan en la nutrición y alimentación han alcanzado su maduración y se encuentran listos para la incorporación de otros alimentos [18, 38].

Es de precisar que hacia los seis meses de edad se producen varios procesos de maduración corporal que hacen necesaria la incorporación de la alimentación: sistema digestivo (capacidad gástrica adecuada, motilidad gastrointestinal apropiada, lo que favorece un mejor vaciamiento gástrico; además las secreciones biliares facilitan el proceso de nutrición); sistema renal (el riñón adquiere la capacidad para manejar los metabolitos productos de los nutrientes especialmente proteicos y minerales); neurológico (la masticación y la deglución son señales de desarrollo psicomotor que facilitarán la alimentación); y el sistema inmune (la flora intestinal impiden la proliferación de microorganismo patógenos) [18, 38].

b) Cantidad adecuada

“Conforme el niño tenga más edad, comerá más veces al día y en mayor cantidad”; a medida que el niño va creciendo demandará mayor cantidad de alimentos para cubrir las brechas nutricionales que va dejando la lactancia materna [18, 38].

A partir de los seis meses el niño come en su propio plato, así la madre podrá observar la cantidad que come e ira aumentando gradualmente según la edad: niños de 6 a 8 meses de 3 – 5 cucharadas tres veces al día (3 comidas principales); niños de 9 a 11 meses de 5 – 7 cucharadas cuatro veces al día (3 comidas principales y 1 refrigerio); y niños mayores de 12 meses, 7 a 10 cucharadas cinco veces al día (3 comidas principales y 2 refrigerios) [18, 38].

c) Frecuencia

La alimentación complementaria debe proveerse en varios momentos del día y se irá incrementando gradualmente conforme edad, sin descuidar la lactancia materna; de acuerdo a su edad el niño deberá comer: niños de 6 a 8 meses tres veces al día (3 comidas principales) más leche materna; niños de 9 a 11 meses cuatro veces al día (3 comidas principales y 1 refrigerio) más leche materna; y niños mayores de 12 meses cinco veces al día (3 comidas principales y 2 refrigerios) más leche materna [18, 38].

d) Consistencia

Los alimentos de transición durante la AC son esenciales, pues permiten al niño ir fortaleciendo su sistema neuromuscular (masticar y percibir nuevos sabores), y adaptarse gradualmente a la consistencia y variedad de los alimentos que se le brinde a medida que crece, considerando para ello: niños de 6 a 8 meses consumirán alimentos tipo papilla o puré, los de 9 a 11 meses alimentos picados o triturados, y los de 12 meses a más, alimentos de consistencia normal (de la olla familiar) [18, 38].

e) Contenido nutricional

La alimentación complementaria tiene un alto contenido nutricional y para ello debe contener los tres tipos de alimentos: los energéticos (proporcionan energía: carbohidratos), los formadores de masa muscular (proteínas de origen animal y vegetal) y los alimentos protectores (proporcionan vitaminas y minerales: frutas y verduras) [18, 38]. Se organizan en:

Proteínas, son moléculas formadas por aminoácidos que se encargan de dar origen a los músculos y tejidos que sostienen los órganos y sistemas; forman anticuerpos que protegen al niño contra las infecciones y proporcionan energía al organismo. Lo podemos localizar en las carnes rojas (vacuno, ovino, caprino, aviar, etc.), pescado, huevos, productos lácteos (leche, mantequilla, yogurt), frutos secos (pasas, almendras,

maní, pecanas), y en vegetales como las menestras (pallares, habas, frijol, lentejas) [18, 38].

Carbohidratos, son azúcares, almidones y fibras, también suelen denominarse hidratos de carbono, reducen proteínas y lípidos para su mejor absorción, y ayudan en la desintoxicación del organismo. Lo podemos localizar en alimentos como: los tubérculos y raíces (papa, camote, yuca), granos (maíz, trigo, arroz) y las legumbres [18, 38].

Lípidos, son diversos compuestos orgánicos (grasas o aceites, fosfolípidos y ésteres de colesterol), reconocidos como la principal reserva energética del organismo, participan en la protección y formación estructural de los órganos, y ayudan en el metabolismo celular. Se localizan en productos lácteos (mantequilla, queso), frutos secos (maní, nueces, almendras y castañas) y aceites (de oliva, pescado, palma) [18, 38].

Vitaminas, son compuestos orgánicos que ayudan en el metabolismo y participan en la regulación de las principales funciones corporales; normalmente se clasifican en vitaminas hidrosolubles (8 del complejo B y la vitamina C) y vitaminas liposolubles (A, D, E y K) [18, 38]. Entre ellas destacan:

- **Vitamina A:** contribuye en la maduración de órganos y tejidos, mejora la agudeza visual, y protege contra infecciones; se puede encontrar en alimentos de origen animal (aceite de pescado, hígado, yema de huevo), vegetales de color amarillo o anaranjado (zanahoria, zapallo, camote) y en hojas como la acelga, perejil y espinaca [18, 38].
- **Complejo B:** conjunto de vitaminas hidrosolubles (ocho) que participan en la formación del ADN y ARN, previenen anomalías congénitas (ácido fólico) – como los defectos del tubo neural – y mejoran la utilización de la energía corporal; lo podemos localizar en

las espinacas, lechuga, frutas cítricas, habas, frijoles, carnes, y productos lácteos [18, 38].

- **Vitamina C:** denominado como ácido ascórbico, es un antioxidante que ayuda a proteger al organismo de los procesos oxidativos lesivos, fortalece el sistema musculo esquelético y cartilaginoso, refuerza el sistema inmunológico, y mejora la absorción del hierro; se pueden localizar en frutas como el melón, naranja, mandarina y piña; verduras como las arvejas, tomates y coles [18, 38].
- **Vitamina D:** llamada también calciferol, es una vitamina que ayuda en la formación de los huesos y dientes en el niño, permite la absorción del calcio en el intestino delgado, y fortalece en sistema cardiovascular y nervioso; están disponibles en alimentos como la leche, queso, huevos, mantequilla y verduras de color verde oscuro (acelga, espinaca, col y alcachofa) [18, 38].
- **Hierro,** es el mineral encargado del transporte de oxígeno hacia los tejidos al unirse a la hemoglobina (respiración celular), interviene en la formación de los eritrocitos, almaceno oxígeno en los músculos, y disminuye la morbi-mortalidad de los niños a causa de anemia ferropénica; lo encontramos en alimentos como carnes, hígado, riñón, legumbres, y hojas de color verde oscuro [18, 38, 39].
- **Alimentos alérgicos,** son aquellos que pueden producir reacciones alérgicas producto de alteraciones inmunológicas; entre ellos encontramos a los huevos, cítricos, leche y sus derivados, pescado y los cereales

F. Rol de la enfermera en alimentación complementaria

La enfermera en el primer nivel de atención lidera las actividades preventivo-promocionales, en el área niño (inmunizaciones y crecimiento y desarrollo); por ello, como miembro del equipo de salud, al estar la mayor parte del

tiempo en contacto directo con los padres de familia cumple un rol educador [17].

2.2.3. Prácticas sobre alimentación complementaria

A. Práctica

Gómez [40] refiere que práctica es “cualquier forma coherente y compleja de actividad humana socialmente aceptada”, de tipo individual, grupal u organizativa que busca solucionar problemas cotidianos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que una buena práctica es toda experiencia guiada por principios, objetivos y procedimientos apropiados o conductas consensuadas y adaptadas a las reglas socialmente propuestas, que han dado resultados positivos y que tienen una eficacia comprobada en un contexto determinado [41]. Es decir, la práctica busca en todo momento transformar una realidad, a partir del planeamiento de alternativas de solución.

