

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**E.A.P. DE ENFERMERÍA**

**Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a  
12 meses sobre alimentación complementaria en el  
Centro de Salud "Nueva Esperanza", 2011**

**TESIS :**

**para optar por el Título Profesional de Licenciada de Enfermería**

**AUTOR :**

**Deny Amelia Galindo Bazalar**

**ASESOR :**

**Juana Elena Durand Barreto**

**Lima – Perú**

**2012**

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS DE  
6 A 12 MESES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

**EN EL CENTRO DE SALUD**

**“NUEVA ESPERANZA”**

**2011**

Dedico este trabajo a mi madre Amelia por ser la persona más maravillosa del mundo, que da todo por el todo, para ver feliz a su familia.

A mi padre, a mi tía Belinda, a mis hermanos y toda mi familia Bazalar Laos por apoyarme en todo momento y demostrarme que somos una familia sólida.

A mi angelito lindo, Salisha, que cuida de mí desde el cielo y me dio la felicidad más grande que pude sentir.

A la Lic. Juana Durand Barreto, por su asesoramiento, dedicación y comprensión para la realización del presente estudio.

Al centro de salud "Nueva Esperanza" y a la Dra. Jesús por las facilidades brindadas y a las Lic. Rosario y Rosa, por su tiempo y apoyo.

A mis amigas Sandra, Milagros, Geral, Milagritos y DAMASGJ por su amistad incondicional y estar conmigo en las buenas, en las malas y en las peores.

## INDICE

	<b>Pág.</b>
Indice de gráficos	
Resumen	
Presentación	1

### **CAPITULO I. INTRODUCCIÓN**

A. Planteamiento, delimitación y origen del problema	3
B. Formulación del problema	5
C. Justificación	6
D. Objetivos	6
E. Propósito	7
F. Marco teórico	7
F.1. Antecedentes del estudio	7
F.2. Base teórica	13
F.2.1 Generalidades sobre alimentación complementaria	13
F.2.2 Características de la alimentación complementaria	17
F.2.3 Riesgos de una alimentación complementaria a destiempo	20
F.2.4 Buenas prácticas de higiene en la manipulación de alimentos	24
F.2.5 Interacción en la alimentación	25
F.2.6 Aspectos generales del conocimiento	29
F.2.7 Aspectos conceptuales de prácticas	30
F.2.8 La enfermera en la salud del niño	31
G. Definición operacional de términos	33

### **CAPITULO II. MATERIAL Y MÉTODO**

A. Tipo, nivel y método	34
-------------------------	----

B. Área de estudio	34
C. Población y muestra	35
D. Técnica e instrumento de recojo de datos	35
E. Proceso de recolección, procesamiento y presentación de datos.	36
F. Análisis e interpretación de datos	37
G. Consideraciones éticas	37

### **CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

A. Resultados	38
A.1 Datos generales	38
A.2 Datos específicos	38
B. Discusión	43

### **CAPITULOS IV. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

A. Conclusiones	47
B. Recomendaciones	47
C. Limitaciones	48

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	49
-----------------------------------	----

<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	52
---------------------	----

<b>ANEXOS</b>	53
---------------	----

## INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria. Centro de salud "Nueva Esperanza".	37
2	Conocimientos de las madres sobre alimentación en complementaria según indicadores Centro de salud "Nueva Esperanza".	38
3	Prácticas que tienen las madres en la alimentación complementaria. Centro de salud "Nueva Esperanza".	39
4	Prácticas que tienen las madres en la alimentación complementaria según indicadores. Centro de salud "Nueva Esperanza".	40

## RESUMEN

**Autor** : Deny Amelia Galindo Bazalar

**Asesor** : Lic. Juana Elena Durand Barreto

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

**Palabras claves:** Alimentación complementaria, conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria, prácticas en la alimentación complementaria, lactante.



## SUMMARY

**Author :** Deny Amelia Galindo Bazalar

**Adviser :** Lic. Juana Elena Durand Barreto

**Objective:** Was to identify the knowledge and practices of mothers of children 6 to 12 months for complementary feeding. **Materials and methods:** The study was level application, quantitative, simple descriptive method of cross section. The sample consisted of mothers. The technique was the interview and the instrument, the questionnaire, applied prior informed consent. **Results:** 100% (40), 55% (22) of mothers surveyed have know ledge on complementary feeding, 45% (18) do not know. As regards the practical 61% (25) have practices appropriate, while 39% (15) have inadequate practices. **Conclusions:** Most mothers who cometo New Hope Health Center knows and complementary feeding practices.

**Keywords:** Complementary feeding, knowledge of mothers on complementary feeding, complementary feeding practices, infant.

## **PRESENTACIÓN**

La desnutrición, especialmente en la infancia, es un obstáculo que impide que los individuos, e incluso las sociedades, desarrollen todo su potencial. Los niños y niñas desnutridos tienen menos resistencia a las infecciones y más probabilidades de morir a causa de dolencias comunes en la infancia, como las enfermedades diarreicas y las infecciones de las vías respiratorias.

De acuerdo a los Lineamientos de Nutrición Materno –Infantil a partir de los 6 meses de edad el niño debe iniciar la alimentación complementaria, porque es cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica.

El estado nutricional que presenta el niño está relacionada con los conocimientos y prácticas que la madre o las personas encargadas de la alimentación tengan, lo cual se vincula con los hábitos y costumbres que tienen sobre la administración de los alimentos como la frecuencia, la consistencia, la cantidad y la inclusión oportuna de los alimentos según la edad.

Si los niños reciben una alimentación adecuada, se logra cubrir sus requerimientos calóricoproteicos, evitar alteraciones nutricionales por defecto o por exceso y trastornos en su crecimiento desarrollo.

El presente estudio titulado “Conocimientos y Prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud “Nueva Esperanza - 2011”, tuvo como objetivo determinar los conocimientos de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud “Nueva

Esperanza – 2011 y determinar las prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud “Nueva Esperanza – 2011. Con el propósito de brindar información actualizada al personal de enfermería que labora en el componente de CRED, para promover y/o diseñar actividades educativas destinadas a incrementar los conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en las madres con el fin de disminuir el riesgo de adquirir enfermedades carenciales y desnutrición.

El estudio consta de Capítulo I. Introducción, que contiene el planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedentes del estudio, marco teórico y definición operacional de términos. Capítulo II. Material y Muestra, se expone el tipo, nivel, y método, área de estudio, población y muestra, técnica e instrumento, proceso de recolección, procesamiento y presentación de datos, proceso de análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III. Resultados y discusión. Capítulo IV: Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA**

De los 150 países reportados por UNICEF en su informe sobre “Estado Mundial de la Infancia” en 1997, el Perú según la tasa de mortalidad en menores de cinco años (TMM5) ocupa el lugar 65 y entre los países de América del Sur, el tercer lugar. (1)

En nuestro país las principales causas de mortalidad y morbilidad en menores de 1 años, para el periodo 2001-2005 son las infecciones respiratorias agudas, septicemias y en tercer lugar deficiente nutrición y anemia. (2)

La desnutrición debilita el sistema inmunológico e incrementa los riesgos a enfermar, siendo la causa del 50% de las muertes de los niños menores de 5 años a nivel mundial. La desnutrición crónica se produce fundamentalmente entre los 6 y 24 meses de edad; es decir los niños están protegidos hasta los seis meses por la lactancia materna. (3)

La prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el Perú ha disminuido de un 31% en el año 2007 al 23.2% en el año 2010 y en Lima de un 11.4% a un 8.9% según INEI-ENDES. (4)

De los indicadores de desnutrición para los niños menores de 5 años de edad, se tiene que de una muestra poblacional de 395 lactantes entre 6 a 8 meses, 17.3% tienen desnutrición crónica; 0.9%, desnutrición aguda y 4.2%, desnutrición global; así mismo de una muestra de 447 niños entre 9 a 11 meses tienen 18%, 1%, 3.7% en desnutrición crónica, aguda y global, respectivamente. (5)

La reducción de la desnutrición a nivel nacional se ha convertido en el principal objetivo en salud del Gobierno Central. Este objetivo plantea disminuir las cifras de desnutrición en cinco puntos. Un último estudio señala que la cifra de niños desnutridos entre 0 y 5 años bordea el 25.6%, número que se llega a su máxima expresión en departamentos como Huanuco (46%), Huancavelica (43%), Cusco (41%) y Puno (35%). (6)

La prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 8 meses y de 9 a 11 meses es de 69.3% y 72% respectivamente. (ENDES continua 2010, patrón OMS). (7)

En el 2004 el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) del Instituto Nacional de Salud ha elaborado la Norma Técnica: “Lineamientos de Nutrición Infantil” cuya finalidad es desarrollar las actividades educativas al cambio del comportamiento alimentario y nutricional del niño y la niña menor de 24 meses para contribuir con la recuperación y mantenimiento de su adecuado estado nutricional. (8)

Por tal motivo la alimentación complementaria se inicia a partir de los 6 meses de edad cuando el niño ha alcanzado un adecuado

desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica y necesita cubrir requerimientos nutricionales. (9)  
En el estudio realizado por Cárdenas Castillo, Catherine (2007) concluyó que el 70% de las madres presentaban una actitud negativa con respecto a la ablactancia. (10)

Es en estas circunstancias que las enfermeras cumplen una función importante de tipo preventivo promocional en el componente de crecimiento y desarrollo del Paquete de Atención Integral de Salud del Niño, ya que brinda una atención integral, asistiendo y educando a la madre sobre la alimentación del niño para que este alcance estándares promedios de peso y talla.

“Durante las prácticas en el consultorio del componente de Crecimiento y Desarrollo en el centro de salud “Nueva Esperanza” que pertenece a la Micro Red José Gálvez – Nueva Esperanza, del distrito de Villa María del Triunfo al interactuar con las madres manifestaron que iniciaron la alimentación complementaria de sus hijos antes de los 6 meses, no sabían que alimentos darles, si el alimento era bueno o no. Así mismo, el promedio mensual en el presente año de lactantes que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo CRED es 300, de los cuales 120 ya iniciaron la alimentación complementaria”.

