



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO DE PUNO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 24
MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD
SIMÓN BOLIVAR PUNO - 2019**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. LISBETH IRIS ROQUE INOFUENTE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2020



DEDICATORIA

A DIOS. Quien estuvo conmigo en todo momento, me sustentó, me confortó, me levanto, me dio ideas, paciencia. La sabiduría y fortaleza para poder seguir adelante sin desfallecer ante las adversidades que se presentaron en el trayecto de mi vida, enseñándome a encararlas sin perder nunca la dignidad, ni desfallecer en el intento.

*En especial a mi querida y amada Mamita Lourdes I.M. Quien a lo largo de mi vida a velado por mi educación y bienestar integral. Mi eterna gratitud por su sacrificio, consejos, apoyo incondicional, emocional y económico, por la motivación constante, por formarme con principios y valores, los cuales condujeron a el logro de cada uno de mis objetivos. **TE AMO MAMÁ.***

Con todo mi amor y cariño a mi Novio Arturo W.A.H. Quien fue el ingrediente perfecto para poder alcanzar esta dichosa y merecida victoria en la vida, por su apoyo, comprensión, amor y cada gesto de ánimo. Fuiste, eres y serás la felicidad encajada en una sola persona.

Lisbeth Roque



AGRADECIMIENTOS

Mi especial reconocimiento y gratitud:

A mi Alma Máter la prestigiosa UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO – PUNO.

Por darme la oportunidad de formarme y realizarme profesionalmente.

A la FACULTAD DE ENFERMERÍA y cuerpo de docentes, por impartir conocimientos necesarios para desempeñarme como futuro profesional en el área de la salud.

A los miembros del jurado calificador: Dr. Ángela Rosario Esteves Villanueva, MSc. Elsa Gabriela Maquera Bernedo y MSc. Carmen Rosa Calcina Condori, por sus orientaciones, sugerencias, paciencia, disponibilidad de tiempo, exigencia, aportes y participación activa, consignas que permitieron la culminación del presente trabajo de investigación.

A mi asesora de tesis: Dra. Rosenda Aza Tacca, por su disposición, guía y ayuda incondicional durante el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.

Al personal del CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR – PUNO, por su apoyo y cooperación en todo el proceso de la ejecución de mi proyecto de tesis.

A las MADRES DEL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR, por su colaboración, quienes concedieron su valioso tiempo para poder llevar a cabo esta investigación de forma voluntaria.

A todas las personas que apoyaron y ayudaron con sus valiosas sugerencias en el desarrollo del estudio.

Lisbeth Roque



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	
RESUMEN	9
ABSTRACT.....	10
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	
1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.2. OBJETIVOS.....	17
CAPÍTULO II	
REVISIÓN DE LITERATURA	
2.1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	18
2.1.1. Actitudes.....	18
2.1.2. Tipos de actitud: Según (Sarnoff, 1960) consigna 3 tipos.....	19
2.1.3. Medición de Actitudes.....	21
2.1.4. Actitudes sobre la alimentación complementaria.	22
2.2. PRÁCTICAS.....	22
2.2.1. Generalidades de la Práctica.....	22
2.2.2. Prácticas en alimentación complementaria.....	23
2.2.2.1. Definición:.....	23
2.2.2.2. Alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses.	24
2.2.2.3. Importancia de la Alimentación Complementaria.	26
2.2.2.4. Nutrientes.	27
2.2.2.5. Tipo de alimentos en función a la alimentación complementaria.	30
2.2.2.6. Esquema sobre los Alimentos Complementarios	42
2.2.2.7. Rol de los padres en la crianza del niño.....	55
2.2.2.8. Características sociodemográficas de las madres.	56
2.2.2.9. La enfermera en la salud del niño.....	59



2.2.2.10. La Enfermera en el Componente de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño.....	60
2.3. ANTECEDENTES DEL PROYECTO	61
A) A nivel internacional.....	61
C) A nivel nacional.....	63
D) A nivel local.	68
2.4. HIPÓTESIS GENERAL.	70
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	71
3.2. UBICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.	72
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	74
3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.	77
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	79
3.6. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	82
3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.	84
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. RESULTADOS.....	88
4.2. DISCUSIÓN.....	93
V. CONCLUSIONES	103
VI. RECOMENDACIONES.	104
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
ANEXOS.....	118

Área: Salud del recién nacido, del niño, escolar y adolescente.

Tema: Alimentación complementaria.

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 07 de octubre del 2020



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: RELACIÓN ENTRE LAS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PUNO – 2019.....	88
TABLA 2: ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE MADRES CON NIÑOS DE 6 A 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PUNO – 2019.....	90
TABLA 3: PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE REALIZAN LAS MADRES EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES EN CUANTO A LA CONSISTENCIA, FRECUENCIA, CANTIDAD Y FRACCIONES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PUNO - 2019.....	91



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: RELACIÓN ENTRE LAS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PUNO – 2019.....	120
GRÁFICO 2: ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE MADRES CON NIÑOS DE 6 A 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PUNO – 2019.....	121
GRÁFICO 3: PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE REALIZAN LAS MADRES EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES EN CUANTO A LA CONSISTENCIA, FRECUENCIA, CANTIDAD Y FRACCIONES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PUNO - 2019.....	122



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PMA: Programa Mundial de Alimentos

UNICEF: Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia

AC: Alimentación complementaria

CRED: Crecimiento y desarrollo del niño

MINSA: Ministerio De Salud

C.S: Centro de Salud

P.S. Puesto De Salud

CPVC: Centro de Promoción y Vigilancia Comunal

INEI: Instituto Nacional de Estadística é Informática



RESUMEN

El presente estudio de investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación entre las actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de salud Simón Bolívar. El tipo de investigación fue descriptivo, de diseño no experimental y de corte transversal. La Población, estuvo conformada por 180 madres y la muestra por 92 el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia según criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta, los instrumentos fueron: Escala de actitudes extraída de la investigación de Cisneros & Vallejo y el cuestionario, tomado del estudio de Ramírez, ambos fueron sometidos a validez de contenido y juicio de expertos. La confiabilidad de la escala se realizó a través de Alpha de Cronbach cuyo resultado consiguió 0.809 y el cuestionario mediante una muestra piloto con 9 madres alcanzó 0.849. En cuanto a el procesamiento y análisis, se efectuó el vaciado de datos en el programa de EXCEL SPS20 para el cálculo de porcentajes y tablas haciendo uso de la estadística descriptiva. Los resultados obtenidos revelan que el 45,7% de las madres tienen actitudes desfavorables, 35,9% actitud indiferente y el 18,5% actitud favorable. Respecto a las prácticas, el 80,4% tienen prácticas inadecuadas y solo el 19,6% prácticas adecuadas. Los resultados encontrados en el estudio de investigación demostraron que al relacionar las variables de estudio, actitudes y prácticas, frente a datos estadísticos logrados con la prueba estadística Chi Cuadrado, al obtener $X^2_c = 63,456 > X^2_t = 5,991$ para 2 grados de libertad y $p = 0,000$ para $\alpha < 0,05$, se determinó que, si existe relación entre las actitudes desfavorables y prácticas inadecuadas de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad, por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación. Se concluye que la actitud desfavorable de las madres tiene relación con las prácticas inadecuadas sobre la alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses de edad.