B. Prácticas de alimentación complementaria.

Son una serie de actividades coherentes y autónomas que realiza la madre para brindar una alimentación completa - desde la preparación hasta el consumo de los alimentos - que satisfaga las demandas nutricionales del niño y que se encuentran fuertemente influenciadas por factores sociales, culturales, económicos y demográficos que pueden aumentar o disminuir el riesgo de malnutrición por deficiencia nutricional [18, 38, 42].

C. Manipulación de los Alimentos

El proceso de manipulación de los alimentos durante la preparación y en el mismo acto de alimentar es fundamental, pues cualquier disrupción al momento de administrarlos puede causar enfermedades infecciosas (gastrointestinales), muchas veces por consumo de agua y alimentos contaminados [18, 38].

D. Prácticas de higiene

En este punto se debe precisar la importancia de la práctica del lavado correcto de manos en los momentos clave (preparación de los alimentos, alimentación del niño, cambio de pañal e higiene personal), lavar frutas y verduras antes de ser consumidas, usar utensilios exclusivos para alimentar al niño, evitar el uso de sucedáneos, promover el consumo de agua segura [18, 38], y evitar animales dentro del hogar [42].

E. Conservación de los alimentos

Conservar adecuadamente los alimentos para prevenir su descomposición o contaminación, es una práctica fundamental para una alimentación complementaria eficaz; es por eso que los alimentos deben ser conservados en lugares seguros, tenerlos siempre tapados o refrigerados, deben ser consumidos de forma inmediata, no guardados, y brindados a los niños a temperaturas adecuadas [18, 38].

F. Alimentación durante la Enfermedad

La morbilidad - sobre todo por enfermedades infecciosas como las EDAS, IRAS y parasitosis intestinal - en los dos primeros años de vida aumenta exponencialmente el riesgo del niño a padecer desnutrición, esto provoca una pérdida del apetito y muchas veces una disminución del aporte calórico debido a un inadecuado manejo alimenticio de la madre [38]. Las prácticas a tener en cuenta durante este periodo incluyen: brindar alimentación fraccionada, es decir alimentación más frecuente y en menos cantidad, adicionar líquidos y lactancia materna a libre demanda; proporcionar al niño preparaciones agradables; vigilar signos de deshidratación; y aumentar una ración alimenticia diaria posterior a la enfermedad con el fin de recuperar nutricionalmente al niño [18].

G. Interacción durante la alimentación

El vínculo madre-hijo se fortalece con la alimentación, este momento permite a la madre identificar señales de hambre o enfermedad en el niño;

asimismo, durante la práctica de alimentación la madre debe promover espacios de aprendizaje, contacto visual y paciencia; motivarlos a comer, pero sin obligarlos, puesto que las situaciones estresantes generan disminución del apetito; es también relevante la participación de los integrantes de la familia durante el proceso [18, 38].

H. Entorno adecuado de alimentación

El entorno físico y social donde el niño es alimentado facilita la absorción de los alimentos ingeridos, por ello deben ser espacios agradables, estimulantes y libres de distractores como tensiones familiares, juegos o el uso de equipos electrónicos (celular, tablet y televisor) [18, 38, 39].

2.3. Definición de términos básicos

- a) **Alimentación complementaria:** “todo alimento líquido o sólido diferente de la leche materna que es introducida en la dieta del niño”; además, de ser un proceso que generalmente comienza a los seis y se prolonga hasta los dos años básicamente por cuestiones de demanda energética [5].

- b) **Conocimiento:** Conglomerado de ideas, conceptos y postulados capaces de ser comunicados mediante el raciocinio lógico y que son adquiridos por medio de la experiencia o el aprendizaje [33].

- c) **Crecimiento:** Proceso de aumento de la masa corporal mediante hiperplasia o hipertrofia, influenciado por factores biológicos, genéticos, nutricionales, socioeconómicos y culturales [17].

- d) **Desarrollo:** Proceso dinámico por el cual se alcanza progresivamente una capacidad funcional de los sistemas, en este proceso intervienen fenómenos de maduración, diferenciación e integración de las funciones; que son mediados por factores biológicos, psicológicos, cognoscitivos, culturales, entre otros [17].

- e) **Desnutrición:** Situación mórbida ocasionada por la nula o escasa, ingesta o asimilación de nutrientes que genera en el individuo alteraciones cognitivas, motoras, neurológicas y hasta psicológicas de distintos grados de severidad [3]

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito de estudio

El estudio fue realizado en la ciudad de Chota, distrito de Chota, localizada al oeste de la provincia y en centro de la región Cajamarca; su capital se sitúa en la meseta de Acunta a una altitud de 2,388 msnm, a 150 km de Cajamarca y a 219 km de Chiclayo; limita por el norte con los distritos de Chiguirip y Conchán, por el oeste con el distrito de Lajas, por el sur con la provincia de Bambamarca, y por el este con el distrito de Chalamarca; su temperatura anual promedio es de 17,8°C, con climas que varían de templados en los valles interandinos a fríos en las zonas altoandinas [43].

El escenario de estudio fue el Hospital José Soto Cadenillas – Chota; institución prestadora de servicios de salud, creada el 19 de mayo de 1968, con una población adscrita al 2020 de 42, 686 usuarios y una población objetivo para nuestro estudio de 430 niños de entre 6 y 24 meses de edad; según su clasificación es un hospital de nivel II-1, perteneciente económica y administrativamente a la DIRESA Cajamarca [44].

3.2. Diseño de investigación

Estudio cuantitativo, debido a que se utilizó datos numéricos y herramientas estadísticas para el procesamiento y análisis estadístico; nivel correlacional, lo que contribuyó a determinar la relación entre las variables de estudio: conocimientos y prácticas de alimentación complementarias en las madres participantes.

Fue de diseño no experimental, porque no se realizó manipulación de variables; de corte transversal, porque la recolección de datos se realizó por única vez y en un único momento, es decir permitió describir las variables de estudio en un periodo de tiempo y espacio determinado. Cabe precisar que el diseño no experimental, implica que los eventos, sucesos o variables no serán alteradas o intervenidas por el investigador [45]

El estudio se representa en el siguiente esquema:

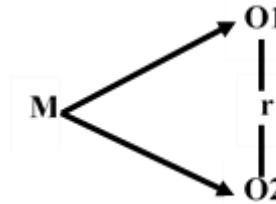
Donde:

M: Muestra

O1: Variable 1: Conocimientos sobre AC.

O2: Variable 2: Prácticas sobre AC.

r: Relación entre variables



3.3. Hipótesis

H₁: La relación entre en nivel de conocimientos y las prácticas de alimentación complementaria de madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota 2021, es significativa.

H₀: La relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de alimentación complementaria de madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota 2021, no es significativa.

3.4. Población, muestra y unidad de estudio

La población fueron las madres con niños de 6 a 24 meses que se atienden en el del Hospital José Soto Cadenillas de Chota que al 2021 fueron 430.

La obtención de la muestra se realizó mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple. Al respecto Hernández-Sampieri [45], afirma que los muestreos aleatorios simples aseguran que cada uno de los integrantes de la población tengan la misma probabilidad de ser elegidos. Para ello utilizó la siguiente fórmula:

Tamaño muestral:

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

Donde: n = 203 madres

Cálculo del tamaño muestral ajustado:

$$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

Donde:

N	Tamaño población finita	263
n'	Tamaño población infinita	n'
N	Población	430

n' = 138 (Se decidió ajustar el tamaño muestral puesto que se conoce con precisión la población (N = número de niños de 6 a 24 meses de edad) del Hospital José Soto Cadenillas de Chota para el año 2021).