## **B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

De lo expuesto anteriormente se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud “Nueva Esperanza” 2011?

### **C. JUSTIFICACIÓN**

La alimentación y nutrición en los niños de 6 a 12 meses es importante, ya que en esta etapa desarrollan en un 85% su cerebro, lo cual está relacionado a la capacidad de asimilar conocimientos, interactuar con su entorno, su capacidad motora y de adaptación a nuevos ambientes y personas, así mismo necesitan el aporte de otros micronutrientes que la leche materna no les otorga en la cantidad necesaria según los requerimientos nutricionales.

Una adecuada alimentación complementaria va a depender en primera instancia de la madre, si esta no tiene los conocimientos necesarios, se podría originar serias repercusiones en el niño, alguna de las cuales son la desnutrición crónica y el retardo en el crecimiento.

Debido a esto se considera trascendental que el personal de enfermería que labora en el componente de CRED debe orientar a las madres sobre la alimentación complementaria a fin de incrementar los conocimientos y fortalecer las prácticas adecuadas, para así prevenir complicaciones derivadas de la desnutrición en el niño.

### **D. OBJETIVOS**

#### **Objetivos generales:**

- Determinar los conocimientos que tienen las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el centro de salud “Nueva Esperanza” 2011.

- Determinar las prácticas que tienen las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el centro de salud “Nueva Esperanza” 2011.

#### **Objetivos específicos:**

- Identificar los conocimientos de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria según indicadores en el centro de salud “Nueva Esperanza” 2011.
- Identificar las prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria según indicadores en el centro de salud “Nueva Esperanza” 2011.

#### **E. PROPÓSITO**

Los resultados del estudio permitirán brindar información actualizada al personal de enfermería que labora en el componente de CRED del Centro de Salud “Nueva Esperanza” a fin de promover y diseñar actividades educativas destinadas a incrementar los conocimientos y prácticas sobre a alimentación complementaria en las madres orientada a disminuir el riesgo a adquirir enfermedades carenciales y desnutrición.

#### **F. MARCO TEORICO**

##### **F.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

A continuación se presenta estudios relacionados con el presente estudio. Así tenemos que:



Cárdenas Castillo, Catherine Jannina, en Lima – Perú, el 2004, realizó un estudio sobre “Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas Santa Anita. 2004”, el cual tuvo como objetivo determinar la actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. El método fue el descriptivo transversal, la población estuvo constituida por 58 madres; el instrumento fue un formulario tipo escala de Lickert y la ficha de evaluación nutricional del lactante. Los resultados encontrados entre otros, fueron:

*“El 70 % (de un total de 58) de las madres tienen actitudes de indiferencia hacia el inicio de la alimentación complementaria, la consistencia de los alimentos, tipos de alimentos, finalización de lactancia materna exclusiva, frecuencia de la alimentación y tiempo especial para alimentar a sus hijos. El 100 % de las madres tienen una actitud de aceptación hacia la higiene de los alimentos. El 56.9% de las madres presentan actitudes con dirección negativa hacia la alimentación complementaria de sus hijos”. El 57 % de los lactantes evaluados tienen un peso normal de acuerdo a su talla y 43% tienen alteraciones nutricionales como obesidad, sobre peso, bajo peso, desnutrición, entre otras). (10)*

Jiménez Huamaní, Cesar en Lima – Perú, el 2008, realizó una investigación titulada “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza, 2008”, cuyo objetivo fue determinar el inicio de la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Fortaleza. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte

transversal. La población estuvo conformada por 240 madres y la muestra se obtuvo mediante el muestreo por conveniencia en un total de 45 madres y 45 lactantes. La técnica que se utilizó fue la entrevista encuesta y los instrumentos, un cuestionario semi estructurado y una lista de chequeo. Las conclusiones a las que llegó, entre otras fueron:

*“La mayoría de los lactantes del centro de salud “Fortaleza” inicio la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad. Un menor porcentaje inicio la alimentación complementaria antes de los 6 meses o después de los 7 meses de edad. Los lactantes que iniciaron la alimentación complementaria tardía (después de los 7 meses), tienen mayor índice de Desnutrición de Iº, que los lactantes que iniciaron un alimentación precoz (antes de los 6 meses) y normal (6 meses)”. (11)*

Barba Torres, Horacio en Lima – Perú, el 2008, realizó un estudio sobre “Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza 2008”; cuyo objetivo fue determinar las características de la alimentación que recibe el niño de seis meses a un año con déficit en la curva ponderal. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo. La población estuvo conformada por 220 niños, la muestra fue seleccionada mediante el muestreo aleatorio simple, siendo un total de 67 niños. La técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. Las conclusiones a las que llegó, entre otras fueron:

*“Las características de la alimentación son adecuadas para la mayoría de niños de 6 meses a 1 año, teniendo como condiciones*

*favorables la cantidad de la alimentación y las prácticas de higiene que realiza la madre o cuidadora durante la alimentación del niño. Los que se encuentran en condición inadecuada son la frecuencia, consistencia y la interacción de la madre o cuidadora en el momento de la alimentación con el niño”. (12)*

Benites Castañeda, Jenny, en Lima – Perú, el 2007, realizó un estudio titulado “Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja, enero 2007”; cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de sus niños de 6 a 12 meses que asisten al consultorio de CRED en el Centro de Salud Conde la Vega Baja. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 50 madres, la técnica fue la entrevista, y el instrumento un cuestionario. Las conclusiones a las que llegó, entre otras fueron:

*“El nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria mayoritariamente fluctúa entre medio y alto, siendo el nivel bajo el de menor porcentaje”. (13)*

Gómez Laureano, Betty y Montaña Zabala, Maricela, en Lima – Perú, el 2006, realizaron un estudio sobre “Nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para prevenir anemias en lactantes internados en el Hospital Essalud A. D .U y P, San Juan de Lurigancho”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para la prevención

de anemia en lactantes internados. El estudio fue de tipo cuantitativa, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 65 madres, la técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario. Las conclusiones a las que llegó la investigación fueron:

*“El nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para prevenir la anemia es: regular cuando ellas tienen más de 31 años de edad; alto, en madres con grado de instrucción superior”.*  
(14)

Castro Laura, Sandra, en Lima – Perú, el 2003, realizó un estudio titulado “Conocimientos y prácticas que tienen las madres de los niños de 6 meses a 2 años sobre el inicio de la ablactancia en el consultorio de CRED del HNGDM”. El objetivo fue determinar los conocimientos y prácticas que tienen las madres de los niños de 6 meses a 2 años sobre el inicio de la ablactancia en el consultorio de CRED del HNGDM. El método fue descriptivo-transversal. La población fue de 874 madres de niños de 6 meses a 2 años que asisten al consultorio de CRED del modulo madre-niño del HNGDM. La muestra fue obtenida mediante el muestreo aleatorio simple conformada por 141 madres. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario. Entre sus conclusiones tenemos:

*“El mayor porcentaje de madres tiene conocimientos sobre el inicio de la ablactancia. La mayoría de las madres realizan prácticas adecuadas sobre el inicio de la ablactancia”.* (15)

Mamani Limache, Ruth Ester, en Lima – Perú, el 2008, realizó la investigación titulada “Efectividad del programa educativo “niño sano y

bien nutrido” para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas en seguridad nutricional aplicado a madres con niños menores de 1 año del centro de salud Moyopampa, Chosica-Lima”, cuyo objetivo fue *determinar la efectividad del programa educativo respecto a conocimientos, actitudes y prácticas en seguridad nutricional aplicado a madres con niños menores de 1 año. Se aplicó el modelo de planeación y programación PROCEDE/PRECEDE, usado en programas de promoción y educación en salud, que contempla 5 diagnósticos: social, epidemiológico, ambiental y de conductas educacionales, organizacional administrativa y de pólizas. El método fue cuasi experimental con dos grupos; conformado por 22 madres.* Entre sus conclusiones tenemos:

*“El grupo experimental logró incrementar su nivel de conocimiento en comparación al grupo control. En cuanto al nivel de actitud el grupo experimental presentó un promedio de 4.9 a 8.3, respecto al grupo control disminuyendo de 5.8 a 0.7, ( $P < 0.05$ )”. (16)*

Sáenz-Lozada, Maria L. y Camacho-Lindo, Ángela E; en Colombia, el 2007, realizaron un estudio sobre “Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá”, Sus Objetivo fueron; identificar las características de las prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria y las causas más comunes del cese del amamantamiento en la población que asiste al Jardín Infantil de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. El método fue descriptivo, tipo cualitativo y cuantitativo. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Entre sus conclusiones tenemos:

*“El 98 % de los niños recibió leche materna y en la mayoría de casos, 75% se reconocieron los beneficios de esta tanto para la madre como*

*para el niño. Solo el 21 % finalizó la lactancia antes de los 6 meses, edad mínima recomendada por la OMS. El 40 % de las madres mantienen la lactancia a los 12 meses".*  
(17)

Por los antecedentes expuestos podemos evidenciar que existen algunos estudios relacionados al tema, cuyos resultados permitieron tener y una visión más amplia para valorar lo imprescindible que es la alimentación complementaria en el desarrollo del niño, por lo cual se considera importante realizar el presente estudio a fin de que permita formular estrategias orientadas a promover en las madres la adopción de una cultura preventiva e incrementar los conocimientos y practicas sobre la alimentación complementaria a fin de contribuir en la calidad de vida del niño disminuyendo el riesgo a enfermedades carenciales.

## **F.2. BASE TEÓRICA**

### **GENERALIDADES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente, se dice que es aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin estimularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de seis meses de edad.

El momento oportuno para introducir alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica. De modo que con la nutrición los niños pueden mantener

un peso normal y evite contraer al mismo tiempo un déficit en vitaminas y minerales, sin manifestación clínica. Por ello, es importante que la introducción de otros alimentos aporten aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad.

## **FISIOLOGÍA DEL NIÑO MAYOR DE 6 MESES**

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

- **Maduración digestiva:** la función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente).
- **Maduración renal:** a los 6 meses la filtración glomerular es del 60-80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitadas entre los 6 y los 12 meses.
- **Desarrollo psicomotor:** hacia los 5 meses el bebé empieza a llevarse objetos a la boca; a los 6 meses el lactante inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los 8 meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más

espesos; hacia los 10 meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos.