Palabras Clave: Actitudes, Prácticas, Alimentación Complementaria, Madres, Niños de 6 a 24 meses.



ABSTRACT

The present research study was carried out with the objective of determining the relationship between the attitudes and practices of mothers regarding complementary feeding in children between 6 and 24 months of age who attend the growth and development office of the Simón Bolívar Health Center. The type of research was descriptive, non-experimental design and cross-sectional. The Population was made up of 180 mothers and the sample of 92, the type of sampling was non-probabilistic by convenience according to inclusion and exclusion criteria. For data collection, the survey technique was used, the instruments were: Attitude scale extracted from the Cisneros & Vallejo research and the questionnaire, taken from Ramírez's study, both were subjected to content validity and expert judgment. The reliability of the scale was carried out through Cronbach's Alpha, the result of which was 0.809 and the questionnaire through a pilot sample with 9 mothers reached 0.849. Regarding the processing and analysis, the data was emptied in the EXCEL SPS20 program for the calculation of percentages and tables using descriptive statistics. The results obtained reveal that 45.7% of mothers have unfavorable attitudes, 35.9% indifferent attitude and 18.5% favorable attitude. Regarding the practices, 80.4% have inappropriate practices and only 19.6% have adequate practices. The results found in the research study demonstrated that when relating the study variables attitudes and practices, compared to statistical data obtained with the Chi Square statistical test, obtaining $X^2_c = 63.456 > X^2_t = 5.991$ for 2 degrees of freedom and $p = 0.000$ for $\alpha < 0.05$, it was determined that, if there is a relationship between unfavorable attitudes and inappropriate practices of mothers regarding complementary feeding in children from 6 to 24 months of age, therefore, the research hypothesis is accepted. It is concluded that the unfavorable attitude of mothers is related to inadequate practices regarding complementary feeding of children between 6 and 24 months of age.

Keywords: Attitudes, Practices, Complementary Feeding, Mothers, Children 6 to 24 months.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), manifiesta, que la transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria que abarca generalmente el período de 6 a 24 meses de edad, es una fase de gran vulnerabilidad, porque muchos niños empiezan con malnutrición, lo que contribuye a la alta prevalencia de la desnutrición crónica infantil en los menores de 5 años de todo el mundo (1).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), considera que la alimentación complementaria en los niños de 6 a 24 meses es inadecuada, por el bajo acceso a la educación (grado de instrucción) principalmente de la madre y a una falta de educación y orientación nutricional permanente en los centros y establecimientos de salud como otros causantes de los problemas nutricionales, además de las prácticas inadecuadas sobre la alimentación complementaria de acuerdo a los requerimientos necesarios que se necesitan en esta etapa de vida (2).

Un estudio realizado en Colombia en el año 2012 demostró que la estructuración del constructo social cultural juega un papel importante en los modos de actuar de los sujetos y los intercambios históricos y culturales, que conllevan a lo que se denomina imaginario social, que concibe el establecimiento de mitos, creencias, actitudes y conocimientos a la hora de brindar alimentación al niño (3).

Otro estudio recientemente realizado en el Perú, indicó que el 76% de las madres tienen una práctica adecuada y solo un 24% práctica inadecuada. El 89% de los niños tiene un estado nutricional normal y el 11 % se encuentra con sobrepeso. El 71,0% de los niños evaluados con estado nutricional normal, corresponde a madres que tienen una práctica



adecuada y el 6,0% de los niños con sobrepeso, concierne a madres que poseen prácticas inadecuadas sobre la alimentación complementaria, en conclusión, si existe una relación entre las prácticas inadecuadas de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad que asiste al consultorio de CRED, en el P.S. Cono Norte, ya que realizada la prueba ji cuadrada entre las variables involucradas en la investigación esta resultado significativa ($p < 0.05$) (4).

Otro estudio realizado también en Lima, encontró que el 40% de las madres tienen prácticas adecuadas para brindar alimentación complementaria al niño de 6 a 24 meses de edad (4). A diferencia del estudio realizado en Juliaca, donde se resaltó que la mayoría de las madres (74,6%) presentan prácticas inadecuadas respecto a la alimentación complementaria (5).

Para prevenir este problema el Ministerio de Salud a través del programa de Atención Integral del Niño, realiza actividades preventivo promocionales, cuyo objetivo es promover un óptimo crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años con la activa participación de la familia, las organizaciones e instituciones comunales y del sector salud en conjunto, proporcionándoles los elementos necesarios para valorar al niño desde un aspecto integral, personalizada y de alta calidad a partir de la orientación nutricional para el desarrollo de intervenciones efectivas y articuladas en los diferentes centros y establecimientos de salud, para que éstos diseñen, implementen y evalúen las intervenciones efectivas, articulando los recursos y las responsabilidades de los diferentes sectores públicos y la sociedad civil (6).

En la Norma Técnica de Salud para la Atención de la niña y niño se ha incorporado la atención básica integral respecto a la alimentación complementaria, tomando en cuenta la predisposición de las madres respecto a la preparación de los alimentos de acuerdo a la



cantidad, consistencia, frecuencia y fracción de los alimentos en niños de 6 a 24 meses de edad (7).

1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

La desnutrición es uno de los problemas de alcance mundial relacionado con más de la mitad de los casos de mortalidad infantil, de acuerdo con el Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), cada año la desnutrición contribuye con la muerte de 5.6 millones de niños y niñas menores de 2 años en el mundo, también señala que, los niños que viven en los hogares más pobres, tienen 3.6% más probabilidades de sufrir de bajo peso que los niños que viven en los hogares más acomodados, asimismo refiere que la actitud desfavorable de las madres hacia los alimentos complementarios de baja calidad en combinación con las prácticas alimentarias inadecuadas dejan a los niños menores de dos años con un elevado riesgo de contraer desnutrición y sus efectos derivados (8).

En el Perú existe 14.2% de desnutrición crónica infantil, (DCI) y 43% de anemia, según DIRESA Puno, en Puno 12%, Carabaya un 30% de niños tienen desnutrición crónica, en Melgar y Azángaro un 19%, Huancané con 18%, Chucuito con 16%, Lampa con 15%, San Román, Yunguyo & Sandia 14% y finalmente en la provincia de el Collao un 9% de desnutrición crónica y 71.9% de anemia, en la provincia de Juli se reporta 19.4% de desnutrición crónica y 76% de anemia, cifras que superan el promedio nacional (52,7%) y regional (69,8%), datos que confirman la existencia del déficit de nutrientes que influyen en el desarrollo óptimo del ser humano, trayendo consigo posibles consecuencias perjudiciales en la nutrición y por ende en la salud de los niños(as) entre las edades de 6 a 24 meses (9).