La muestra ajustada fue de 138 madres con niños entre seis y 24 meses de edad.

Criterios de inclusión (madres):

- Que acepten firmar el consentimiento informado.
- Con niños de seis a 24 meses de edad que asistieron regularmente (mínimo los tres últimos controles deberán ser continuos).
- Que viven dentro del casco urbano de la ciudad de chota.

Criterios de exclusión

- Madres con discapacidad léxica o auditiva.
- Madres cuyos niños no se encontraron dentro del padrón nominal interno del hospital.

3.5. Operacionalización de variables

a) Nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final
Nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria	Conjunto de saberes que tiene la población objeto de estudio sobre alimentación complementaria [35].	Oportuna	Ítem: 3	- Conocimiento alto: 9 – 12 puntos
		Cantidad	Ítem: 4	
		Frecuencia	Ítem: 5	
		Consistencia	Ítem: 6	- Conocimiento medio: 5 – 8 puntos
		Contenido nutricional	Ítems: 1, 2, 7, 8, 9, 10, 11, 12	- Conocimiento bajo: 0 – 4 puntos

b) Prácticas maternas sobre alimentación complementaria

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final
Prácticas sobre la alimentación complementaria	Actividades que realiza en la alimentación complementaria en torno a las, preparación de alimentos [38].	Manipulación e introducción los alimentos	Ítem: 1, 2, 3, 4, 5, 6	- Prácticas adecuadas: 5 - 10 puntos
		Alimentación durante la Enfermedad	Ítem: 7	
		Interacción en el momento de la alimentación del niño	Ítem: 8	
		Entorno adecuado de alimentación	Ítems: 9, 10	- Prácticas inadecuadas: 0 – 4 puntos

3.6. Descripción de la metodología

3.6.1. Métodos

La técnica utilizada fue la entrevista, la cual permitió recolectar información tanto de los conocimientos como de las prácticas de AC que tienen las madres con niños de 6 a 24 meses de edad. Se entiende por entrevista a la interacción entre el participante y el investigador, que tiene por finalidad obtener una respuesta verbal y directa a lo preguntado [45].

Se utilizó como estrategia una entrevista presencial, individual y anónima [45], la cual será aplicada previa explicación del procedimiento.

La recolección se inició con la solicitud del permiso correspondiente al director de Hospital José Soto Cadenillas, una vez obtenida la autorización cada madre participante firmo el consentimiento informado (Anexo 1) previa explicación de los objetivos y propósito del estudio. La información se recolectó en las instalaciones del hospital o en el domicilio de la participante, según sea el caso.

3.6.2. Materiales

Instrumentos de medición

Se utilizó como instrumento de recolección de datos el cuestionario (Anexo 2) de Ramírez [32] en el 2018 titulado: “Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses (CCyPAC)”, este instrumento permitió medir el nivel de conocimiento y las prácticas de AC de las madres con niños de seis a 24 meses de edad. La validez se desarrolló mediante juicio de 10 expertos con amplia trayectoria en el ámbito de la salud (asistencial, investigación y la docencia): seis enfermeros y un

nutricionista del área niño del Hospital Regional de Cajamarca (HRC) y tres docentes enfermeros de la Universidad Nacional de Cajamarca (UNC) con experiencia demostrada en el área de investigación. En la prueba binomial se obtuvo un grado de concordancia significativo ($p < 0.05$). Además, se aplicó una prueba piloto a 20 madres; para calcular la fiabilidad del instrumento se utilizó Alfa de Crombach, obteniéndose como resultado un instrumento confiable ($\alpha = 0,689$) [27].

El cuestionario CCyPAC está constituido por 22 ítems, que miden las variables de nivel de conocimiento (12 ítems) y prácticas (10 ítems) sobre AC, a cada respuesta correcta se le asignó un puntaje de uno (1) y cero (0) para aquellas respuestas incorrectas. Para la categorización de ambas variables se calcularon los baremos correspondientes obteniéndose los siguientes puntajes [27]:

Nivel de conocimientos:

- Conocimiento alto : 9 – 12 puntos
- Conocimiento medio : 5 – 8 puntos
- Conocimiento bajo : 0 – 4 puntos

Prácticas:

- Prácticas adecuadas : 5 - 10 puntos
- Prácticas inadecuadas : 0 – 4 puntos

La adaptación contextual del instrumento se realizó mediante una prueba piloto a 20 madres del Centro de Salud Patrona de Chota, permitiendo así evaluar la validez de respuesta. Además, Se utilizará alfa de Crombach para determinar la confiabilidad del instrumento.

Recursos: Humanos (investigador y las madres participantes); financieros, fueron asumidos por la investigadora en su totalidad.

3.6.3. Procesamiento y análisis de datos

Tras la recolección de datos se codificó y elaboró una matriz de datos en la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2019, la cual se exportó al paquete estadístico SPSS versión 25.0.

La estadística descriptiva incluyó la obtención de frecuencias absolutas y relativas que serán presentadas en tablas simples y de contingencia, permitiendo describir ambas variables de estudio.

La estadística inferencial permitió determinar la relación entre las variables por medio de una prueba de hipótesis; para ello se utilizará la prueba de correlación Rho Spearman, a un nivel de confianza del 95% y un p-valor ($p < 0.05$).

3.6.4. Aspectos éticos y rigor científico

El estudio tuvo en cuenta los principios éticos de beneficencia, donde el investigador coloca el bien del participante por sobre cualquier situación; el principio de dignidad humana, a través del cual se respetó y cuidó a las participantes en su dignidad e identidad; y el principio de justicia, el cual dio un trato igualitario a cada una de las madres participantes [46].

El criterio de rigor científico, validó la calidad científica del estudio, para ello se tuvo en cuenta la confidencialidad y anonimato de las participantes; con la credibilidad, se reportarán resultados veraces; con la confirmabilidad, los resultados reportados no fueron alterados; y la transferibilidad o aplicabilidad que permite que los resultados puedan ser transferidos y aplicados en otros contextos [46].

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Características sociodemográficas de las madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.

Características		N°	%
Edad	< 18 años	7	5,1
	18 a 25 años	41	29,7
	26 a 30 años	53	38,4
	30 a más	37	26,8
Grado de instrucción	lletrada	1	0,7
	Primaria	11	8,0
	Secundaria	30	21,7
	Superior	96	69,6
Procedencia	Urbano	121	87,7
	Rural	17	12,3
Total		138	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre de alimentación complementaria.

En la tabla 1, se observa que las características sociales y demográficas más frecuentes de las madres con niños de 6 a 24 meses tenían de 26 a 30 años (38,4%), de instrucción superior (69,6%) y de zona urbana (87,7%).

Resultados similares en cuanto a la edad, a los estudios de Moreno et al, donde la mayoría de madres tuvieron de 18 a 35 años (75,2%); sin embargo, difieren respecto al grado de instrucción, dado que en su

mayoría fueron de primaria incompleta (40,3%) [24]. Asimismo, difieren de los estudios de Barzola M, donde las madres en su mayoría fueron de 20 a 40 años (83%) y con instrucción secundaria (77%) [27]; al igual que con los de Zurita M, donde la mayoría de madres presentaron nivel de instrucción secundaria (65,0%) [30].