- **Maduración inmune:** la introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de gran influencia sobre el patrón de inmunorespuesta, y los factores específicos tolerogénicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas.

## **REQUISITOS DE UNA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA**

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

- **Oportuno**, es decir, se deben introducir cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural exclusiva y frecuente.
- **Adecuado**, es decir, deben proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento.
- **Inocuo**, es decir, se deben preparar y almacenar de forma higiénica y hay que darlos con las manos limpias, utilizando utensilios limpios, y no biberones y tetinas.
- **Darse de forma adecuada**, es decir, se deben dar atendiendo a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las



comidas y el método de alimentación (alentar activamente al niño a que, incluso cuando está enfermo, consuma alimentos suficientes utilizando los dedos, una cuchara o alimentándose por sí mismo) deben ser adecuados para su edad.

## **DEFINICION DE ALIMENTO COMPLEMENTARIO**

Es cualquier nutriente líquido o sólido que se proporciona al niño pequeño al mismo tiempo que la lactancia materna.

## **TIPOS DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS**

- **Alimentos transicionales:** Son los que están preparados expresamente para cubrir las necesidades nutricionales específicas del niño pequeño.
- **Alimentos familiares:** Son los mismos alimentos que conforman parte de la dieta de la familia.

## **ETAPAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

- **Inicial:** Donde los nuevos alimentos deben comportarse como complemento del régimen lácteo, ya que el mayor aporte de energía y nutrientes proviene de la leche.
- **Intermedia:** Llamada también de mantenimiento; donde los alimentos progresivamente se convierten en suplementos de alimentación láctea, pasando la leche de ser complementos de nuevos alimentos.
- **Final:** Que consiste en el empalme con la alimentación habitual del hogar o la familia.

## **CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN EN EL LACTANTE DE 06 A 12 MESES.**

- **CANTIDAD**

El número apropiado de comidas que se ofrece a un niño durante el día depende de la densidad energética de los alimentos que se usen localmente y de las cantidades consumidas en cada comida. La cantidad diaria de comida ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30g/kg de peso corporal y una densidad energética de mínima de 0.8kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada son bajas o si a la niña se le suspende la lactancia materna, requerirá un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

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

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

entre comidas adicionales, además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

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

- **FRECUENCIA**

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

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

Alrededor del sexto mes de edad el niño expresa su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia adelante. Contrariamente, cuando ya se encuentre satisfecho, demuestra su desinterés por el alimento echándose hacia atrás y volteando la cabeza hacia un lado.

A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas (1/4 taza) de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará de 3 a 5 cucharadas (1/2 taza) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará de 5 a 7 cucharadas (3/4 taza) tres veces

al día, más una entre comida adicional; y finalmente; entre los 12 y 24 meses de 7 a 10 cucharadas (1 taza), tres veces al día, más dos comidas adicionales.

Los lactantes aumentan gradualmente su aceptación a los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que aceptan.

- **CONSISTENCIA Y TEXTURA**

La maduración neuromuscular del lactante no le permite pasar directamente del pecho a los alimentos de la mesa familiar. Por ello son necesarios alimentos de transición, especialmente adaptados para esta primera etapa, hasta que, aproximadamente al año, el niño es capaz de alimentarse en la mesa familiar, con alimentos de consistencia no muy dura. Por esto se aconseja aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos a medida que el niño crece, adaptándose a los requerimientos y habilidades motoras esenciales como el masticado y el contacto con nuevos sabores.

El avance del proceso de alimentación está asociado al desarrollo general del niño, al desarrollo de los maxilares y a la evolución de la dentición. Alrededor del sexto mes los músculos y nervios de la boca se desarrollan suficientemente para masticar, los niños a esta edad controlan mejor la lengua y pueden mover mejor la mandíbula hacia arriba y hacia abajo. Todo ello les da la madurez para recibir alimentos de consistencia más densa.

Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, gaseosas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio

las preparaciones espesas como purés y mazamoras, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las nutricionales del niño. Las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas (menestras), alimentos de origen animal como tubérculos, verduras, lácteos (derivados) y frutas.

A los seis meses, se iniciara con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamoras o purés; entre los 7 y 8 meses se tendrá hacia los alimentos triturados bajo las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirá los alimentos picados; y finalmente; entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.

## **RIESGOS DE UNA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA INADECUADA**

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

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

- Disminución de la ingestión de leche materna y desplazamiento de la alimentación al pecho por alimentos menos nutritivos que aún no requiere el lactante, lo cual puede ocasionar desnutrición.
- Disminución de producción de leche materna en la madre.

- Deficiente digestión y absorción de nutrientes y diarrea.
- "Alimentación forzada" debido a que el lactante, por su inmadurez neuromuscular, es incapaz de demostrar saciedad, llevando a la obesidad. (Sobrealimentación).
- Alergias alimentarias y diabetes mellitus insulina - dependiente (Tipo 1) en lactantes susceptibles.
- Inmadurez neuromuscular: conllevando a problemas de deglución, aspiración con tos y ahogamiento.
- Deshidratación.
- Mayor riesgo de caries dental.
- A largo plazo hábitos alimentarios indeseables.
- Contaminación de los alimentos complementarios, que aumenta el riesgo de diarrea y otras enfermedades infecciosas.

- **Riesgos de un inicio tardío de la alimentación complementario (Después de los 6 meses):**

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

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

## **INCORPORACIÓN DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO EN LA DIETA DEL NIÑO:**

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

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

### **Clasificación:**

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

### **Alimentos que favorecen la absorción:**

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

### **Reducen la absorción:**

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



## **BUENAS PRÁCTICAS DE HIGIENE EN LA MANIPULACION DE ALIMENTOS PARA EVITAR INFECCIONES:**

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

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

## INTERACCION EN LA ALIMENTACION

Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no solo de que alimentos se le ofrece al niño en sus comidas (que dar de comer), sino también es importante la manera de cómo, cuando, donde y quien da de comer a un niño.

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

- Un “estilo controlador”, donde la madre o cuidadora decide cuando y como come el niño puede llegar a que los niños no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño en riesgo de sobrepeso.
- Un estilo “dejar hacer” o “liberal”, donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños menores de un año, salvo que el niño este enfermo o que no coma. Este estilo es frecuente en nuestra población.
- Un estilo “interactivo” incluye comportamientos que permiten una óptima inter-relación madre o cuidadora- niño.

Se aplican los principios de cuidado psico-social:

- Hablar con los niños durante las comidas, con contacto ojo a ojo, reconociendo que los momentos de comer son espacios de aprendizaje y amor.

- Alimentarlos despacio y con paciencia y animar a los niños a comer pero sin forzarlos.
- Dar de comer directamente a los niños pequeños y ayudar físicamente a los niños mayores cuando se alimentan solos, estando atentos y respondiendo sus señales de apetito y saciedad.
- Cuando los niños no quieren comer, experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer.

## **ROL DE LOS PADRES EN LA CRIANZA DEL NIÑO**

El ser padres responde a ser responsables prioritariamente de la nutrición, educación, afecto, estimulación y desarrollo del niño, por lo mismo el cuidar a los niños es una ardua responsabilidad lo cual ha repercutido frecuentemente en el rol de las mujeres y más aun si se trata de una madre sola.

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

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

El cuidado que debe brindar la madre debe ser afectivo ya que es importante no sólo para la supervivencia del niño sino también para su óptimo desarrollo físico, mental, y para una buena adaptación, contribuyendo al bienestar general y felicidad del niño, que en otras palabras es una buena calidad de vida.

La madre que realiza el cuidado de su niño debe contar con una buena salud física, emocional y social. No debe mostrarse ante él con preocupaciones, irritabilidad, o tristeza. Debe presentarse ante él con alegría y cariño. Debe brindarle seguridad, protección al niño, pero a la vez estimulando la autonomía del niño.

Las madres deben ser siempre precavidas, proteger a su niño de cualquier peligro y estar siempre alertas.

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

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

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

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

Para cumplir todo ello la madre debe de conocer y ser educada por el personal de enfermería sobre las “Prácticas Familiares claves

para el crecimiento y desarrollo infantil saludable” propuestas por el AIEPI, en esta se establecen 16 claves de las cuales cuatro están relacionadas con el crecimiento del niño.

## **ASPECTOS GENERALES DEL CONOCIMIENTO**

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

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

## **NIVELES DEL CONOCIMIENTO.**

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles, sensible, conceptual y holístico.

- *El conocimiento sensible* consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano. Los animales han desarrollado poderosamente el olfato y el tacto.

- *El conocimiento conceptual*, que consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento sensible es singular y el conceptual universal.
- *El conocimiento holístico* (también llamado intuitivo, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra intuición se ha utilizado hasta para hablar de premoniciones y corazonadas). Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición.

### **ASPECTOS CONCEPTUALES DE “PRÁCTICAS”**

- Realización de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas.
- Habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad.
- Aplicación de una idea, teoría o doctrina.
- Uso continuado o habitual que se hace de una cosa.
- Ejercicio o prueba que se hace bajo la dirección de un profesor para conseguir habilidad o experiencia en una profesión o trabajo.

## **LA ENFERMERA EN LA SALUD DEL NIÑO**

El personal de enfermería interviene en cada aspecto del crecimiento y desarrollo del niño.

Las funciones de la enfermera varían de acuerdo con las normas laborales, de casa, con la educación y experiencia individual, la principal preocupación de cualquier enfermera debe ser siempre el bienestar de los niños y su familia.

Aunque la enfermera es responsable de sí misma, su principal responsabilidad son los receptores de sus servicios: el niño y la familia. Por lo que el profesional de enfermería debe trabajar con los miembros de la familia identificando sus objetivos y necesidades; y planificar las intervenciones del mejor modo posible para resolver los problemas definidos.

Como defensora del consumidor, la enfermera debe de tratar de asegurar que las familias conozcan todos los servicios sanitarios disponibles, debe de informarles de manera adecuada sobre los tratamientos y operaciones y lograr que participen en la atención del niño cuando sea posible, animándoles a cambiar o apoyar prácticas de atención existentes.