Por ello la desnutrición crónica esta entre los principales retos que enfrenta el país y la región de Puno debido a la mayor mortalidad y morbilidad infantil, siendo una de sus posibles causas la práctica inadecuada sobre la alimentación complementaria en el niño y niña de 6 a



24 meses (durante la ablactación) en cantidad, fracción y frecuencia, lo que se constituye en un problema infantil prioritario, pues incide en el estado nutricional, justo en la etapa crítica en la que se completa la mayor parte del sistema nervioso, ante este reto y la deficiencia que implica, es necesario priorizar la alimentación complementaria para poder cubrir estas necesidades, considerando además que el niño en este periodo es muy vulnerable de adquirir enfermedades y requiere reforzar su sistema inmunitario, sin embargo debido a factores externos, este período de transición se ve influenciada por las actitudes y prácticas de las madres o de quienes están a cargo de la alimentación de los niños(as) (10).

Las practicas inadecuadas de las madres sobre la alimentación complementaria de los niños de acuerdo a las características de los alimentos en Perú, según el INEI – Encuesta demográfica y de salud familiar realizada en el 2019, demostró que solo 8 de cada 10 niños (80%) a los 6 meses reciben alimentos acorde a su edad, 6 de cada 10 niños (60%) entre los 7 a 8 meses recibe las dosis de comidas principales, 4 de cada 10 niños(as) (40%) entre los 9 a 11 meses recibe dosis indicadas en cuanto a la consistencia y frecuencia recomendadas, 3 de cada 10 niños (10%) entre los 12 a 24 meses recibe porciones correctas en cuanto a la frecuencia y fracción, información que confirma la existencia de prácticas inadecuadas en su totalidad, cuyas acciones influyen en el desarrollo óptimo del niño de 6 a 24 meses de edad (11).

En países como el nuestro, durante el periodo e incorporación de la alimentación complementaria (en términos de consistencia, frecuencia, cantidad y fracción) los niños y niñas se encuentran en un riesgo elevado de tener problemas nutricionales, a menudo los alimentos complementarios ofrecidos son de baja calidad nutricional, estos se introducen demasiado temprano o demasiado tarde, en cantidades pequeñas, con poca frecuencia y con una inadecuada consistencia para la edad, de manera que no se brindan de acuerdo al requerimiento y necesidad energética acorde a el desarrollo del niño(a) (12).



El aporte nutricional de los alimentos durante los 6 a 24 meses es deficiente, generando de esta manera problemas de salud, más aún cuando la madre actúa de forma desfavorable a la hora de proveer el alimento o cuando el niño no quiere comer la madre, se ve en la necesidad errónea de aplicar medios correctivos como el castigo o uso de material de distracción (TV, Tablet, juguetes, accesorios), por ende una adecuada nutrición no solo depende de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las actitudes y prácticas de las madres sobre la alimentación complementaria (13).

En la población de estudio se reportó, la alta incidencia en cuanto al número de casos sobre diversos grados desnutrición en niños menores de 2 años específicamente en las edades de 6 a 24 meses de edad, como muestra clara de la evaluación realizada en el Centro de Salud Simón Bolívar, efectuada en el año 2019, cuyos informes fueron presentados y certificados por el INEI, en donde 58 niños menores de 2 años quienes representan el 45% presentaron diversos grados de desnutrición crónica infantil, en el que como aspecto concluyente se dio a conocer que los niños que asisten al Control de Crecimiento y Desarrollo, traían consigo muchas deficiencias, especialmente relacionadas a la alimentación complementaria (14).

Estos indicadores en general grafican la realidad en la que se encuentran las niñas y niños por lo que genera menor productividad laboral y un inferior crecimiento económico y subdesarrollo del país, lo que conlleva a costos sociales directos debido a una disminución de la habilidad cognitiva de los niños, el ingreso tardío al sistema educativo, por ende, mayor deserción escolar, en este sentido se reconoce que una práctica inadecuada sobre la alimentación complementaria (AC) en niños de 6 a 24 meses, impide proveerle todo lo necesario para su óptimo crecimiento, especialmente cuando la lactancia materna ya no basta



para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, por ello es preciso añadir otros alimentos a la dieta (15).

Durante las prácticas pre-profesionales de enfermería en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de salud Simón Bolívar se observó que algunas madres frente al llanto de los niños de 6 a 24 meses de edad, les brindan alimentos procesados (Alimentos preparados para facilitar su consumo) como galletas, yogur, pasteles, chisitos, papitas light, jugos en caja y jugos en botellas de plástico, gaseosas, golosinas, piqueos, etc. También, pude observar que los alimentos complementarios brindados a el niño(a) no tienen las características necesarias, en base a (cantidad, consistencia y frecuencia) adecuadas para dichas edades e incluso se visualizó que el alimento que se le brinda al niño, primero lo mastica la madre y seguidamente lo pasa a la boca de su niño(a) con las manos.

Así mismo se captó a madres con poca disposición para brindar alimentación complementaria, porque se observa que siguen dando de lactar al niño, sin la incorporación gradual de alimentos que corresponden para esta edad.

Todo ello llama la atención pues se ve reflejada la actitud (predisposición) de las madres que acuden al consultorio de CRED del centro de salud Simón Bolívar, hacia una adecuada alimentación del niño(a), lo cual podría llevarlo a un cuadro de malnutrición tanto por defecto y/o exceso, aumentando el posible riesgo de adquirir diversas enfermedades por disminución de sus defensas e incluso llevarlo hasta la muerte. Es en este sentido en donde la alimentación complementaria (AC) del niño cobra especial relevancia, ya que los niños al no recibir los alimentos necesarios podrían llegar a presentar problemas difícilmente resarcibles e inclusive, algunas de ellas, irreversibles.



Por este motivo nace la preocupación acerca de este problema de investigación que se pretendió conocer.

1.2. OBJETIVOS:

a. Objetivo general.

- Determinar la relación que existe entre las actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Simón Bolívar Puno - 2019.

b. Objetivos específicos.

- Identificar las actitudes de las madres hacia la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad.
- Identificar las prácticas de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad, en cuanto a la consistencia, frecuencia, cantidad y fracción.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.

2.1.1. Actitudes.

Las actitudes son predisposiciones para responder, comportarse, valorar o actuar, que puede ser de manera positiva o negativa, favorable o desfavorable. Una actitud siempre está dirigida hacia algo o alguien, persona u objeto o situación, es decir la actitud permite valorar de manera favorable una persona, objeto o situación. Un aspecto importante de las actitudes es el hecho que son aprendidas. Las actitudes forman parte de la vida y del comportamiento de las personas. Son adquiridas en el transcurso de las interacciones sociales y a través de distintas agencias de socialización (16).

Otra definición señala que las actitudes son juicios de valor que pueden ser agradables (expresión positiva) o desagradables (expresión negativa), son juicios respecto a las personas, objetos o acontecimientos, define a la actitud como la predisposición a responder en forma positiva o negativa, en términos generales, es correcto decir que las actitudes de una persona son la causa de su comportamiento y sobre todo racionalizaciones de su comportamiento (17).

Las actitudes engloban un conjunto de creencias, todas ellas relacionadas entre sí y organizadas en torno a un objeto o situación, las formas que cada persona tiene de reaccionar ante cualquier situación son muy numerosas, pero son las formas más comunes y uniformes las que revelan una actitud determinada (favorable, indiferente o desfavorable) (18).