Según el INEI (2021), en el Perú existe 8 millones 664 mil madres, que constituyen el 64,4% del total de mujeres de 12 y más años de edad; de los cuales 6 millones 627 mil tienen entre 20 a 59 años de edad, 1 millón 911 mil de 60 a más años y 126 mil madres menores de 20 años de edad; resultados similares a nuestro estudio, puesto que ambas estadísticas son de madres de familia [47]. Sin embargo, los resultados del estudio se contrastan con los del INEI respecto al grado de instrucción, donde el 41,2% de las madres de 15 años a más tiene educación secundaria, el 26,0% educación superior y 32,8% educación primaria.

En cuanto al grado de instrucción de la madre, cerca de la tercera parte de la población estudiada tiene escolaridad superior, esto podría estar asociada a que la mayor parte de la población es de procedencia urbana, por lo que tiene mayor acceso a la información y educación para continuar con sus estudios, mayores ingresos económicos y mayores oportunidades de conseguir trabajos más diferenciados y mejor pagados para solventar los gastos familiares. Por otro lado, tendrán mayor esperanza de vida, mayor cohesión social, tolerancia y mejores condiciones de vida y cuidado de los niños.

Según las características de los participantes, el 46,4% tenían entre 12 y 24 meses, 29% de 6 a 8 meses y el 24,6% tuvieron 9 a 11 meses. Resultados que se contrastan con los reportes del INEI, donde de los menores de 17 años, 34,2% fueron menores de cinco años; 33,4% tienen de 6 a 11 años y 32,4% de 12 y 17 años de años de edad [48]; sin embargo, es necesario indicar que el estudio es en menores de 2 años, pero se puede apreciar en los reportes del INEI que a mayor edad menores índices de porcentaje de niños menores de 17 años.

4.2. Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.

Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.

Nivel de conocimiento	N°	%
Alto	105	76,1
Medio	33	23,9
Total	138	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre de alimentación complementaria.

En la tabla 2, se evidencia que la mayor parte de madres participantes, tiene un nivel de conocimiento alto (76,1%) sobre alimentación complementaria.

Resultados similares a los del Zurita M [30], en su estudio realizado con 40 madres, donde el 62,5% de madres tuvieron conocimientos alto y el 37,5% medio; de igual forma a los de Barzola M., el 70% de las madres presentaron conocimiento alto sobre alimentación complementaria [27].

Sin embargo, son diferentes a los de Quispe CD y Riveros SZ [26], donde el 42% de madres presentaron conocimiento medio, sobre AC, 32% conocimiento alto y 26% conocimiento bajo. Asimismo, a los de Rodríguez H y Bringas BJ. [28], donde el 61,7% de las madres tuvo conocimiento medio, 33,3% alto y solo 5% conocimiento bajo. De igual manera a los de León RK, donde se reportó que 28,6% de las madres tuvo conocimiento bajo, 54% medio y solo 17,5% conocimiento alto [31]; y a los de Ramírez MA, el 46,7% de madres tuvo conocimiento medio sobre AC, el 4,6% conocimiento bajo y el 8,7% presentó conocimiento bajo [32].

Según la OMS, la alimentación complementaria “es todo alimento diferente al de la leche materna que es introducida en la dieta del niño” [4]; generalmente comienza a los seis y se prolonga hasta los dos años, donde por cuestiones de demanda energética se tiene que incluir otro tipo de alimento a la dieta del niño considerando que a esa edad el lactante ha completado su la madurez digestiva [5,6].

El conocimiento sobre alimentación, es la conceptualización que tiene la madre o cuidador sobre la alimentación, es producto de la experiencia alcanzada durante el transcurso de su vida, y obtenido mediante la selección apropiada o inapropiada de información acerca de la alimentación complementaria; por lo tanto, el grado de conocimiento del que disponga la madre favorecerá o aumentará el riesgo del niño de presentar problemas de malnutrición [36]. Por lo tanto, los medios de comunicación, la interacción con su entorno físico y social, de sus sistemas familiares y redes de apoyo y de las situaciones cotidianas de las madres, juegan un rol fundamental en el conocimiento sobre AC [37].

Teóricamente el estudio se sustenta en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender [21], en el que se enfatiza, que el rol del profesional de enfermería como integrante del equipo sanitario es diseñar, implementar, y evaluar planes, programas y estrategias de carácter preventivo-promocional en el primer nivel de atención que logren promover y reforzar los conocimientos sobre la alimentación complementaria en las madres, la familia y la comunidad.

Este modelo, sustenta que el conocimiento de las madres sobre la AC, son producto de las conductas y comportamientos (personales, cognitivas, comportamentales y perceptuales) que han sido adquiridos mediante la experiencia; por lo tanto, todo accionar intencional por parte de la madre y la sociedad en materia de alimentación complementaria se traducirá en una conducta positiva generadora de salud que elevará el nivel de bienestar del individuo y de los niños.

El predominio del mejor nivel de conocimiento (76,1%) de las madres sobre la alimentación complementaria podría estar asociada al grado de instrucción superior y secundaria, puesto que brindan alimentación complementaria a partir de los seis meses; además, conocen sobre patrones de alimentación maternos y tienen mayor el acceso a planes de educación, por medio de los medios de comunicación radiales, televisivos y redes sociales. Todas estas circunstancias han contribuyen a que las madres interioricen la información y favorezcan el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños. También se observar que casi una cuarta parte de las madres tienen conocimiento regular, el cual estaría relacionado con el contexto de la pandemia de la Covid-19, donde las madres no han acudido de manera periódico al establecimiento de salud para recibir la consejería y orientación sobre alimentación complementaria por parte del personal de salud por miedo al contagio del coronavirus.

Por lo tanto, las madres de familia juegan un rol fundamental en el proceso de transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria, en donde se convierten en la principal responsable del proceso, pues sus conocimientos y prácticas para alimentar al niño influirán directamente sobre su crecimiento y desarrollo en el corto y largo plazo.

4.3. Prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.

Tabla 3. Prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.

Prácticas de alimentación complementaria	N°	%
Adecuadas	133	96,4
Inadecuadas	5	3,6
Total	138	100,0

Fuente: Cuestionario de prácticas sobre alimentación complementaria.

En la tabla 3, se muestra que casi la totalidad de madres (96,4%) realizan adecuadas prácticas de alimentación complementaria.

Resultados similares a los reportados en el Perú por Ramírez [32], en su estudio realizado con 242 madres niños 6 a 12 meses de edad, a fin de determinar el nivel de conocimiento y prácticas sobre AC, donde 87,2% de madres presentaron prácticas adecuadas de AC; casi un tercio superior a lo encontrado por Barzola en San Juna de Lurigancho [27], en 30 madres de niños menores de un año, donde el 60% presentaron prácticas inadecuadas; o casi el doble de lo encontrado por Zurita en San Miguel [30], donde de 40 madres con niños menores de dos años, el 53% evidenciaron prácticas adecuadas de alimentación complementaria. Pero contrarios al reporte de León [31], quien evaluó el nivel de conocimiento y prácticas sobre AC en 63 madres, de las cuales el 74.6% mostraron prácticas desfavorables de AC.

Cabe precisar que, las prácticas adecuadas de AC, están referidas a la atención que brinda la madre o cuidador principal al niño en materia de

tiempo (oportuna, según edad), cantidad, frecuencia y consistencia; es decir, brindar una alimentación que permita cubrir todas las necesidades nutricionales que demanda del niño a esta edad para su óptimo crecimiento y desarrollo.