La declaración de derechos del niño de las Naciones Unidas proporciona pautas para el ejercicio de la enfermería de forma que se asegure a cada niño una atención óptima.



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

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

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

## **G. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS**

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

**PRÁCTICAS:** Es la respuesta expresada por la madre sobre todas aquellas actividades que realiza en la alimentación complementaria en torno a las medidas higiénicas en la manipulación y preparación de alimentos y la interacción en el momento de la alimentación del niño a partir de los seis hasta los 12 meses de edad.

**LACTANTE:** Son todos aquellos niños de ambos sexos de 6 a 12 meses, que son atendidos en el componente de CRED en el Centro de Salud “Nueva Esperanza”.

**MADRE:** Es la persona de sexo femenino encargada del cuidado del niño de 06 a 12 meses que asiste al componente de CRED en el Centro de Salud “Nueva Esperanza”.

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

## **CAPÍTULO II**

### **MATERIAL Y MÉTODO**

#### **A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO**

El estudio fue de tipo cuantitativo debido a que los datos obtenidos son susceptibles de ser medidos, nivel aplicativo pues nos va a permitir reorientar y/o modificar la realidad existente, método descriptivo simple de corte transversal ya que permite mostrar la información obtenida tal y como se encuentra en la realidad en un espacio y tiempo determinado.

#### **B. AREA DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el Consultorio del componente de Crecimiento y Desarrollo de Niño Sano en el Centro de Salud “Nueva Esperanza”, establecimiento de salud que pertenece a la Microred José Galvez - Nueva Esperanza, que a su vez es parte de la Red San Juan De Miraflores - Villa María Del Triunfo y que pertenece a la DISA II Lima – Sur.

El establecimiento de Salud cuenta con los servicios de Medicina General, Gineco-Obstetricia, Dental, Programa contra la tuberculosis; el área niño tiene dos servicios; el de Crecimiento y Desarrollo y Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones; tópico y farmacia. El Centro de Salud posee un equipo multidisciplinario conformado por médico (3), licenciada de enfermería (3), Obstetra (3), Odontólogo (2), Técnicas de enfermería (8), Técnica de Farmacia (1) y Técnico administrativo (2).

El consultorio de crecimiento y desarrollo es un servicio en el que asisten las madres con sus niños menores de 5 años para el diagnóstico nutricional y el control del desarrollo psicomotor, además de la consejería respecto al cuidado del niño menor de 5 años, el horario de atención de este servicio es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 2.00 p.m.

### **C. POBLACIÓN Y MUESTRA.**

La población estuvo conformada por todas las madres con lactantes de 6 a 12 meses de edad que acuden al control de crecimiento y desarrollo del niño. Para determinar la muestra poblacional se efectuó la fórmula estadística del tamaño de muestra para población finita en la cual se calculó 40 madres (Anexo F).

- **Los criterios de inclusión fueron:**

- **Madres:**

- De niños de 6 a 12 meses de edad.
- Que por lo menos hallan tenido una atención en CRED
- Que hablen castellano.
- Que aceptan participar en el estudio.

- **Los criterios de exclusión fueron:**

- **Madres:**

- Que por primera vez ingresan a CRED.
- Con limitaciones para comunicarse (sordo, mudo o quechuablante).
- Madres que no acepten participar en el estudio.

## **D. TÉCNICA E INSTRUMENTO**

La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento el cuestionario (Anexo B), el mismo que consta de presentación, datos generales, instrucciones y datos específicos, el cual fue sometido a juicio de expertos, procesándose la información en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial (Anexo C). Luego se realizaron las correcciones del instrumento de acuerdo a las sugerencias de los expertos, se llevó a cabo la prueba piloto a fin de determinar la validez estadística mediante la prueba ítem test correlación de Pearson (Anexo D) y la confiabilidad estadística a través de la prueba kuder de Richarson (Anexo E).

## **E. PROCESO DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.**

Se realizaron los trámites administrativos a través de un oficio dirigido al médico jefe del Centro de Salud. Posteriormente se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes con la enfermera encargada del consultorio de Crecimiento y Desarrollo del niño en la que se estableció el cronograma de recolección de datos, considerando para la aplicación del instrumento de 10 a 15 minutos previo consentimiento informado.

Luego de recolectar los datos, éstos fueron procesados previa elaboración de la tabla de códigos (Anexo H) y la tabla matriz de datos (Anexo I) haciendo uso de la hoja de cálculo de Excell 2007. Los resultados fueron presentados en gráficos y tablas para su análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico.

## **F. PROCESO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

Para la medición de la variable Conocimiento se aplicó la estadística descriptiva, promedio aritmético valorándose en conoce y desconoce. Del mismo modo para la variable Práctica se valoró en adecuada e inadecuada.

## **G. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para la ejecución del estudio se solicitó la respectiva autorización del médico jefe y la enfermera jefe del Centro de Salud “Nueva Esperanza”, luego a fin de respetar la autonomía del sujeto de estudio, se obtuvo el consentimiento informado, expresándoles que la información es de carácter anónimo y confidencial, el cual será utilizado solo para los fines del estudio. (Anexo G).

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **A. RESULTADOS**

Luego de recolectar los datos, estos fueron procesados y presentados en gráficos y tablas estadísticas a fin de realizar el análisis e interpretación respectiva de acuerdo al marco teórico.

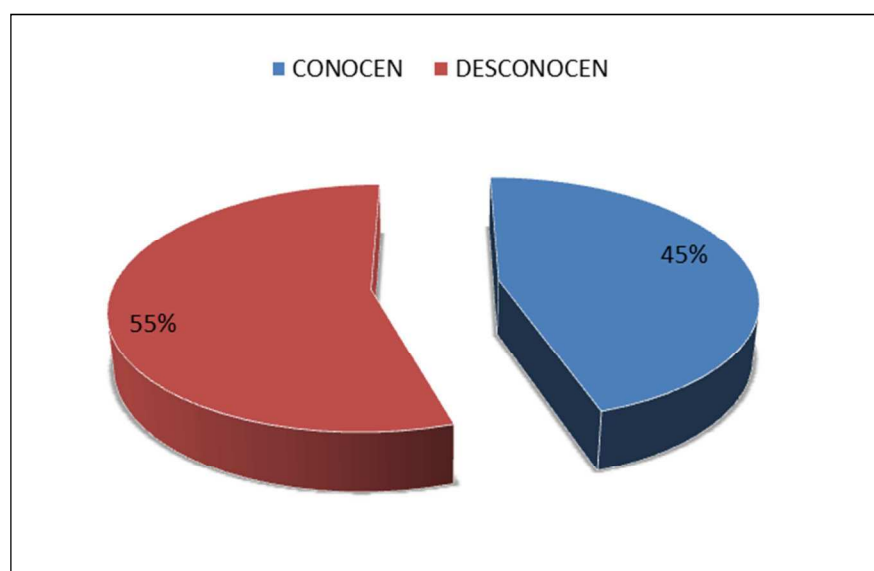
##### **A.1 DATOS GENERALES:**

De los resultados obtenidos se tuvo que del 100% (40) de madres encuestadas: 50% (20) tienen entre 25 y 35 años, 35% (14) entre 20 y 24 años y 15% (6) son menores de 19 años; el 85% (34) tienen secundaria completa, 10% (4) secundaria incompleta o están cursando la secundaria y 5% (2) tiene nivel técnico superior (Anexo Ñ); según paridad, 55% (22) son múltiparas y 45% (18) son primíparas; de acuerdo a la ocupación, 80% (32) son amas de casa, el 12.5% (5) son comerciantes y el 7.5% (3) son estudiantes.

##### **A.2 DATOS ESPECÍFICOS:**

## GRAFICO N° 1

### CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA - CENTRO DE SALUD “NUEVA ESPERANZA” LIMA-PERÚ 2011



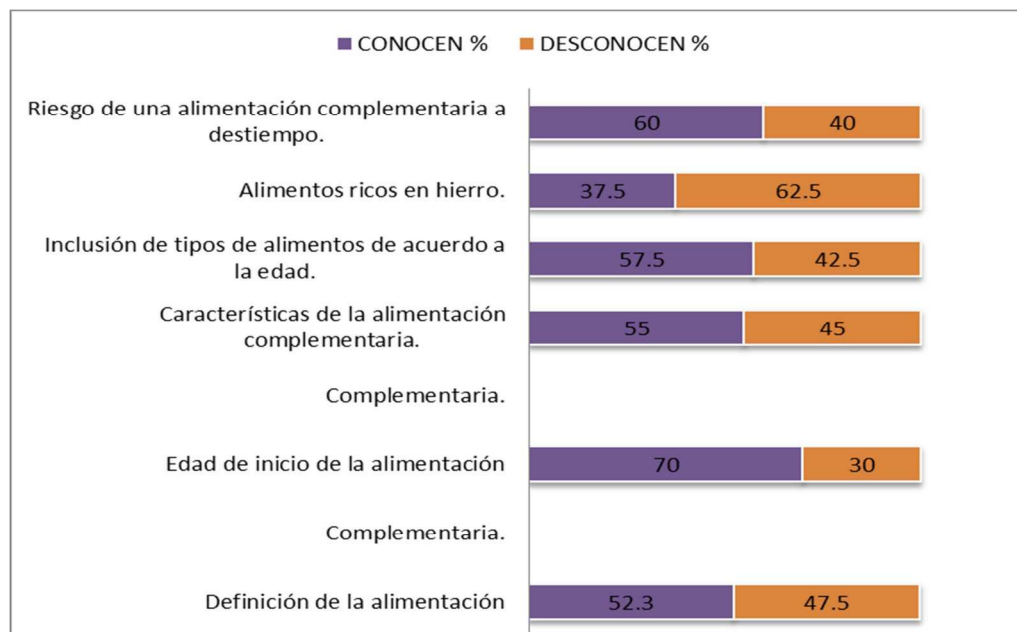
*Fuente: Instrumento aplicado a madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al control de CRED del centro de salud "Nueva Esperanza"-2011.*

En cuanto a los conocimientos de la madres sobre alimentación complementaria, del 100% (40), 55% (22) conocen sobre la alimentación complementaria; mientras que 45% (18) desconoce. (Anexo J).