Frente a la alimentación de los niños en las edades de 6 a 24 meses, recae toda la responsabilidad en los padres o cuidadores, pues son ellos los que proporcionan los alimentos a los niños y les inculcan los hábitos relacionados con su alimentación, sin embargo, en las madres hay una tendencia de actitudes desfavorables hacia la alimentación infantil, estas actitudes influyen en la nutrición de sus niños, lo que podría generarles problemas de desnutrición, poniéndolos en riesgo de presentar alteraciones que afectarían su normal crecimiento y desarrollo (19).

Un estudio ha concluido que en términos generales, las madres aunque presenten conocimientos adecuados, sus actitudes no son favorables porque están influenciadas por sus percepciones erróneas (20).

2.1.2. Tipos de actitud: Según (Sarnoff, 1960) consigna 3 tipos.

- a) **Actitud Favorable:** La actitud es favorable y/o positiva cuando se está de acuerdo con lo que se realiza, generalmente está unido con los sentimientos de ayuda, apoyo y comprensión, aquella persona que valora, la necesidad y los beneficios de realizar una alimentación sana, equilibrada y correspondiente a la edad del niño(a), evitando las situaciones perjudiciales con respecto a la alimentación complementaria (21).

La actitud es favorable y/o positiva cuando se organiza la propia conducta en pro del establecimiento de una relación, en la que predomina la aceptación, estimación, apoyo, ayuda y cooperación, las manifestaciones principales de esta actitud se traducen en un comportamiento que se describe como: ir hacia, buscar el contacto, respuestas que se presentan como actos de aproximación, como resultado de un estilo cognoscitivo abierto que obedece a un conjunto de rasgos más o menos estructurales de la personalidad y se cristaliza en un sistema total que sirve al hombre no solo para conocer si no también para valorar y actuar sobre la realidad física social y sobre sí mismo (22).



- b) **Actitud Indiferente:** Es un sentimiento de apatía, el sujeto está desaliento, desilusionado, decepcionado en contrariedad, pereza ante el objeto que mueve la actitud, no muestra aceptación ni rechazo por el objeto, prevalece el desinterés, la rutina y en muchos casos el aburrimiento (21).

Una actitud indiferente es una forma de ver el mundo o tal vez una manera de no verlo, según el contexto, la actitud indiferente puede tener un carácter negativo, ya sea de ausencia de responsabilidad al no implicarse, no asumir determinadas cuestiones ni de tomar decisiones cuando este es necesario, muchas veces está relacionada con la ignorancia, un paradigma que queda reflejada en la afirmación de “no sé de qué trata, ni me importa” (22).

- c) **Actitud desfavorable:** Cuando una actitud es desfavorable y/o negativa se presenta el recelo, la desconfianza y en algunos casos la agresión y frustración que generalmente lleva a la persona a un estado de tensión constante, no permitir, ni admitir, evitando el logro de los objetivos trazados (23).

Es aquella persona que no valora, la necesidad de una alimentación sana, equilibrada acorde a la edad del niño(a) ni sus beneficios, dando preferencia a el consumo de alimentos inadecuados, (alimentos procesados) (21).

Una actitud desfavorable y/o negativa es cuando se presenta el prejuicio que aleja a las personas y las predisponen en contra suya. El prejuicio es lo opuesto a la cooperación producto del distanciamiento que se suscita y genera aislamiento, desconfianza y agresión, siendo el mecanismo de defensa con la cual responde a la persona que se encuentra en tensión, los mecanismos de defensa se realizan generalmente para anticipar y detener la intensidad de un estímulo frustrado (22).



2.1.3. Medición de Actitudes.

Las actitudes como todos los determinantes psicológicos tienen que ser necesariamente indirecta solo pueden ser medidas sobre la base de inferencias que nos permiten deducir las respuestas de un individuo hacia un objeto, sus acciones explícitas, sus afirmaciones verbales, sus sentimientos y la disposición de actuar con respeto al objeto (21).

Las actitudes son factibles de ser medidas. Los métodos más conocidos para medir las actitudes por escalas, las variables que constituyen actitudes son: El método de escalamiento Likert, el diferencial semántico y la escala de Guttman, en el estudio se utilizará el escalonamiento de Likert (21).

- **Escalamiento tipo Likert:**

Comprende un conjunto de ítems que se presentan en forma de afirmaciones para medir la reacción del sujeto en tres, cinco o siete categorías. Fue creado por Rensis Likert en 1932, consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externe su reacción eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el participante obtiene una puntuación respecto de la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones. Tales frases o juicios deben expresar solo una relación lógica, además, es muy recomendable que no excedan más de 20 palabras. Las afirmaciones pueden tener dirección: favorable o positiva y desfavorable o negativa. Esta dirección es muy importante para saber cómo se codifican las alternativas de respuesta (24).



2.1.4. Actitudes sobre la alimentación complementaria.

Las actitudes de las madres son importantes para poder brindar una adecuada alimentación complementaria de acuerdo a la edad del niño (a), cuando las madres poseen actitudes favorables, se preocupan por proveer alimentos para la nutrición del niño, con frecuencia brinda un ambiente tranquilo y favorable, durante este proceso se exterioriza sentimientos y emociones de alegría sobre todo a la hora proporcionar el alimento, además, va integrando al niño al grupo de la familia, a diferencia de las madres que actúan con actitudes desfavorables, no comprenden que todo niño sabe regular su apetito, si come poco o se salta una comida, tendrá sus motivos, los que deben de ser comprendidos por la madre y no obligar a consumir el alimento, no darle otra cosa en sustitución y esperar a que llegue la próxima comida, sin embargo, algunas veces el cansancio de la madre por otras tareas interfiere en la alimentación del niño, aunque en otras ocasiones se prefiere que el niño sea alimentado por otros familiares (16).

Usualmente algunas madres castigan a los niños cuando estos se ensucian a la hora de comer o simplemente se les provee distractores como medios audiovisuales (Celular, Tablet y otros) (25).

2.2. PRÁCTICAS.

2.2.1. Generalidades de la Práctica.

Es el adiestramiento de un arte o facultad y/o la destreza que se adquiere con dicho ejercicio, está íntimamente relacionada con encontrar el beneficio de alimentarse y vivir saludablemente en medio de la rutina habitual y en el trajín de los tiempos actuales (22).

Las prácticas son las realizaciones de una actividad de una forma continua y conforme a sus reglas, es la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización



permanente de una actividad, donde se aplica una idea, teoría o doctrina y es la ciencia la encargada de aunar la teoría con la práctica (23).

2.2.2. Prácticas en alimentación complementaria.

2.2.2.1. Definición:

Se refieren a los comportamientos específicos que caracterizan a las interacciones durante la alimentación (por ejemplo, número de bocados que se ofrecen, la reacción de los padres frente a la aceptación/rechazo del niño, etc.) (26)

Las recomendaciones y evaluaciones de las interacciones durante la alimentación a menudo se centran en las prácticas, por ejemplo: ¿Cuándo introducir utensilios, ¿Qué hacer cuando un niño se niega a comer? etc. Hubo relativamente pocos intentos de integrar las prácticas de alimentación con los estilos de alimentación y una falta de directrices claras para los programas de intervención en la promoción de conductas de alimentación saludable y crecimiento (27).