Al respecto, las prácticas adecuadas de AC reportadas en nuestro estudio, estarían asociadas al nivel de conocimiento materno sobre AC, a la edad de la madre, pues se evidencia que a mayor edad menor riesgo de prácticas inadecuadas [49], esto mismo ocurre cuando el niño queda a cargo de un cuidador que conoce sobre AC y cuidados básicos del niño [25]; al grado de instrucción de la madre o cuidador (mayor grado de instrucción, mejores prácticas de alimentación) [50]; o a los antecedentes materno perinatales [51], donde niños, con estado nutricional adecuado al momento del nacimiento, que reciben lactancia materna exclusiva, con introducción apropiada de los alimentos, gestantes sin anemia, o alteraciones en su estado nutricional, tienen prácticas más eficientes de alimentación complementaria.

Según Serra [52], las prácticas que realiza un individuo están vinculadas de manera directa al nivel de conocimiento que posee respecto a lo que está poniendo en práctica. Entonces desde la perspectiva nutricional, las prácticas de AC, son un conjunto de actividades coherentes y autónomas que realiza la madre para brindar una alimentación completa que satisfaga las demandas nutricionales del niño, las cuales se encuentran influenciadas por factores sociales, culturales, económicos y demográficos que pueden aumentar o disminuir los riesgos nutricionales en el niño [18, 38, 42].

Por otro lado, si se toma en cuenta las características de la práctica de AC que brinda la madre al niño, el estudio de Brito [29], reportó prácticas adecuadas de AC en: 72,6% (calidad), 67,7% (cantidad), 51,6% (frecuencia), y 59,7% (consistencia); Jara E, et al. [22], encontró, 100% de inicio adecuado de AC, 77% diversidad alimentaria, 87% satisface la frecuencia mínima, y 70% tiene una dieta mínima aceptable. Asimismo,

Ajete S, et al. [23], evidenció que, más del 70% de niños recibieron alimentos apropiados para su edad, que incluían cereales, frutas, huevos, legumbres, menestras, etc. Datos que guardan relación con nuestros reportes y que estarían directamente vinculados al grado de instrucción de la madre, que en su mayoría tienen educación superior, lo que les permite hacer una clasificación más selectiva de la alimentación en cuanto a frecuencia, cantidad, consistencia, tipo de alimento, etc.

Por lo tanto, lo reportado en el estudio indica que, las madres presentan prácticas adecuadas de AC, debido a que su nivel de conocimiento respecto a la misma es alto, tal como se evidenció anteriormente. Además, es muy probable que los niños participantes del estudio no presenten bajo peso, desnutrición aguda, talla baja, sobre peso u obesidad, o riesgo y retraso en su desarrollo psicomotor; pues se sabe que madres que muestran prácticas adecuadas de alimentación, presentan niños con menos problemas en su estado nutricional y desarrollo [7, 14, 15].

4.4. Relación entre nivel de conocimiento y prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.

Tabla 4. Nivel de conocimiento y prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.

Conocimiento de alimentación complementaria	Prácticas de alimentación complementaria					
	Adecuadas		Inadecuadas		Total	
	N	%	N	%	N	%
Alto	101	96,2%	4	3,8%	105	76,1%
Medio	32	97,0%	1	3,0%	33	23,9%
Total	133	96,4	5	3,6	138	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria.

Prueba de hipótesis

Correlación: Rho de Spearman		Conocimiento	Prácticas
Conocimiento	Coeficiente de correlación	1,000	,418
	Sig. (unilateral)		,042*
	N	138	138
Prácticas	Coeficiente de correlación	,418	1,000
	Sig. (unilateral)	,042*	
	N	138	138

* p < 0,05 (unilateral).

La tabla 4, muestra que el 96,2% de las madres participantes que realizan prácticas adecuadas de AC presentaron un nivel de conocimiento alto sobre AC; en tanto, el 97% evidenciaron conocimiento medio.

La prueba de hipótesis, muestra la existencia de relación estadística (p-valor = 0,042) entre nivel de conocimientos y prácticas de alimentación

complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota en el año 2021.

Para poner en contexto los resultados encontrados, es necesario considerar que la AC es un proceso que va desde los 6 hasta los 24 meses, y se caracteriza por una incorporación adecuada de los alimentos que requiere el infante desde esta edad, a fin de satisfacer sus demandas nutricionales; por tanto, el proceso de AC, implica que la madre o cuidador cuente no solo con los conocimientos necesarios para brindar una alimentación adecuada al niño, sino también que los traduzca en una práctica de alimentación adecuada; lo que en última instancia se manifestará en un estado nutricional adecuado y en un desarrollo integral.

Reportes que tienen relación con el estudio de León [31], quién evaluó el conocimiento y prácticas sobre AC de 63 madres con niños de 6 a 24 meses de Juliaca, donde 75% de las madres con conocimientos favorables presentaron prácticas favorables de AC; con el estudio de Espinoza y Silva [53], realizado en el Callao con 58 madres de niños menores de un año; o con el estudio de Ramos [54], donde de un total de 50 madres de niños menores de dos años, el 60% presentaron conocimientos altos y prácticas adecuadas de alimentación complementaria. Cada uno de estos estudios reportó la existencia de relación significativa ($p < 0,05$) entre conocimientos y prácticas de AC.

La similitud entre las cifras del presente estudio y las contrastadas, podrían estar relacionadas con las características sociodemográficas de las madres participantes, pues en su mayoría cuentan con un grado de instrucción superior, lo que nos lleva a asumir que los conocimientos y prácticas sobre AC son apropiadas. En este punto es importante determinar la alimentación complementaria según cantidad, consistencia, frecuencia, calidad, oportunidad, etc., y a partir de allí encontrar asociación entre conocimiento y prácticas de AC.

Según cifras porcentuales sobre prácticas y conocimientos de AC en niños menores de dos años, se ha podido evidenciar que entre el 40 y 60% de madres que presentaron prácticas adecuadas tenían un nivel conocimiento alto sobre alimentación complementaria [22, 23, 25, 29, 30]; datos, inferiores a lo encontrado en el presente estudio, pero con una tendencia favorable; esto nos lleva a inferir que el sector salud estaría cumpliendo con realizar actividades preventivo promocionales, como control de crecimiento y desarrollo, consejería nutricional, sesiones demostrativas de preparación de alimentos, suplementación con sulfato ferroso, tratamiento de la anemia, desparasitación etc., que están ayudando a promover y reforzar los conocimientos y prácticas sobre AC en las madres que acuden al Hospital José Soto Cadenillas de Chota.

Entonces, se puede afirmar que las madres de niños de 6 a 24 meses de edad que se atienden en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota en el año 2021, conocen que el niño debe iniciar su AC a los 6 meses, con alimentos tipo puré, 3 veces al día más lactancia materna, en una cantidad de 3 a 5 cucharadas, a los 8 meses debe consumir alimentos picados; los alimentos que le ayuda a crecer a su niño son las carnes y menestras, los que le protegen de enfermedades son las frutas y verduras, los que le dan fuerza son los carbohidratos y las menestras; y los que tienen alto contenido de hierro son carne, pescado, sangrecita, hígado, etc.

Además, las madres participantes presentan prácticas adecuadas de alimentación complementaria como: indicar la edad en que se inicia la alimentación (6 meses), el primer alimento que le dio a su niño (papilla o puré), que siempre le da alimentos tipo segundo a su niño, que se lava las manos antes de preparar los alimentos, que alimenta al niño con sus propios utensilios para comer, que fracciona y diversifica los alimentos, además de aumentar la lactancia materna cuando el niño está enfermo, y siempre busca un espacio (agradable, cómodo, tranquilo) y entorno (amor, paciencia) apropiado para alimentar a su niño.