## GRAFICO N° 2

### CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SEGÚN INDICADORES CENTRO DE SALUD “NUEVA ESPERANZA” LIMA-PERÚ 2011

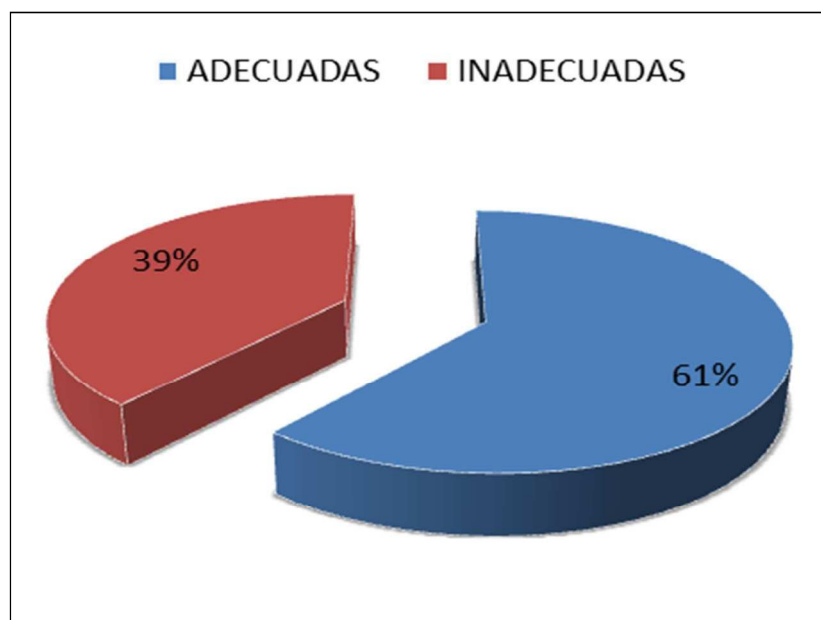


*Fuente: Instrumento aplicado a madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al control de CRED del centro de salud "Nueva Esperanza"-2011.*

Respecto a los conocimientos de las madres según indicadores tenemos que del 100% (40), 70% (28) conocen la edad de inicio de la alimentación complementaria, el 60% (24) conoce los riesgos de una alimentación complementaria a destiempo y el 57.5% (23), la inclusión de alimentos de acuerdo a la edad; sin embargo las dimensiones que desconocen son: los alimentos ricos en hierro con un 62% (25), la definición y las características de la alimentación complementaria con 47% (19) y 45% (16) respectivamente.

### GRAFICO N°3

**PRÁCTICAS QUE TIENEN LAS MADRES SOBRE LA  
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA  
CENTRO DE SALUD  
“NUEVA ESPERANZA”  
LIMA-PERÚ  
2011**

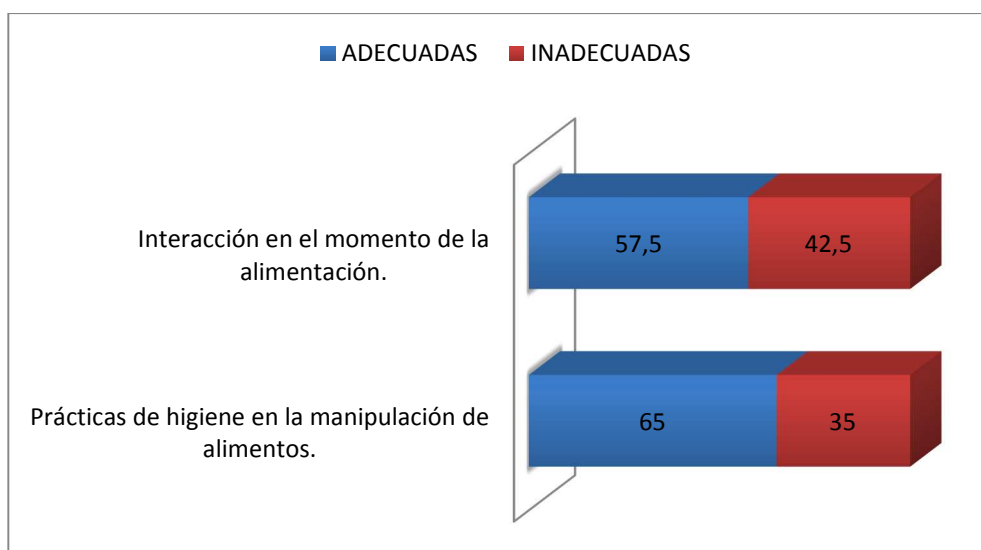


*Fuente: Instrumento aplicado a madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al control de CRED del centro de salud “Nueva Esperanza”-2011.*

Acerca de las pautas de las madres sobre la alimentación del 100% (40), 61 % (25) tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% (15) tiene prácticas inadecuadas. ( Anexo Ñ).

#### GRAFICO N° 4

### PRÁCTICAS QUE TIENEN LAS MADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SEGÚN INDICADORES-CENTRO DE SALUD “NUEVA ESPERANZA” LIMA-PERÚ 2011



*Fuente: Instrumento aplicado a madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al control de CRED del centro de salud "Nueva Esperanza"-2011.*

Referente a las prácticas de la madre sobre la alimentación complementaria, se tiene que del 100% (40), 57.5% (23) tienen prácticas adecuadas en la interacción en el momento de la alimentación; mientras que el 42.5% (17) tienen prácticas inadecuadas, de las cuales el 70% (12) optan por una interacción estilo “controlador” y 30% (5), estilo “dejar hacer” (Anexo P); 65% (26) tienen prácticas adecuadas de higiene en la manipulación de alimentos y 35% (14) tienen prácticas inadecuadas de higiene en la manipulación de alimentos. (Anexo O).

## **B. DISCUSIÓN:**

Los datos permiten afirmar que la mayoría de las madres pertenecen al grupo etéreo de adultas jóvenes, tienen secundaria completa y son amas de casa.

Durante el primer año de vida, el lactante tiene una rápida velocidad de crecimiento, llegando a triplicar su peso y aumentar en un 50% su talla de nacimiento.

El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo psicomotor, y las funciones digestivas, renal e inmunológica se encuentran maduras.

Los niños nacen con reservas de hierro suficientes para cubrir sus demandas nutricionales entre los 4 a 6 meses. El inicio de la alimentación complementaria es de suma importancia porque las reservas de hierro están agotándose y el crecimiento del niño continúa. Es imprescindible incorporar en la alimentación del niño productos que contengan biodisponibilidad de hierro; su deficiencia conlleva a anemia y afecta el comportamiento del niño así como en su proceso de aprendizaje.

La alimentación complementaria a destiempo podría representar grandes riesgos para el estado nutricional y la salud del lactante como: Deficiente digestión y absorción de nutrientes y diarrea, alergias alimentarias aumenta el riesgo de malnutrición y deficiencia de micro nutrientes, principalmente el hierro.

Al respecto Gómez Laureano y Montaña Zabala, concluyen que el nivel de conocimientos de las madres es regular cuando tienen más de 31 años y es alto, en madres con grado de instrucción superior.

Benites Castañeda, concluye que el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria de las madres es de nivel medio y alto.

Coincidiendo con los resultados de estas investigaciones se concluye que; la mayoría de las madres que asisten al centro de salud Nueva Esperanza conocen sobre alimentación complementaria, referido a la edad de inicio (70%), inclusión de tipos de alimentos de acuerdo a la edad del niño (57.5%), riesgos de una alimentación complementaria a destiempo (6%). Así mismo, hay un porcentaje de madres que los ítems sobre alimentación complementaria; (47.5%) definición, (45%) características de la alimentación complementaria y (62.5%.) alimentos ricos en hierro con

En cuanto a las características de la alimentación complementaria, las madres desconocen la frecuencia de los alimentos según edad con 60% (24), esto podría originar un déficit en el aporte calóricoproteico si la ingesta es en déficit o producir sobrepeso en el lactante si la ingesta es en exceso; del mismo modo desconocen las fuentes alimenticias ricas en hierro, los alimentos que impiden la absorción de hierro con un alarmante 72.5%, las madres desconocía que entre estos se encontraban los lácteos, más aún, pensaban que favorecía la absorción; esto refleja porqué en el Perú la incidencia de anemia aún no disminuye.

Además de los conocimientos en la alimentación complementaria es importante las buenas prácticas de higiene en la manipulación de alimentos para evitar infecciones gastrointestinales contraídas por agua, alimentos y utensilios de cocina contaminados. Todas las medidas de higiene prevendrán enfermedades infecciosas a nivel del aparato digestivo, como las enfermedades diarreicas agudas que es la segunda causa de muerte de niños menores de cinco años a nivel mundial.

Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no solo de que alimentos se le ofrece al niño en sus comidas (que dar de comer), sino también es importante la manera de cómo, cuándo, dónde y quien da de comer a un niño.

El momento de la alimentación debe ser aprovechado para hablarle al niño: “Lo que muchos pueden considerarlo como un infantilismo por parte de la mamá y el papá, es de suma importancia para estimular al niño. La hora de alimentar a un niño pequeño, debe convertirse en un momento de amor, aprendizaje donde el niño logre conocer los colores, alimentos, utensilios”, indicó la investigadora del Instituto de Investigación Nutricional, Hilary Creed.

Sandra Castro concluyó que la mayoría de las madres (67.6%) realizan prácticas adecuadas sobre el inicio de la ablactancia”.

Por los datos expuestos se puede deducir que la mayoría de madres usuarias del centro de salud “Nueva Esperanza” tienen prácticas adecuadas en la higiene y manipulación de alimentos lo cual evitará que sus niños estén en riesgo a contraer enfermedades diarreicas agudas; así mismo tienen prácticas adecuadas en la

interacción en el momento de la alimentación. Seguido de un porcentaje considerable un 42.5% de las madres tienen inadecuadas prácticas en la interacción con el niño, ya que utilizan el estilo controlador y liberal, es decir, imponen el horario y obligan al niño a comer a pesar de la negatividad de este, poniendo al niño en riesgo de sobrepeso; el lado opuesto son las madres que optan por el estilo "liberal", debido, posiblemente, al poco interés de motivar e interactuar con niño.

## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

#### **A. CONCLUSIONES:**

Las conclusiones derivadas del estudio son:

- La mayoría de las madres tienen conocimientos sobre alimentación complementaria, los conocimientos que en mayor porcentaje tienen las madres son edad de inicio, riesgo de una alimentación complementaria a destiempo e inclusión de tipos de alimentos de acuerdo a la edad; mientras que los aspectos deficientes que tienen las madres sobre la alimentación en menor porcentaje son definición y características de la alimentación complementaria y alimentos ricos en hierro.
- El mayor porcentaje de madres tiene prácticas adecuadas en la alimentación complementarias.; en cuanto a sus dimensiones, la que tiene mayor predominio es la dimensión de prácticas de higiene en la manipulación de alimentos.

#### **B. RECOMENDACIONES:**

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

- Que el equipo de Enfermería del centro de salud Nueva Esperanza diseñe y/o implemente sesiones educativas dirigidas exclusivamente a las madres o encargadas del cuidado de niños



de 5 meses de edad a más sobre la alimentación complementaria, con la finalidad de garantizar una alimentación de calidad y evitar problemas nutricionales en el niño.

- Realizar estudios cuasi-experimentales a fin de verificar la eficacia de las sesiones educativas.
- Realizar estudios comparativos con otros centros o puestos de salud de la jurisdicción a fin de unificar criterios.
- Realizar estudios de tipo cualitativo en los diferentes asentamientos humanos de la jurisdicción para conocer diversas costumbres y creencias de las madres.

### **C. LIMITACIONES.**

Las limitaciones del presente estudio son:

- Las conclusiones sólo son válidas para la población de estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) y (2) Estado Nutricional De La Niñez en el Perú Panfar Sistema De Información Del Panfar. 1998. Pág. 6

(3) y (6) Documento técnico “Modelo de abordaje de Promoción de la Salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de la Alimentación Y Nutrición Saludable. Dirección general de Promoción de la Salud. 2006

(4) Ministerio de Salud [en línea]. Perú: Ministerio de Salud; 2010 [accesado 20 Nov 2011] Estadísticas. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/socioeconomicos/desnutricion/DESMacros.asp>

(5) y (7) Instituto Nacional de Estadística e Informática [en línea]. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES Continua 2010. [accesado 20 Nov 2011] INEI. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2010/resultados/obj10.pdf>

(8) (Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaría Nutricional, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, Instituto Nacional de Salud. MINSA. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. 2004.

(9) Hernández Aguilar MT. Alimentación complementaria. AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones. 2006. Pag 250.

(10) Cárdenas Castillo, Catherine Jannina. Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas Santa Anita.

[Tesis Lic. En Enfermería] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2004.

(11) Jiménez Huamaní, Cesar. “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza 2008” [Tesis Lic. En Enfermería] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2008.

(12) Barba Torres, Horacio. “Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza 2008” [Tesis Lic. En Enfermería] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2008.

(13) Benites Castañeda, Jenny. “Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja, enero 2007” [Tesis Lic. En Enfermería] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2007.

(14) Gómez Laureano, Betty y Montañó Zabala, Maricela. “Nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para prevenir anemias en lactantes internados en el Hospital Essalud A.D.U y P “ San Juan de Lurigancho .

(15) Castro Laura, Sandra, “Conocimientos Y Prácticas que tienen las madres de los niños de 6 meses a 2 años sobre el inicio de la

ablactancia en el consultorio de CRED del HNGDM”. [Tesis Lic. En Enfermería] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2004.

(16) Mamani Limache, Ruth Ester, “Efectividad del programa educativo “niño sano y bien nutrido” para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas en seguridad nutricional aplicado a madres con niños menores de 1 año del centro de salud Moyopampa, Chosica-Lima”,

(17) María L. Sáenz-Lozada y Ángela E. Camacho-Lindo, “Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá”. 2007

## **BIBLIOGRAFIA**

HERNANDEZ, S. Roberto y Col. Metodología de la Investigación.  
México: McGraw – Hill Interamericana.

Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2003.

Hernández Aguilar MT. Alimentación Complementaria. Curso de Actualización Pediatría. Madrid: AEPap. 2006. Pág. 250

MENEGHELLO, J. Pediatría. 5ta ed. Editorial Panamericana. España. 2003.

MINSA. Normas Técnicas de Salud “Atención Integral de Salud de la niña y el niño” 2006.

Nuevo patrón de crecimiento O.M.S. Portal del MINSA. Internet disponible en: [http:// www.minsa.gob.pe/oei](http://www.minsa.gob.pe/oei)

O.M.S. “Las Condiciones de Salud de las Américas”. Publicación Científica y Técnica Nº 578 Washington. DC. 2004

OPS. Manual de Crecimiento y desarrollo. 2000..3da. Ed. Editorial PALTEX Washington. DC. 2004.

**ANEXOS**

## INDICE DE ANEXOS

ANEXOS		
Pág.		
<b>A</b>	Operacionalización de la Variable	i
<b>B</b>	Instrumento	v
<b>C</b>	Tabla de Concordancia	x
<b>D</b>	Validez del Instrumento	xi
<b>E</b>	Cálculo del Coeficiente de Confiabilidad	xiii
<b>F</b>	Determinación del Tamaño de la Muestra	xiv
<b>G</b>	Consentimiento Informado	xv
<b>H</b>	Tabla de Códigos	xvi
<b>I</b>	Matriz General	xviii
<b>J</b>	Conocimientos sobre alimentación complementaria	xxi
<b>K</b>	Conocimientos sobre alimentación complementaria en sus dimensiones	xxii
<b>L</b>	Conocimientos de las madres sobre las características de una alimentación complementaria	xxiii

<b>M</b>	Conocimientos de las madres sobre los riesgos de una alimentación complementaria a destiempo	xxiv
<b>N</b>	Conocimientos de las madres sobre las fuentes alimenticias en hierro para una alimentación complementaria saludable.	xxv
<b>Ñ</b>	Prácticas que tienen las madres en la alimentación complementaria	xxvi
<b>O</b>	Prácticas que tienen las madres en la alimentación complementaria según sus dimensiones	xxvii
<b>P</b>	Estilos de interacción que adoptan las madres en el momento de la alimentación	xxviii
<b>Q</b>	Edad y grado de instrucción de las madres que asisten al Centro de salud “nueva esperanza”	xxix



**ANEXO A**  
**OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>VALOR FINAL</b>	<b>TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE MEDICIÓN</b>
<p>Conocimientos sobre la alimentación complementaria que tienen las madres de niños de 06 a 12 meses.</p>	<p>Conjunto de ideas, conceptos, enunciados, se clasifican como: Conocimiento científico; el cual es racional y verificable con la experiencia. Conocimiento vulgar; es impreciso limitado a la observación. La alimentación complementaria se inicia a los 6 meses con la</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mes de inicio de la alimentación complementaria.</li> <li>• Características de la alimentación.</li> <li>• Inclusión de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de los 6 meses</li> <li>• 6 meses</li> <li>• 7 a 8 meses</li> <li>• 9 a 11 meses</li> <li>• 12 meses a más.</li> <li>• Cantidad.</li> <li>• Frecuencia.</li> <li>• Consistencia y textura.</li> <li>• Leche y derivados</li> <li>• Alimentos</li> </ul>	<p>Es la respuesta expresada de la madre sobre toda aquella información que refiere poseer acerca del inicio de la alimentación complementaria, referido al tipo de alimentación, frecuencia, cantidad y forma de preparación que el niño requiere en su dieta. El cual será obtenido a través</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce</li> <li>• Desconoce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica: Encuesta.</li> <li>• Instrumento: Formulario Tipo Cuestionario.</li> </ul>

	<p>incorporación de otros alimentos porque el niño requiere nutrientes en cantidades necesarias que la leche materna no ofrece.</p>	<p>alimentos según edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Riesgos de una alimentación complementaria a destiempo.</li> </ul>	<p>animales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alimentos vegetales.</li> <li>Grasas y aceite</li> <li>Alimentos hemínicos.</li> <li>Riesgos de un inicio temprano.</li> <li>Riesgos de un inicio tardío.</li> </ul>	<p>de un cuestionario y valorado en conoce y desconoce.</p>		
--	---	--	--	---	--	--

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>VALOR FINAL</b>	<b>TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE MEDICIÓN</b>
Prácticas sobre la alimentación complementaria que tienen las madres de niños de 06 a 12 meses.	Es la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad. Es el uso continuado o habitual que se hace de una cosa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prácticas de higiene en la manipulación de los alimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavado de manos.</li> <li>• Mantener los alimentos tapados.</li> <li>• Conservar los alimentos en lugares seguros.</li> <li>• Utilizar utensilios limpios para</li> </ul>	Es la respuesta expresada por la madre acerca de todas las acciones que refiere realizar sobre la manipulación de alimentos e interacción en el momento de la alimentación complementaria. El cual será obtenido a través de un	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuadas</li> <li>• Inadecuadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica: Encuesta.</li> <li>• Instrumento: Formulario Tipo Cuestionario.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interacción en el momento de la alimentación.</li> </ul>	<p>preparar y servir los alimentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar la basura o restos de comida en recipientes tapados y fuera de la vivienda.</li> </ul>	<p>cuestionario y valorado en adecuado e inadecuado.</p>		
--	--	---	---	--	--	--

## **ANEXO B**

### **INSTRUMENTO**

#### **PRESENTACIÓN**

Señora buenos días, mi nombre es Deny Galindo Bazalar, soy estudiante de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, estoy realizando un estudio en coordinación con el Centro de Salud “Nueva Esperanza” a fin de obtener información sobre los conocimientos y prácticas que tienen las madres de los lactantes de 6 a 12 meses sobre la alimentación complementaria. Para lo cual se le solicita su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces a las preguntas que a continuación se le presenta expresándole que la información es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su participación.