Es por ello que el MINSA a través del Instituto Nacional de Salud / CENAN ha desarrollado un Documento Técnico sobre Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil (2009). Considerando que los determinantes del estado nutricional son multifactoriales, las prácticas que deben promoverse incluyen principalmente aspectos vinculados con la alimentación, salud, higiene y apoyo psicoactivo (28).



Evaluación de la práctica alimentaria:

- **Práctica adecuada.**

Es aquella realización en la cual las madres proporcionan alimentos complementarios al niño de 6 a 24 meses de edad, en cantidad, frecuencia, consistencia y fracción adecuada según el grupo de edad al que corresponda (29).

- **Práctica inadecuada.**

Se denomina a aquel comportamiento en donde las madres, no proporcionan alimentos complementarios al niño de 6 a 24 meses de edad, en cantidad, frecuencia, consistencia y fracción adecuada según el grupo de edad al que corresponde (30).

A continuación, se describen los principales aspectos, referentes a la alimentación complementaria, para el presente estudio se tomará las edades de 6 meses a 24 meses de edad (31).

2.2.2.2. Alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses.

La alimentación es definida como la ingestión de una serie de sustancias que tomamos del mundo exterior y que forman parte de nuestra dieta, un acto voluntario y consciente que aprendemos a lo largo de nuestra vida” (32).

Es por eso que la alimentación complementaria es un elemento importante en la buena salud, donde influye la calidad de los alimentos, la cantidad de comida y los hábitos alimentarios para el bienestar del ser humano, con lo cual se obtiene una nutrición equilibrada. La nutrición, propiamente dicha, es el conjunto de procesos mediante los cuales el organismo recibe, transforma y utiliza las sustancias nutritivas que contienen los alimentos (33).



La alimentación es un proceso voluntario a través del cual las personas se proporcionan sustancias aptas para el consumo, las modifica partiéndolas, cocinándolas, introduciéndolas en la boca, masticándolas y deglutiéndolas. Es a partir de este momento que acaba la alimentación y empieza la nutrición (25).

Por otro lado, la alimentación es el acto de proporcionar los alimentos indispensables al cuerpo para que pueda funcionar correctamente y ejecutar las tareas básicas o cotidianas (34).

Una buena alimentación proporciona el combustible necesario para que el cuerpo pueda funcionar correctamente dependiendo de cuales sean las tareas a realizar. Por este motivo la alimentación se considera buena saludable siempre y cuando se adapte a las necesidades y gasto energético de cada individuo. Existen muchas formas de alimentarse, pero solo existe una forma para nutrirse (35).

El número de comidas que se pueden realizar con los alimentos es muy variado, pero cuando éstos quedan reducidos en el aparato digestivo en unas cuantas sustancias nutritivas, la nutrición es unitaria y monótona (36).

Según la Organización Mundial de la Salud (2003) considera que una alimentación es saludable siempre y cuando sea:

- **Completa:** Incluye productos de todos los grupos alimentarios. Al combinarlos, aportarán los nutrientes necesarios: Macronutrientes (carbohidratos, grasas y proteínas) como micronutrientes (vitaminas y minerales).
- **Equilibrada:** Toma cantidades apropiadas de alimentos, pero sin excesos.



- **Suficiente:** Intenta cubrir las necesidades del organismo para asegurar las funciones vitales y permita mantener el peso corporal adecuado.
- **Variada:** La mezcla de diferentes alimentos proporcionará los aportes de vitaminas y minerales que tu organismo necesita.
- **Adecuada para cada individuo:** Adapta tu dieta a tus necesidades (edad, sexo, actividad, historia clínica, constitución corporal, hábitos alimentarios, época del año) (37).

2.2.2.3. Importancia de la Alimentación Complementaria.

El niño durante su etapa de crecimiento y desarrollo adquiere y desenvuelve un sin número de habilidades, al mismo tiempo que incrementan sus requerimientos energéticos y nutricionales, por lo que la alimentación exclusiva con leche humana o artificial no puede ser igual en estas etapas de la edad pediátrica (38).

La alimentación complementaria tiene un papel decisivo en el crecimiento y desarrollo adecuado del niño. Encontrando así que el mayor deterioro de la situación nutricional de los niños se observa entre los seis primeros meses y los dos años de edad. Este es un período crítico en donde se produce la transición de la lactancia materna exclusiva a la introducción de alimentos complementarios, además de mantener la ingesta continuada y adecuada de leche materna (39).

Existen 4 principios de la alimentación complementaria, definidos por la OMS, que determinan que la alimentación complementaria debe:

- ✓ Ser adecuada a las necesidades energéticas y nutricionales del niño.



- ✓ Introducirse a una edad apropiada y no reemplazar la ingesta de leche materna sino añadirse a esta.
- ✓ Mantenerse libre de contaminaciones ambientales y biológicas.
- ✓ Ser proporcionada en una forma y estilo que es coherente con el apetito del niño, la frecuencia y métodos de alimentación deberán ser acordes a su edad. (OMS, 2003)

Estos cuatro principios de la alimentación complementaria son muy importantes ya que a través de ellos nos permitirá asegurar una nutrición suficiente, segura y que además afiance lazos emocionales con la familia (12).

2.2.2.4. Nutrientes.

El MINSA (40) menciona que a través de los alimentos se obtienen las sustancias nutritivas: Carbohidratos, proteínas, lípidos, vitaminas, minerales y agua. Dichos nutrientes son básicos para el mantenimiento de la vida, las funciones del organismo, renovación de tejidos y la actividad diaria.

A. CARACTERÍSTICAS DE LOS NUTRIENTES BÁSICOS EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

NUTRIENTE	FUNCIÓN	ALIMENTOS EN LOS QUE SE ENCUENTRAN
Proteínas	Principal material estructural y funcional de las células del cuerpo, ayudan al crecimiento y reparación de tejidos.	<ul style="list-style-type: none">• Origen animal: Leche y sus derivados, huevos, carnes rojas y blancas.• Origen vegetal: Leguminosas, cereales, nueces, semilla de soya.• Granos secos, etc.