Asimismo, la relación encontrada en el estudio podría llevar a indicar que, el crecimiento de los niños es el adecuado, su estado nutricional es normal y que no presentan alteraciones en el desarrollo. Al respecto, la literatura científica revisada refiere que, a mejores prácticas de alimentación, mejor crecimiento y desarrollo del niño [7, 8].

Los resultados se ven reforzados por las características particulares que presentan las madres participantes del estudio, donde su edad adulta joven, su mayor grado de instrucción y su procedencia urbana, podrían estar siendo factores protectores para un mayor conocimiento y mejores prácticas alimentarias [1, 3, 6].

En definitiva, la alimentación complementaria requiere no solo del conocimiento adecuado de la madre para su introducción y mantenimiento apropiado, sino también de llevar estos conocimientos hacia una práctica adecuada, que permita al niño disminuir el riesgo de enfermarse, desarrollar problemas nutricionales o psicomotores, y generar problemas sociales, afectivos y económicos dentro del hogar.

CONCLUSIONES

- Las características maternas más predominantes fueron, la edad de 26 a 30 años, el grado de instrucción superior y la procedencia urbana; en tanto, de acuerdo a la edad del niño esta fue de 12 a 24 meses.
- El nivel más frecuente de conocimientos sobre alimentación complementaria, fue alto en más de los dos tercios de las madres participantes.
- Las prácticas de alimentación complementaria más frecuentes, fueron las adecuadas en casi la totalidad de las madres del estudio.
- El nivel de conocimientos alto y las prácticas adecuadas de alimentación complementaria, alcanzaron a casi el total de madres, esto probablemente al grado de instrucción de la madre y a las actividades preventivo promocionales que brinda el personal de salud.
- Existe relación estadística entre nivel de conocimientos y prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota en el año 2021.

RECOMENDACIONES

A las autoridades de la Escuela Profesional de Enfermería de la UNACH:

- Promover estudios a nivel cuasiexperimental que permitan establecer de forma más fehaciente la relación entre conocimientos y prácticas de alimentación complementaria, considerando para ello las características particulares de la alimentación.
- Diseñar e implementar proyectos de extensión y proyección social, que consideren a los niños menores de dos años y sus madres como grupos de interés en quienes se promueva una alimentación y nutrición saludable.
- Enfatizar en los modelos y teorías, como el “Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender”, a fin de considerar sus postulados teóricos en la implementación de planes y programas educativos que promuevan un óptimo crecimiento y desarrollo del menor de dos años.

A las autoridades del Hospital José Soto Cadenillas de Chota:

- Seguir promoviendo los conocimientos y prácticas de alimentación sobre todo en grupos de mayor vulnerabilidad, como madres iletradas, que viven en la zona periurbana, niños con problemas en su estado nutricional y de desarrollo, etc.
- Diseñar un plan de monitoreo y seguimiento de los niños con problemas en su estado nutricional, a fin de incrementar la información respecto a alimentación complementaria de la que dispone la madre y la familia.

A las madres que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo:

- Poner en práctica lo indicado por el personal de enfermería, respecto a alimentación complementaria, consejería nutricional, sesiones demostrativas de preparación de alimentos, etc.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Capturar el momento Inicio temprano de la lactancia materna: El mejor comienzo para cada recién nacido. [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2018. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EIBF_2018_Sp.pdf
2. Asociación Española De Pediatría, Moro M, Málaga S, Madero L. Tratado de pediatría. 11ava ed. España: Médica panamericana; 2014.
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El estado mundial de la infancia 2019: Crecer bien en un mundo en transformación Niños, alimentos y nutrición Crecer bien en un mundo en transformación. [internet]. Nueva York, Estados Unidos: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/media/6366/file/Estado%20Mundial%20de%20la%20Infancia%202019%20Resumen%20Ejecutivo.pdf>
4. United Nations Children's Fund / World Health Organization / World Bank Group. Levels and trends in child malnutrition: Joint Child Malnutrition Estimates [internet]. Washington DC, USA: Key findings of the 2017 edition; 2017 [consulted 2020 Oct 26]. Available from URL: https://www.who.int/nutgrowthdb/jme_brochure2017.pdf?ua=1
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alimentación complementaria [Internet] Ginebra, Suiza: OMS; 2005 [consultado 11 de Nov 2020]. Disponible en: https://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Micronutrientes múltiples en polvo para el enriquecimiento doméstico de los alimentos consumidos por niños de 6 a 23 meses. [Internet] Ginebra, Suiza: OMS; 2015 [consultado

11 de Nov 2020]. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/micronutrientpowder_infants/es/

7. Chessa L. Alimentación complementaria: Fundamento biológico, conductual y contextual. [Internet] Ginebra, Suiza: OMS; 2017 [consultado 11 de Nov 2020]. Disponible en: https://www.who.int/elena/titles/bbc/complementary_feeding/es/
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia 2016: Una oportunidad para cada niño. [Internet]. Nueva York, Estados Unidos: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2016. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
9. Ángeles NA, Pascual MA. Conocimiento y prácticas de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses centro de Salud el Bosque [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018 [consultado el 09 de Nov 2020]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3035/1/RE_ENFE_PATRICIA.CACEDA_KATY.ROJAS_PRACTICAS.DE.USO.PDF
10. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura/Organización Panamericana de la Salud/Programa Mundial de Alimentos/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018 [Internet]. Chile, Santiago: Oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2018. Disponible en: <http://www.fao.org/3/CA2127ES/CA2127ES.pdf>
11. Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL). Seguridad alimentaria, nutrición y erradicación del hambre CELAC 2025 Elementos para el debate y la cooperación regionales [Internet]. Santiago, Chile:

CEPA; 2016. Disponible en:
<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/40348>

12. Picos S, Santisteban B, Cortez M, Morales A, Acosta M. Factores de riesgo en la aparición de anemia en lactantes de 6 meses. *Rev Cubana Pediatr.* 2015; 87(4):404–12. [Consultado el 16 octubre 2020]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v87n4/ped03415.pdf>
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2018 [internet]. Lima, Perú: INEI; 2019. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú. Lactancia y nutrición de niñas, niños y mujeres: Capítulo 10 [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2019. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/pdf/cap010.pdf
15. Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Salud/Centro Nacional de Alimentación y Nutrición 2018. Informe Gerencial Nacional: Estado Nutricional de Niños y Gestantes que acceden a Establecimientos de Salud, abril 2019 [En línea]. Lima, Perú [consultado 13 noviembre 2020]. Disponible en: https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/informes/informe_gerencial_anual_2018.pdf
16. Ministerio de Salud del Perú. Plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017-2021. [Internet]. Lima, Perú: documento técnico ed. No. 01–MINSA; 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>