#### **DATOS GENERALES**

De la madre:

- Edad:
- Grado de instrucción:
- Ocupación:

Del niño:

- Número de hijo:
- Edad del hijo:

#### **INSTRUCCIONES**

A continuación se le presenta una serie de preguntas a fin de que Ud, responda marcando con un aspa X la respuesta que considere correcta:

##### **1. La alimentación complementaria consiste en:**

- a) Dar otros tipos de leches (evaporada y/o fórmula) más leche materna.
- b) Dar alimentos semisólidos y blandos en la dieta del niño más leche materna
- c) Dar de alimentos sólidos a la dieta del niño sin leche materna

**2. La edad en la que empezó a dar alimentos (sólidos o líquidos) aparte de la leche materna a su niño es:**

- a) A los 5 meses o antes
- b) A los 6 meses
- c) A los 7 meses u 8 meses
- d) A los 9 meses a más

**3. Cuántas veces al día se debe alimentar a un niño de 6 meses?**

- a) 2 comidas más lactancia materna frecuente.
- b) 3 comidas más lactancia materna frecuente.
- c) 4 comidas más lactancia materna frecuente.
- d) 5 comidas más lactancia materna frecuente.

**4. La consistencia que deben tener los alimentos de un niño de 7 y 8 meses es:**

- a) Papillas
- b) Triturados
- c) Picados
- d) Sólidos

**5. La cantidad de alimentos aproximadamente que debe recibir un niño entre 9 y 11 meses es:**

- a) 2 a 3 cucharadas o 1/4 taza de alimentos.
- b) 3 a 5 cucharadas o 1/2 taza de alimentos.
- c) 5 a 7 cucharadas o 3/4 taza de alimentos.
- d) 7 a 10 cucharadas o 1 taza de alimentos.

**6. La edad en la que su niño debe comer los mismos alimentos de la misma olla familiar es:**

- a) A los 6 meses
- b) A los 7 a 8 meses
- c) A los 9 a 11 meses
- d) A los 12 meses a más

**7. ¿Qué prefiere darle al niño en el almuerzo?**

- a) Solo Sopa o caldos.
- b) Solo segundo.
- c) Primero segundo y luego sopa.
- d) Primero sopa y luego segundo.

**8. Le agrega Ud. algún tipo de grasa a la comida de su hijo?**

- a) Sí
- b) No
- c) A veces.

**9. Se debe enriquecer una de las comidas principales del niño con:**

- a) Menos de 1 cucharadita de aceite, mantequilla o margarina.
- b) 1 cucharadita de aceite, mantequilla o margarina.
- c) 1 cucharada de aceite, mantequilla o margarina.
- d) Más de 1 cucharaditas de aceite, mantequilla o margarina.

**10. ¿A partir de qué edad se puede dar de comer pescado a los niños?**

- a) A los 6 meses
- b) A los 7 a 8 meses
- c) A los 9 a 11 meses
- d) A los 12 meses a más

**11. Del huevo; ¿Cuál de las dos partes le da a más temprana edad?**

- a) Yema
- b) Clara
- c) Ambos

**12. A qué edad le empieza a dar de comer la yema del huevo.**

- a) A los 6 meses
- b) A los 7 a 8 meses
- c) A los 9 a 10 meses
- d) A los 11 a más meses

**13. A qué edad le empieza a dar de comer la clara del huevo.**

- a) A los 6 meses
- b) A los 7 a 8 meses
- c) A los 9 a 10 meses
- d) A los 11 a más meses

**14. Los alimentos hacen que tu hijo no tenga anemia?**

- a) Leche y queso
- b) Carnes y vísceras

- c) Verduras y frutas
- d) Caldos y aguas

**15. Los alimentos que son amigos del hierro (favorecen la absorción del hierro) son:**

- a) Los cítricos, ricos en vitamina C (naranja, mandarina, limón).
- b) Los lácteos, ricos en calcio (leche, queso).
- c) Las infusiones (té, hierbaluisa, anís).
- d) Los dulces y postres (arroz con leche, mazamorra morada).

**16. Los alimentos que son enemigos del hierro (disminuyen la absorción del hierro) son:**

- a) La sangrecita, el café y la azúcar.
- b) Los lácteos, las infusiones y el café.
- c) Los dulces, las gaseosas y las naranjas.
- d) Los tubérculos, cereales y menestras.

**17. Qué puede ocasionar caries dental en los niños:**

- a) Darle de comer muchas carnes
- b) Darle de comer alimentos antes de los 5 meses.
- c) Darle de tomar muchos jugos.
- d) Darle de comer después de los 7 meses.

**18. Los niños que reciben únicamente leche materna hasta los 9 meses se encontrarían:**

- a) Bien alimentados y grandes.
- b) Gorditos y sanos.
- c) Con bajo peso y una posible anemia.
- d) Con diarreas frecuentes e infecciones.

**19. Ud se lava las manos cuando:**

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

**20. Para la preparación de jugos ud. utiliza:**

- a) Agua del caño.
- b) Agua de las cisternas



- c) Agua hervida.
- d) Agua clorada.

**21. Los utensilios (platos y cubiertos del niño) de cocina, ud:**

- a) Los lava y los deja escurrir.
- b) Los lava, seca y guarda.
- c) Los lava solo en la noche.
- d) Solo los enjuaga.

**22. Al preparar los alimentos usted suele:**

- a) Sujetarse el cabello y retirarse los accesorios de las manos.
- b) Cocinar con reloj y anillos puestos.
- c) Lava sólo los alimentos que estén bien sucios.
- d) Cuando tose se tapa la boca con las manos y sigue cocinando.

**23. Existen factores que distraen la atención del niño.**

- a) Sí
- b) No

**24. Cuenta con un ambiente que estimule el apetito del niño.**

- a) Sí
- b) No

**25. La relación con su niño al momento de la alimentación es:**

- a) Le impone lo que debe comer y los horarios de la alimentación.
- b) Ofrece libertad al niño para adecuarse a sus alimentos y a sus horarios.
- c) Ofrece alimentos con paciencia y anima al niño a comer sin forzarlo.

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## ANEXO C

### TABLA DE CONCORDANCIA PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

Nº DE PREGUNTAS	Nº DE JUECES EXPERTOS								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1. El instrumento propuesto responde al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2. Las instrucciones son claras y orientadas para el desarrollo o aplicación del instrumento.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3. Los ítems permitirán lograr el objetivo del estudio.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4. Los ítems del estudio responden a la operacionalización de la variable.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5. El número de ítems es adecuado.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6. Los ítems están redactados en forma clara, concisa y entendible a la población en estudio.	0	1	1	1	1	1	1	1	0.035
7. La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems.	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035

**Si  $P < 0.05$  la concordancia es significativa**

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

## ANEXO D

### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO COEFICIENTE DE CORRELACIÓN R DE PEARSON CORRELACIÓN ÍTEM - TEST

Para la validez, se solicitó la opinión de jueces expertos, además de la Tabla de Correlación del Coeficiente de R-Pearson.

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{[N \sum x^2 - (\sum x)^2]^{1/2} [N \sum y^2 - (\sum y)^2]^{1/2}}$$

**Donde:**

- **N** : Tamaño del conjunto x e y.
- **$\sum x$**  : Sumatoria de puntajes simples de la variable x.
- **$\sum y$**  : Sumatoria de puntajes simples de la variable y.
- **$\sum y^2$**  : Sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable y.
- **$\sum x^2$**  : Sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable x.
- **$r_{xy}$** : Coeficiente de regresión el conjunto x é y.

Este coeficiente permitió conocer la validez de cada ítem, como se muestra en el siguiente cuadro:

- **VARIABLE CONOCIMIENTOS:**

Nº de Ítem	R. de Pearson	Nº de Ítem	R. de Pearson	Nº de Ítem	R. de Pearson
1	0.33	7	0.31	13	0.44
2	0.32	8	0.27	14	0.16*
3	0.29	9	0.47	15	0.30
4	0.29	10	0.38	16	0.47
5	0.57	11	0.37	17	0.29
6	0.28	12	0.47	18	0.36

- **VARIABLE PRÁCTICAS:**

Nº de Ítem	R. de Pearson
1	0.63
2	0.40
3	0.53
4	0.49
5	0.55
6	0.59
7	0.59

Para que exista validez,  $r > 0,20$ . Por lo tanto según los resultados es válido para cada uno de sus items a excepción de la pregunta n° 14, pero a mi criterio es necesaria.

## ANEXO E

### PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD KUDER RICHARSON

$$V_{K-R} = \left( \frac{K}{K-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum S^2i}{S^2t} \right)$$

$V_{K-R}$ : Confiabilidad de Kuder Richardson

K : Número de ítems

$S^2i$ : Varianza de cada ítems

$S^2t$ : Varianza total

Reemplazando los datos por cada variable:

- Variable CONOCIMIENTOS:

$$V_{K-R} = \left( \frac{18}{18-1} \right) \left( 1 - \frac{4.12}{8.05} \right)$$

$$V_{K-R} = 0.55$$

- Variable PRÁCTICAS:

$$V_{K-R} = \left( \frac{7}{7-1} \right) \left( 1 - \frac{1.68}{3.61} \right)$$

$$V_{K-R} = 0.62$$

$V_{K-R}$  confiable por ser > de 0.5

## ANEXO F

### DETERMINACION DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para determinar la muestra poblacional se efectuó la fórmula estadística del tamaño de muestra para población finita.

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

**Donde:**

**n** : Es la muestra poblacional.

**N** : Es el tamaño de la población.

**Z $\alpha$**  : Es intervalo de confianza = 1.69 (91% de confianza).

**P** : Proporción poblacional= 0.5.

**Q** : Es (1-p)=0.5.

**E** : Es el error muestral de 0.09

$$n = \frac{120 \cdot 0.5(1 - 0.5)}{(120 - 1) \left( \frac{0.09^2}{1.69^2} \right) + 0.5(1 - 0.5)}$$

$$n = 34.29$$

La muestra a considerar será de 34 madres.

## **ANEXO G**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada "CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EL CENTRO DE SALUD "NUEVA ESPERANZA" 2011.