Carbohidratos	Básicos para el crecimiento, se almacenan como energía para realizar las actividades diarias.	<ul style="list-style-type: none">• Arroz, trigo, fideo, pan, yuca, zanahoria, camote, plátano, quinua, maíz, miel, etc.
Grasas	Regula la temperatura por medio de los ácidos grasos esenciales presentes en algunos vegetales. Formación y mantenimiento del sistema nervioso central del niño.	<ul style="list-style-type: none">• Canola, aceites de oliva, girasol o demás vegetales o compuestos.• Palta y mantequilla.• Aceituna, yema de huevo.• Algunas semillas como pecanas y almendras.• Lácteos enteros leche, queso, yogurt no descremado, etc.
VITAMINAS		
A	Crecimiento, salud de los ojos, estructura y función de las células de la piel y membranas mucosas.	<ul style="list-style-type: none">• Aceites de pescado.• Hígado, vegetales amarillos.• Frutas verdes y amarillas.• Hígado y riñones.• Mantequilla, yema de huevo.
B1	Crecimiento, metabolismo de los carbohidratos, funcionamiento del corazón, nervios, músculos.	<ul style="list-style-type: none">• Carnes, soya, leche, granos enteros, legumbres.
B2	Crecimiento, salud de la piel, boca, metabolismo de los carbohidratos, funcionamiento de los ojos.	<ul style="list-style-type: none">• Carnes, aves, soya, leche, vegetales verdes, huevos, levadura.
B3	Crecimiento, metabolismo de los carbohidratos, intestino y sistema nervioso.	<ul style="list-style-type: none">• Carnes, aves, pescado, maní, mantequilla, papas, cereales en grano, tomates, vegetales de hoja, etc.



B12	Intervienen en la formación del núcleo de las células.	<ul style="list-style-type: none">• Vegetales verdes, hígado, carnes, huevos, etc.
C	Crecimiento, fortalecimiento de los vasos sanguíneos, desarrollo de los dientes, salud de las encías.	<ul style="list-style-type: none">• Frutas cítricas, tomates, vegetales de hoja.
D	Crecimiento, metabolismo del calcio y fósforo, huesos y dientes.	<ul style="list-style-type: none">• Aceite de hígado de pescado, leche fortificada, huevos, etc.
E	Mantener la integridad muscular y la síntesis de la hemoglobina y porfirinas.	<ul style="list-style-type: none">• Aceite de germen de trigo, vegetales de hoja, leche, mantequillas.
A	Coagulación normal de la sangre, función hepática.	<ul style="list-style-type: none">• Vegetales verdes, aceites de soya, tomates.
MINERALES		
Sodio	Interviene en la regulación de la presión osmótica, equilibrio ácido básico, balance hídrico, la excitabilidad muscular y nerviosa.	<ul style="list-style-type: none">• Sal de cocina, leche y condimentos.
Potasio	Contracción muscular, conducción del impulso nervioso y mantenimiento de la presión osmótica.	<ul style="list-style-type: none">• Vegetales, frutas cítricas, bananas, albaricoques, etc.
Cloro	Mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico.	<ul style="list-style-type: none">• Mismas fuentes que el sodio.
Calcio	Interviene en la coagulación y excitabilidad neuromuscular, protección	<ul style="list-style-type: none">• Leche, cereales de grano entero, vegetales, carnes, etc.



	de leche, contractibilidad del miocardio.	
Hierro	Indispensable en la formación de la sangre, especialmente en la síntesis de la hemoglobina.	<ul style="list-style-type: none">• Carnes rojas, hígado, bazo, la vitamina C facilita la absorción de este mineral, etc.
Magnesio	Interviene en la transformación de la matriz ósea y síntesis de ácidos nucleicos.	<ul style="list-style-type: none">• Cereales, carnes, pescados, mariscos y legumbres.
Zinc	En la síntesis de ácidos nucleicos.	<ul style="list-style-type: none">• Origen animal: Carnes, pescado, yema de huevo, carne de cordero, hígado, ostras, aves, sardinas, mariscos.• Origen vegetal: Levadura de cerveza, algas, legumbres, setas, cereales integrales.
Cobre	Integrante de algunos sistemas enzimáticos oxidativo.	<ul style="list-style-type: none">• Hígado, maíz, legumbres, cereales, pescado, nueces, etc.
Agua	Elemento esencial que constituye el 75% del peso del organismo.	<ul style="list-style-type: none">• Alimentos líquidos y sólidos.

Fuente: Nutrientes, Vitaminas, Minerales, fuentes y funciones. INCAP. MINSA. 2010. (50)

2.2.2.5. TIPO DE ALIMENTOS EN FUNCIÓN A LA ALIMENTACIÓN

COMPLEMENTARIA.

A. CLASIFICACIÓN DE ALIMENTOS.

Según el Ministerio de Salud (MINSA) (40) en la norma técnica de promoción de la alimentación y nutrición saludable, clasifica a los alimentos según su función en:



➤ **Función biológica.**

Alimentos energéticos: Son aquellos ricos en hidratos de carbono y/o grasas proporcionan energía al organismo en dosis extras cuando el niño o la niña, realizan un gran esfuerzo físico (25).

- **Leguminosas.**

Las leguminosas son semillas maduras y secas. De alto valor energético por su elevado contenido en almidón, así como son excelentes proveedores de proteínas de bajo costo. Contienen en su composición hierro, fósforo y calcio también vitaminas del grupo B. entre las leguminosas más conocidas tenemos: El frijol (habichuela, judía o poroto), garbanzo (chicharro), habas secas, lentejas, pallares, soja, tarwi (guisante) y maní (cacahuete) (29).

- **Tubérculos.**

Alimentos energéticos de alto consumo por ser de fácil cultivo, bajo costo, excelente sabor y de buena digestibilidad. Entre las más conocidas tenemos:

❖ **Papa (patata):** Utilizado por las madres para la preparación de las primeras papillas por ser digestible.

❖ **Camote (batata):** Tubérculo dulce y comestible semejante a la papa.

❖ **Yuca:** Utilizada para la alimentación del infante como harina de yuca (mandioca o tapioca).

Alimentos formadores: Llamado también plásticos o constructores, ellos predominan las proteínas y el calcio. Son aquellos que ayudan a crecer y dar forma al cuerpo: piel, sangre, huesos, músculos, dientes, cabellos, uñas. Forman y reparan músculos, sangre,



dientes, huesos. Sirven para adquirir conocimiento, habilidades y alcanzar un buen desarrollo (30).

Alimentos Reguladores: Ricos en vitaminas, minerales y oligoelementos. Son los elementos que protegen de las enfermedades, mantienen el organismo regulado, la importancia está en las frutas y verduras (31).

➤ **Función nutritiva o grupos de alimentos:**

Los alimentos se han agrupado en base a sus características similares, al contenido nutricional y formas de preparación. Considerando 6 grupos de alimentos:

- **Cereales.**

A menudo es el primer elemento distinto de la leche que se introduce en la dieta de los lactantes. Tubérculos y menestras, este grupo se caracteriza por proveer energía, mayormente procedente de almidones y contienen otros nutrientes en pequeñas cantidades. (20). Entre los alimentos pertenecientes a este grupo tenemos: Cereales: arroz, trigo, maíz, avena, quinua, aquipicha, cañihua. Tubérculos: papa, camote, yuca, maca, etc. Menestras: lentejas, arvejas secas, garbanzos, frijoles, pallares. También se considera en este grupo a sus derivados como: harinas, fideos, pan, alimento deshidratado (chuño, papa seca). Los cereales contribuyen al aporte energético siendo sus características: Consistencia fluida (papillas), su buena aceptación y fácil deglución. Representan una importante fuente de energía por sus carbohidratos complejos. Aunque no contienen muchos lípidos, proporcionan cierta cantidad de ácidos grasos poliinsaturados, así como tiamina, sales minerales y algo de proteínas (32).