17. Ministerio de Salud del Perú. Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño Menor de Cinco Años [En línea]. Lima, Perú: NTS N°137-MINSA/2017/DGIESP; 2017 [consultado 08 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/190581-537-2017-minsa>
18. Ministerio de Salud del Perú. Documento técnico: Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil [Internet]. 1ra ed. Lima, Perú: Editorial Súper Gráfica E.I.R.L.; 2013 [consultado 03 noviembre 2020]. Disponible en: <https://repositorio.ins.gob.pe/xmlui/handle/INS/227>
19. Cuadros-Mendoza, Vichido MA, Montijo E, Zárate F, Cadena JF, Cervantes, et al. Actualidades en alimentación complementaria. Acta Pediatr Mex. [Internet]. 2017 [consultado 20 octubre 2020]; 38(3):182-201. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v38n3/2395-8235-38-03-0182.pdf>
20. Organización Mundial de la Salud. Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición 2016-2025: 69.^a Asamblea Mundial de la Salud [internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 28 de mayo del 2016. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R8-sp.pdf?ua=1
21. Pender NJ. The Health Promotion Model [internet]. 5th ed. Estados Unidos; 2006. Available from: <http://teoriasenenfermeria.blogspot.com/2013/05/modelo-de-promocion-desalud-capitulo-21.html>
22. Jara EB, Reinoso MI. Evaluación de las prácticas de alimentación complementaria en los niños lactantes, usuarios de la Unidad Anidada del Hospital Moreno Vásquez, Gualaceo 2017 – 2018. [Tesis gde Licenciatura]. [Internet]. Ecuador: Universidad de Cuenca;2018 [consultado 25 de octubre 2020]. Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30091/1/Proyecto%20de%20Investigaci%c3%b3n.pdf>

23. Ajete SB, Jimenez SM. Estado de las practicas alimentarias de los menores de 2 años de la comunidad Artemiseña de San Cristóbal. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición [Internet]. 2017 [consultado 12 de noviembre 2020]; 27(1):112-130. Disponible en: <http://www.revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/345>
24. Moreno LR, Zelayandía MA, Alvarez PE. Nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que presentan las madres de niños menores de 1 año de edad que consultan a las unidades comunitarias de salud familiar Llano Los Patos, Las Tunas; Conchagua y Bobadilla; La Unión, El Salvador, Centro América. Año 2016. [Tesis de titulación]. [Internet]. El Salvador: Universidad de El Salvador; 2016 [Consultado 05 de noviembre 2020]. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/17142/>
25. Rojas-Guerrero N, Espinoza S. Prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquito. An Fac med. [Internet]. 2019 [Consultado 02 de noviembre 2020]; 80(2):157-162. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n2/a03v80n2.pdf>
26. Quispe CD, Riveros SZ. Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria en lactantes de 6 - 12 meses de edad, en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud San Cristobal, Huancavelica- 2019. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Huancavelica, Perú: Universidad Nacional de Huancavelica; 2019 [Consultado 15 de octubre 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2917>
27. Barzola M. Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses que acuden a un centro de salud en San Juan de Miraflores [Tesis de Licenciatura][Internet]. Lima: Universidad

Nacional de San Marcos;2019 [Consultado 09 de noviembre 2019].
Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/10269>

28. Rodríguez H, Bringas BJ. Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Trujillo, Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2019 [Consultado 03 de noviembre 2020]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/13208/1887.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Brito E. Prácticas de alimentación complementaria de las madres y anemia en lactantes de 6 a 11 meses. [Tesis de segunda especialidad] [Internet]. Lima, Perú: Universidad San Martín de Porras; 2019 [Consultado 07 de noviembre 2020]. Disponible en: <http://repositorio.usmp.edu.pe/browse?type=subject&value=Lactantes>
30. Zurita MK. Conocimiento y prácticas de las madres de niños sobre la alimentación complementaria de las de niños menores de 2 años sobre la alimentación complementaria, en el centro de salud, San Miguel [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017 [Consultado 08 de noviembre 2020]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6303/Zurita_em.pdf?sequence=1
31. León BR. Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud de Revolución, Juliaca – 2015. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Juliaca, Perú: Universidad Peruana Unión; 2016 [Consultado 10 de noviembre 2020]. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/459/Ruth_Tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. Ramírez MA. Nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses de edad atendidos

en el Centro de Salud de Morro Solar de Jaén, 2017. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Jaén, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2018 [Consultado 4 de noviembre 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2109>

33. Bunge M. Epistemología. 3ra ed. Barcelona, España: Editorial Ariel; 2002.
34. Adame G. Metodología Científica. México: Mc Graw Hill; 2006.
35. Rodas J. La Ciencia y Evaluación del Hombre. México: Séneca; 2007.
36. Asociación Española de Pediatría (AEP). Alimentación complementaria [Internet]. España: AEP; 2018 [Consultado 15 de noviembre 2020]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacion_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
37. Cerna CH. Investigación científica: métodos y técnicas. 1ra ed. Cajamarca, Perú; Publimas; 2018.
38. Ministerio de Salud. Lineamiento de gestión de la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable [interne] Lima: Ministerio de Salud; 2011 [Consultado 30 octubre 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1821.pdf>
39. Organización de las Naciones Unidas. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2011. Disponible en: <https://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin/es/>
40. Gómez LF. Los determinantes de la práctica educativa. Revista científica de América Latina, el Caribe, España y Portugal [Internet]. 2008 [Consultado el 28 octubre 2020]; (38): 29-39. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/373/37303804.pdf>

41. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Promover la salud en la escuela: ¿Cómo construir una escuela promotora de salud? [Internet]. Buenos Aires, Argentina 2018. Buenos Aires: OPS; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49146/OPSARG18031-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>
42. Romero E, Villalpando S, Pérez AB, Iracheta L, Alonso CG, López GE, et al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. Bol. Med Hosp Infant Mex. [Internet]. 2016 [Consultado 01 de noviembre 2020]; 73(5):338-356. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.06.007>
43. Municipalidad Provincial de Chota, Ubicación Geográfica [Internet]. Chota, Perú: Municipalidad provincial de Chota; 2020 [Consultado 02 de noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.munichota.gob.pe/index.php/municipalidad/ubicacion>
44. Hospital José Soto. Plataforma digital. [Internet]; 2020 [Consultado 03 de noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/hospital-jose-hernan-soto-cadenillas>.
45. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill; 2018.
46. Polit Denise F, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. 6ª ed. México: McGraw-Hill, 2000.
47. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú. En el Perú hay 8 millones 664 mil madres [internet]. Lima, Perú: INEI; 2021. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-hay-8-millones-664-mil-madres-12868/>
48. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú. Perú tiene una población de 9 millones 652 mil niñas, niños y adolescentes al primer

- semestre del presente año [internet]. Lima, Perú: INEI; 2019. Disponible en: <https://bit.ly/3sA6cml>
49. Izquierdo SY. Nivel de conocimiento y práctica de alimentación complementaria de madres de niños de 6 a 12 meses, Centro de Salud Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, 2018. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Lima: Universidad Privada César Vallejo; 2018 [consultado el 05 diciembre 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/17344>
 50. Sierra MF, Holguín C, Mera A, Delgado-Noguera M. Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria en Latinoamérica: revisión narrativa. Revista Facultad Ciencias de la Salud. 2017;19(2): 20-28. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6226402.pdf>
 51. Forero Y, Acevedo MJ, Hernández JA, Morales GE. La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes. Rev Chil Pediatr. 2018;89(5):612-620. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000500612
 52. Serra L. Nutrición y Salud Pública. 2da Ed. Ed. Elsevier. España; 2013.
 53. Espinoza EC, Silva SA. Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Playa Rímac Callao, 2020. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Callao: Universidad Nacional del Callo; 2018 [consultado el 05 diciembre 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5810>
 54. Ramos LM. Conocimiento y practica sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Materno Infantil Ancón. Lima; 2018. [Tesis de Segunda Especialidad] [Internet]. Callao: Universidad Nacional del Callo; 2018 [consultado el 05 diciembre 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/3364>

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Título de la investigación:

“Conocimientos y prácticas en alimentación complementaria de madres con niños de seis a 24 meses atendidos en el hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021”

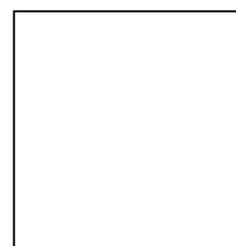
Objetivo de la investigación:

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria en madres de niños de seis a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.