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Nombre:

DNI:

## ANEXO H

### TABLA DE CÓDIGOS

#### CONOCIMIENTOS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

PREGUNTA	ALTERNATIVA CORRECTA	PUNTAJE
1	B	1
2	B	1
3	A	1
4	B	1
5	C	1
6	D	1
7	B	1
8	A	1
9	B	1
10	C	1
11	A	1
12	B	1
13	C	1
14	B	1
15	A	1
16	B	1
17	B	1
18	C	1



**PRÁCTICAS EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:**

<b>PREGUNTA</b>	<b>ALTERNATIVA CORRECTA</b>	<b>PUNTAJE</b>
<b>19</b>	<b>C</b>	<b>1</b>
<b>20</b>	<b>C y D</b>	<b>1</b>
<b>21</b>	<b>B</b>	<b>1</b>
<b>22</b>	<b>A</b>	<b>1</b>
<b>23</b>	<b>B</b>	<b>1</b>
<b>24</b>	<b>B</b>	<b>1</b>
<b>25</b>	<b>C</b>	<b>1</b>

**ANEXO I**  
**TABLA MATRIZ**

MADRES	PREGUNTAS SOBRE CONOCIMIENTOS																		TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	5
2	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	8
3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	4
4	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	10
5	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	10
6	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	8
7	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	13
8	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	10
9	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	13
10	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	13
11	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	9
12	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	6
13	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	12
14	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	6
15	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	7
16	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	8
17	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	7
18	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	15
19	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	11

20	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
21	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	12
22	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	15
23	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	9
24	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	14
25	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	14
26	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	7
27	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	13
28	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	11
29	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	10
30	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	10
31	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	9
32	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	12
33	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	9
34	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	10
35	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	11
36	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	12
37	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	6
38	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	11
39	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	12
40	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	10
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>33</b>	<b>27</b>	<b>11</b>	<b>28</b>	<b>23</b>	<b>10.2</b>

MADRES	PREGUNTAS SOBRE PRÁCTICAS							TOTAL
	19	20	21	22	23	24	25	
1	0	1	0	1	1	0	1	4
2	1	1	0	1	1	0	0	6
3	0	1	0	1	0	1	1	4
4	1	1	0	1	1	1	1	6
5	1	0	0	1	1	1	1	5
6	1	1	1	0	1	1	0	5
7	1	1	1	1	1	0	1	6
8	1	1	1	1	1	1	1	7
9	1	1	1	1	1	1	1	7
10	1	1	1	1	1	1	1	7
11	0	0	1	1	0	0	0	2
12	1	1	0	1	1	0	0	4
13	1	1	1	0	1	1	0	5
14	0	1	1	1	1	1	0	5
15	1	1	1	1	0	1	1	6
16	1	1	1	0	1	0	0	4
17	1	1	0	0	1	1	1	5
18	1	1	1	0	1	1	1	6
19	1	1	1	1	0	1	1	6
20	1	0	1	1	1	0	1	5

<b>21</b>	1	1	1	1	1	1	1	<b>7</b>
<b>22</b>	0	1	1	1	1	0	0	<b>4</b>
<b>23</b>	0	1	1	1	0	1	1	<b>5</b>
<b>24</b>	1	0	1	1	1	0	0	<b>4</b>
<b>25</b>	0	0	1	0	1	1	1	<b>4</b>
<b>26</b>	0	1	0	1	0	1	0	<b>3</b>
<b>27</b>	1	0	1	1	1	1	1	<b>6</b>
<b>28</b>	0	1	1	0	1	0	0	<b>3</b>
<b>29</b>	1	0	0	1	1	1	1	<b>5</b>
<b>30</b>	1	1	0	1	0	1	0	<b>4</b>
<b>31</b>	0	0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
<b>32</b>	1	1	1	1	0	1	1	<b>6</b>
<b>33</b>	1	0	0	0	1	1	0	<b>3</b>
<b>34</b>	0	1	0	0	0	0	0	<b>1</b>
<b>35</b>	1	1	1	1	0	0	0	<b>4</b>
<b>36</b>	1	0	1	1	1	0	1	<b>5</b>
<b>37</b>	0	1	0	0	0	0	0	<b>1</b>
<b>38</b>	0	0	0	1	0	0	0	<b>1</b>
<b>39</b>	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>40</b>	1	0	0	0	0	0	0	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>23</b>	<b>27</b>	<b>25</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>4.325</b>

## ANEXO J

**CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA  
CENTRO DE SALUD  
“NUEVA ESPERANZA”  
LIMA-PERÚ  
2011**

CONOCIMIENTOS	TOTAL		CONOCEN		DESCONOCEN	
	N	%	N	%	N	%
<b>Conocimientos sobre alimentación en complementaria.</b>	40	100	22	55	18	45

*Fuente: Instrumento aplicado a madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al control de CRED del centro de salud “Nueva Esperanza”-2011.*

## ANEXO K

### CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SEGÚN INDICADORES - CENTRO DE SALUD “NUEVA ESPERANZA” LIMA-PERÚ 2011

CONOCIMIENTOS	TOTAL		CONOCEN		DESCONOCEN	
	N	%	N	%	N	%
<b>Definición de la alimentación Complementaria.</b>	40	100	21	52.3	19	47.5
<b>Edad de inicio de la alimentación Complementaria.</b>	40	100	28	70	12	30
<b>Características de la alimentación complementaria.</b>	40	100	22	55	18	45
<b>Inclusión de tipos de alimentos de acuerdo a la edad.</b>	40	100	23	57.5	17	42.5
<b>Alimentos ricos en hierro.</b>	40	100	15	37.5	25	62.5
<b>Riesgo de una alimentación complementaria a destiempo.</b>	40	100	24	60	16	40

*Fuente: Instrumento aplicado a madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al control de CRED del centro de salud “Nueva Esperanza”-2011.*

## ANEXO L

### CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE UNA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA-CENTRO DE SALUD “NUEVA ESPERANZA” LIMA-PERÚ 2011

CARATERÍSTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	TOTAL		CONOCEN		DESCONOCEN	
	N	%	N	%	N	%
Consistencia de los alimentos según su edad.	40	100	26	65	14	35
Cantidad de los alimentos según su edad.	40	100	24	60	16	40
Frecuencia de los alimentos según su edad.	40	100	16	40	24	60

*Fuente: Instrumento aplicado a madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al control de CRED del centro de salud “Nueva Esperanza”-2011.*



## ANEXO M

### CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE LOS RIESGOS DE UNA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A DESTIEMPO CENTRO DE SALUD “NUEVA ESPERANZA” LIMA-PERÚ 2011

Riesgos de una alimentación complementaria a destiempo	TOTAL		CONOCEN		DESCONOCEN	
	N	%	N	%	N	%
Riesgos de un inicio temprano.	40	100	21	52.5	19	47.5
Riesgos de un inicio tardío.	40	100	28	70	12	30

*Fuente: Instrumento aplicado a madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al control de CRED del centro de salud “Nueva Esperanza”-2011.*

## ANEXO N

**CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE LAS FUENTES  
ALIMENTICIAS EN HIERRO PARA UNA  
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA  
SALUDABLE - CENTRO DE SALUD  
“NUEVA ESPERANZA”  
LIMA-PERÚ  
2011**

<b>CONOCIMIENTOS SOBRE EL HIERRO</b>	<b>TOTAL</b>		<b>CONOCEN</b>		<b>DESCONOCEN</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Fuentes alimenticias del hierro.</b>	40	100	33	82.5	07	17.5
<b>Alimentos que favorecen la absorción del hierro.</b>	40	100	27	67.5	13	32.5
<b>Alimentos que impiden la absorción del hierro.</b>	40	100	11	27.5	29	72.5

*Fuente: Instrumento aplicado a madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al control de CRED del centro de salud “Nueva Esperanza”-2011.*

## ANEXO Ñ

**PRÁCTICAS QUE TIENEN LAS MADRES EN LA ALIMENTACIÓN  
COMPLEMENTARIA - CENTRO DE SALUD  
“NUEVA ESPERANZA”  
LIMA-PERÚ  
2011**

PRÁCTICAS	TOTAL		ADECUADAS		INADECUADAS	
	N	%	N	%	N	%
Prácticas que tienen las madres en la alimentación complementaria.	40	100	25	61	15	39

*Fuente: Instrumento aplicado a madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al control de CRED del centro de salud “Nueva Esperanza”-2011.*

## ANEXO O

**PRÁCTICAS QUE TIENEN LAS MADRES EN LA ALIMENTACIÓN  
COMPLEMENTARIA SEGÚN SUS DIMENSIONES  
CENTRO DE SALUD  
“NUEVA ESPERANZA”  
LIMA-PERÚ  
2011**

PRÁCTICAS	TOTAL		ADECUADAS		INADECUADAS	
	N	%	N	%	N	%
Prácticas de higiene en la manipulación de alimentos.	40	100	26	65	14	35
Interacción en el momento de la alimentación.	40	100	23	57.5	17	42.5

*Fuente: Instrumento aplicado a madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al control de CRED del centro de salud “Nueva Esperanza”-2011.*

**ANEXO P**

**ESTILOS DE INTERACCIÓN QUE ADOPTAN LAS MADRES EN EL  
MOMENTO DE LA ALIMENTACIÓN  
CENTRO DE SALUD  
“NUEVA ESPERANZA”  
LIMA-PERÚ  
2011**

ESTILO	TOTAL		INTERACTIVO		CONTROLADOR		LIBERAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Estilo de interacción que adopta la madre.</b>	40	100	23	57.5	11	27.5	6	15

*Fuente: Instrumento aplicado a madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al control de CRED del centro de salud “Nueva Esperanza”-2011.*

## ANEXO Q

### EDAD Y GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DEL CENTRO DE SALUD “NUEVA ESPERANZA”

LIMA-PERÚ

2011

EDAD	GRADO DE INSTRUCCIÓN							
	TOTAL		SECUNDARIA COMPLETA		SECUNDARIA INCOMPLETA		TÉCNICO SUPERIOR	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>19 años a menos</b>	6	15	4	66.7	2	33.3	0	0
<b>20-24 años</b>	14	35	12	85.7	0	0	2	14.3
<b>25-35 años</b>	20	50	18	90	2	10	0	0
<b>TOTAL</b>	40	100	34	85	4	10	2	5

*Fuente: Instrumento aplicado a madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al control de CRED del centro de salud “Nueva Esperanza”-2011.*