- **Cereales sin gluten.**

Los cereales son el primer alimento no lácteo que se introduce en la alimentación de los lactantes en forma de papillas. Su aportación energética es buena, debido a su



contenido de hidratos de carbono relativamente elevado que favorecen la digestión del niño.

A continuación, se mencionarán los cereales sin gluten para el inicio de la alimentación del infante:

- ❖ **Arroz:** Cereal más conveniente para iniciar la alimentación complementaria por ser mejor tolerado, digestible y menos alergénico
- ❖ **Maíz:** El almidón del maíz se usa para dar consistencia a las preparaciones (Ejemplo: Las papillas), esa de fácil digestión y absorción dentro de sus derivados del maíz tenemos la maicena y la chochoca
- ❖ **Mandioca:** Procedente de la raíz de yuca, contiene una fécula muy nutritiva.
- ❖ **Harina de soya:** A pesar de no desarrollar gluten, no se indica en las primeras etapas de la dieta por contener alérgenos y por su alto contenido de grasas que podrían provocar sobrecarga intestinal, es fuertemente alcalina.
Posee un elevado contenido de fitato el cual interfiere en la absorción de minerales.

- **Cereales con gluten.**

Estos cereales contienen un compuesto proteico llamado gluten (proteína vegetal) que puede provocar intolerancia en muchos niños, siendo la más grave la enfermedad celiaca. El gluten no existe en la naturaleza, se forma por la hidratación y el amasado de la harina de trigo o de centeno. El gluten de los cereales es la forma más conocida de presentación de las prolaminas tóxicas y estas pueden lesionar la mucosa del intestino, los cereales con gluten son:



- ❖ **Trigo:** Tiene una característica potencialmente alergénica (Prolamina-Gliadina). Derivados del trigo: sémola, pastas, pan bizcochos, productos de pastelería, rosquillas, galletas.
- ❖ **Avena:** Es de buena digestibilidad y ligeramente laxante incluye en su composición (prolamina-avenina) contiene fitatos los cuales interfieren en la absorción de minerales.
- ❖ **Cebada:** Es de poco uso pediátrico, además contiene (prolamina - hordeina).

- **Verduras y Hortalizas.**

Aportan diversas vitaminas, sales minerales, cantidades variables de carbohidratos, algo de lípidos, proteínas y agua. Significan además un notable suministro de fibra, importante no solo para la regulación de la motilidad intestinal, sino también para la modulación del metabolismo del colesterol, se emplean en forma de purés caseros, sin adición de sal, o en forma de productos industriales. Suelen integrar la dieta del niño, asociados a carnes o pescados a partir de los seis meses, pero cuidando entonces de excluir alimentos ricos en nitratos. En principio se dan muy triturados y a medida que progresa la función masticadora y la deglución de sólidos, va aumentando paulatinamente su textura para evitar rechazos de alimentos enteros en las semanas o meses próximos.

Se mencionarán las más empleadas para la alimentación del infante:

- ❖ **Apio:** Es de gran importancia porque goza de propiedades diuréticas, estimulantes, aperitivas.
- ❖ **Porro o puerro:** Muy utilizado como condimento no produce ningún tipo de alteración en el organismo. Esta hortaliza al pasar el tracto intestinal, destruye muchos parásitos y microbios que se hallan en el intestino humano. De aquí que se emplean en las diarreas especialmente de los niños.



- ❖ **Zanahoria:** Rica en pectinas, tiene acción antidiarreica porque fija el agua, es sustancia hidrófila, absorbe bacterias y toxinas, da sabor y color que da realce a los purés; por el alto contenido en fibra nos obliga a procesarla bien para que quede cremosa, es fuente de Bcaroteno y vitamina A.
- ❖ **Calabaza:** Fruto en pepinoide de carne blanca. Tiene el color y sabor más intenso que los del zapallito, sobre todo si se cocina en el horno. Con ello se obtienen purés suaves y se pueden variar las texturas y consistencias de las preparaciones, es una buena fuente de vitaminas, de fácil digestión muy recomendable para el inicio de la alimentación del niño.
- ❖ **Zapallo:** Fruto de corteza verde de carne amarilla – naranja. Contiene B- caroteno, es de fácil digestión muy recomendable para e inicio de la alimentación del niño; exquisito para purés con agregado de leche.
- ❖ **Cebolla:** Es utilizada para los aderezos en la olla familiar, es estimulante del apetito y restaura las energías del estómago.
- ❖ **Tomate:** Tiene alto contenido de vitamina C, cuya ingesta después de las comidas favorece la absorción del hierro proveniente de las comidas.

Es muy empleado en la preparación para las primeras comiditas del bebe, pero debe ser pelado y sin semilla, el jugo de tomate condice a diarreas, contiene 20mg% de vitaminas, exento de grasa y celulosa contiene vitamina “C” y minerales.
- ❖ **Achicoria o lechuga:** Tiene reconocidas propiedades digestivas, muchas de ellas en las hojas y en la raíz, como la intibina, una cantidad importante de inulina y también taninos, compuesto fenólico con capacidad antioxidante.
- ❖ **Espinaca:** Tiene saponina, ejerce una influencia excitante sobre las secreciones digestivas y estimula el apetito.



Es de efecto laxante, la espinaca contiene un porcentaje mayor de hierro que cualquier verdura común, aunque este se halla mayormente en forma de hematina, es altamente alcalina y mineralizante.

- ❖ **Nabo:** Posee un alto contenido de nitrato y por el contenido de azufre causa flatulencia, es recomendable dar este vegetal mucho después de iniciar la alimentación. Su sabor dulce agrada a los niños debido a su alto contenido de fibra, se debe procesar o colar bien para obtener un puré cremoso.

- **Frutas.**

Las frutas suelen ser el segundo alimento no lácteo que se introduce en la dieta, aunque no hay argumento científico importante que demuestren ventajas sobre el orden de introducción de cereales o frutas. Las frutas son ricas en agua, hidratos de carbono, residuos como la celulosa, vitaminas (especialmente la vitamina C) y minerales. En relación con el almidón se considera seleccionar las frutas que tengan sabor más dulce y el contenido energético mayor para iniciar la alimentación complementaria, además de su contenido en celulosa se tendrá en cuenta el tiempo de maduración (41).

- **Frutas Maduras.**

Contienen celulosa blanda y azúcares, se recomienda usar fruta madura sin piel y sin semillas para el niño ya que la verde da lugar a diarreas. Así tenemos:

- ❖ **Plátano:** Contiene albumina y carbohidratos, tienen cualidad purificadora y desintoxicante como las otras frutas.
- ❖ **Manzana:** La característica particular es que transforma deposiciones líquidas en firmes, voluminosas y homogéneas, considerada para la diarrea del niño. (Posee pectatos, efecto protector de la mucosa).



❖ **Naranja:** A partir del 7mo mes se recomienda incorporar algunas cucharaditas de zumo de naranja, por aportar vitamina C, además de favorecer la absorción de hierro proveniente de los vegetales y cereales.