Yo, identificado (a) con DNI N°, mediante la información dada por la Bachiller en Enfermería Liliana Yoberly Pérez Cabrera; acepto brindar la información solicitada por el investigador de manera personal, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Chota.....de..... del 2021.

Firma



Huella

Anexo 2

Instrumento de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA
Escuela Académico
Profesional de Enfermería**

*“Conocimientos y prácticas en
alimentación complementaria de
madres con niños de seis a 24 meses
atendidos en el hospital José Soto
Cadenillas, Chota 2021”*

INSTRUMENTO

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE MADRES CON NIÑOS DE 6 A 24 MESES (CCyPAC)

(Ramírez MA. 2018)

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario es anónima y será utilizando solo para cuestiones de investigación científica; en tal sentido se le ruega que sea sincera en cuanto a sus respuestas. Gracias por participar.

I. DATOS GENERALES

Edad de la madre:

- Menor de 18 ()
- De 18 – 25 ()
- De 26 – 30 ()
- De 30 a más ()

Edad del niño:

- 6 – 8 meses ()
- 9 – 11 meses ()
- 12 – 24 meses ()

Grado de instrucción de la madre:

- Ilustrada ()
- Primaria completa o incompleta ()
- Secundaria completa o incompleta ()
- Superior técnica o universitaria ()

Procedencia:

- Urbano ()
- Rural ()

II. CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

1. De quien recibió información sobre alimentación complementaria

- a) Del personal de salud ()
- b) De la familia ()
- c) De los amigos ()
- d) De la pareja ()

2. La alimentación complementaria en el niño consiste en la introducción de:

- a) Leche materna y calditos ()
- b) Leche materna e introducción de otros alimentos ()
- c) Leche materna y otro tipo de leches ()
- d) Alimentarlo únicamente con papillas y calditos ()

3. La edad en la que el niño debe iniciar el consumo de alimentos diferentes a la leche materna es:

- a) A los 4 meses ()
- b) A los 5 meses ()
- c) A los 6 meses ()
- d) A los 7 meses ()
- e) Al año ()

4. La cantidad de alimento que debe ingerir el niño al iniciar la alimentación complementaria es:

- a) 1 cucharada ()
- b) De 3 a 7 cucharadas ()
- c) De 10 cucharadas ()
- d) De 3 a 5 cucharadas ()
- e) Desconoce ()

5. La frecuencia que debe comer el niño al cumplir un año es:

- a) Según lo que pida ()
- b) Dos veces al día ()
- c) Tres veces más dos adicionales, además de lactancia materna ()
- d) Cuatro veces al día ()
- e) Cinco veces al día ()

6. La consistencia de los alimentos a los 8 meses de edad debe ser:

- a) Papillas o purés ()
- b) Purés, picados finos, alimentos triturados ()
- c) Alimentos picados ()
- d) De la olla familiar ()
- e) Desconoce ()

7. Los alimentos que ayudan a crecer más al niño son:

- a) Carnes, huevos, menestras y leche ()
- b) Frutas y grasas ()
- c) Frutas y verduras ()
- d) Cereales y frutas ()
- e) Desconoce ()

8. Los alimentos que dan más fuerza y/o energía al niño son:

- a) Frutas y grasas ()
- b) Verduras y leche ()
- c) Huevos y frutas ()
- d) Menestras y tubérculos (Papa, yuca y camote) ()
- e) Desconoce ()

9. Los alimentos que protegen de las enfermedades al niño son:

- a) Frutas y Grasas ()
- b) Verduras y Leche ()
- c) Carnes, Pescado, leche, huevo, frutas y verduras ()
- d) Frutas y verduras ()
- e) Desconoce ()

10. Los alimentos que contienen gran cantidad de hierro son:

- a) Grasas y verduras ()
- b) Frutas y verduras ()
- c) Leche y frutas ()
- d) Carnes, pescado, sangrecita, hígado, menestras y espinaca ()

11. El consumo de hierro es importante en el niño por qué:

- a) Previene baja talla ()
- b) Previene bajo peso ()
- c) Previene de anemia y enfermedades ()
- d) No es importante ()

12. Los alimentos que puede producir alergia al niño son:

- a) Carnes y menestras ()
- b) Pescado, leche, huevo y miel de abeja ()
- c) Frutas ()
- d) Ninguno ()

III. SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

1. ¿A qué edad comenzó a darle a su niño el primer alimento?

- a) A los 3 meses ()
- b) A los 5 meses ()
- c) A los 6 meses ()
- d) A los 9 meses ()

2. ¿Cuál fue el primer alimento que le dio a su niño?

- a) Frutas ()
- b) Papilla y puré ()
- c) Jugo de frutas ()
- d) Sopa ()

3. ¿Qué preparación prefiere Ud. dar a su niño?

- a) Caldos ()
- b) Sopas ()
- c) Segundos ()
- d) Mazamorras ()
- e) Otros ()

4. ¿Qué medidas higiénicas utiliza en la manipulación y preparación de alimentos?

- a) Lavado de manos ()
- b) Lava los alimentos que no serán cocidos con agua segura (hervida o clorada) ()
- c) Utiliza utensilios limpios para preparar y servir los alimentos ()
- d) Mantiene los animales fuera del hogar ()
- e) Todos ()
- f) Ninguno ()

5. ¿Cómo conserva usted los alimentos en casa?

- a) Refrigerados o en recipientes tapado ()
- b) En cualquier sitio ()
- c) No es importante ()

6. ¿Su niño tiene sus propios utensilios para alimentarse (plato, cuchara y taza)?

- a) Si ()
- b) No ()

7. ¿Cuándo el niño está enfermo como le ofrece usted los alimentos?

- a) Ofrece pequeñas cantidades de alimentos más veces al día ()
- b) Incrementa ingesta de líquidos y lactancia materna ()
- c) Brinda variedad de comidas, atractivas y que le agraden al niño ()
- d) Todas las anteriores ()
- e) El niño no come ()

8. Para la alimentación o dar de comer a su niño usted lo hace:

- a) Con amor, paciencia, voz suave ()
- b) Apurada porque trabajo ()
- c) Gritando porque se demora ()
- d) Alzando la voz porque no me hace caso ()
- e) Todos ()

9. ¿Para que su niño coma sus alimentos usted utiliza?

- a) Juguetes ()
- b) Ambiente tranquilo, agradable sin distracciones ()
- c) Música ()
- d) Televisor encendido ()

10. ¿El lugar donde usted alimenta su niño es?

- a) En la cocina ()
- b) En la cama ()
- c) En el comedor con toda la familia ()
- d) En el cuarto ()

Anexo 3
Matriz de consistencia

Título	Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Técnica e instrumento
<p>Conocimientos y prácticas en alimentación complementaria de madres con niños de seis a 24 meses atendidos en el hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021</p>	<p>¿Cuál es la relación entre nivel de conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria en madres de niños de seis a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021?</p>	<p>Determinar la relación que existe entre en nivel de conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria en madres de niños de seis a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.</p>	<p>La relación entre en nivel de conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria de madres con niños de seis a 24 meses de edad atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota 2021, es significativa.</p>	<p>- Técnica: la entrevista - Instrumento: cuestionario</p>