- **Frutas poco maduras (verdes).**

Constituida por celulosa firme y azúcares fermentables. Contiene cascara y alto grado de acidez son: higo, uvas, ciruelas, melón, piña.

❖ **Higo fresco:** Alimento muy energético y de los más laxantes, posee un 50% de azúcar natural. También son ricos en minerales con bastante hierro, favorece la eliminación de parásitos.

❖ **Uva:** Es de gran utilidad, fácil de digerir, recomendable darla sin cascara y sin semilla.

❖ **Ciruela:** Es muy rica en hierro y calcio. Posee la propiedad de ser laxante y desintoxicante para el intestino por tener cualidades disolventes y eliminadoras de sustancias extrañas.

❖ **Piña:** Es nutritiva, digestiva, diurética y desintoxicante. De sabor agridulce con un aroma exquisito, estimula la digestión y la actividad del intestino.

- **Lácteos:**

Estos alimentos son excelentes fuentes de proteínas y minerales como el calcio que sirven para formar tejidos y fortalecer huesos y dientes. En este grupo se ha considerado a la leche en sus diferentes presentaciones: fresca, evaporada, en polvo y sus derivados como queso, yogur (42).



- **Carnes.**

La importancia nutricional de la carne reside en ser una excelente fuente de proteínas y hierro, aunque la absorción de este metal probablemente es menor en los alimentos, que cuando se administra sulfato ferroso solo y en ayunas. Las carnes para el niño deben contener poca grasa por ello es recomendable suministrar en un inicio el pollo sin piel (carne más ligera y fácil de triturar), las terneras se pueden mezclarse con los purés vegetales en cantidades dependientes de las proteínas que el lactante ingiera con la fórmula láctea. Usualmente comienzan a administrarse en raciones de 25 a 30 g al día, y se proseguirá de 40- 80 gr (42).

- **Aceites y azúcares:**

Están integrados por alimentos que son principalmente fuente de energía como: Aceite, manteca, mantequilla, crema de leche, semillas oleaginosas (maní, pecanas, nueces, castañas, avellanas, almendras, etc.) azúcar blanca, rubia, miel, chancaca (43).

B. ALIMENTOS ALÉRGICOS DURANTE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

La alergia a los alimentos ocurre cuando el sistema inmune reacciona frente a una sustancia concreta (alérgeno) que es bien tolerada por la mayoría de personas. El alérgeno es principalmente una proteína de un alimento con la que el afectado entra en contacto por ingestión, contacto o inhalación. La reacción más común es la formación de anticuerpos IgE (Inmunoglobulina E). En general, las alergias pueden afectar cualquier sistema del cuerpo y ocasionar síntomas como diarrea, náuseas, vómitos (42).



Alimentos que pueden causar alergias o intolerancias antes o después de los 6 meses:

✦ **EL PESCADO:**

La alergia al pescado es una reacción adversa, mediada por un mecanismo inmunológico, frente a algunas proteínas de este alimento. Se trata de una respuesta del sistema inmunitario frente a un alimento normalmente inofensivo. Habitualmente, esta respuesta inmunológica esta mediada por anticuerpos de la clase IgE, específicos para el pescado. Los alérgenos principales del pescado son unas proteínas pertenecientes al grupo de las parvas albúminas que se encuentran en las células musculares de las diferentes especies de pescado. En niños con antecedentes familiares, esperar su introducción hasta pasado el año de edad y/o probar tolerancia brindando al niño en mínimas cantidades observando cuidadosamente las reacciones que pueda presentar; si no hubiere reacción alguna se recomienda incluir pescado en la alimentación del niño ya que es fuente importante de ácidos grasos y hierro fundamentales en el desarrollo cerebral (43).

Por este motivo, actualmente se recomienda introducir el pescado a partir de los 9-11 meses, comenzando con pequeñas cantidades (unos 20-30 g) de pescado blanco, como merluza, gallo o lenguado, por su menor contenido en grasa y, en consecuencia, mejor digestibilidad y tolerancia, y aumentar progresivamente hasta 40-60 g/día. Posteriormente, alrededor de los 12-24 meses, se empezará a dar el pescado azul, siempre en cantidades pequeñas, que se irán aumentando paulatinamente para favorecer la tolerancia. En niños menores de 3 años, deben evitarse algunos pescados, como el pez espada o emperador y atún rojo, debido a su alto contenido en mercurio, que puede perjudicar el sistema nervioso en vías de desarrollo de los niños pequeños. Tanto el



pescado blanco como el azul, se pueden añadir al puré de verduras en sustitución de la carne 2-3 días a la semana (44).

En cuanto a su composición, el pescado, en general, aporta ácidos grasos nutricionalmente importantes, son ricos en vitaminas A, D y contienen considerables cantidades de yodo y fósforo. Por el contenido de grasa los pescados se clasifican en los tres grupos magros (1- 4% de lípidos), semi - grasos (5 - 9% de lípidos), grasos (más de 10% de lípidos). Para el niño se recomienda el consumo de los pescados blancos, los azules no, por contener una mayor cantidad de grasa. Dentro de los pescados blancos o magros por su bajo contenido de grasas tenemos: lenguado (0.5%); cojinova (0.7 %); bacalao fresco, dorada, lorna, mero, pescadilla, raya (1%); pejerrey (1.2%); rape (1.5%); merluza, trucha, paro, salmón (2%); besugo (3.5%), de importancia para el neurodesarrollo y por su efecto beneficioso (45).

✦ **EL HUEVO:**

La alergia al huevo es una reacción adversa causada por un mecanismo inmunológico y que se produce por la ingestión. Existen cinco proteínas alergénicas en la yema, siendo la ovoalbúmina la proteína más abundante. Al 9° mes se puede introducir la yema cocida, y el huevo entero hacia el 12° mes. Se recomiendan 2-3 huevos por semana (46).

Se recomienda en el lactante introducir primero la yema cocida (rica en proteínas de alto valor biológico, ácidos grasos esenciales, hierro y vitaminas liposolubles), comenzando con una cuarta parte añadida al puré de verduras y aumentando la cantidad progresivamente hasta ofrecer la yema completa, con una frecuencia de 2-3 veces por semana. Más tarde, se empezará a dar también la clara de huevo cocida en cantidades crecientes, contiene proteínas de alto valor biológico, siguiendo una pauta similar, no



antes de los 12-14 meses, por el alto poder alergénico de la ovoalbúmina de alta capacidad alergénica que contiene, razón por el cual no es recomendable brindarle al niño la clara de huevo antes de cumplir el año de edad. La equivalencia proteica de un huevo es igual a la de 50 g de carne y 60 g de pescado (47).

Pesa como término medio 50 gramos, el aporte nutricional más importante es el de la grasa en forma de lecitina y colesterol. Se recomienda dar siempre cocido, en cantidad no superior a media yema dos veces por semana. Nunca se debe servir semi-crudo o pasado por agua, ya que puede contener salmonella, tampoco debe utilizarse claras crudas batidas a punto de nieve. En conclusión, la parte mala de los huevos es que al ser una proteína de tan alto valor crean en el organismo sustancias de defensa que pueden llegar a desencadenar fenómenos alérgicos, las proteínas que se han identificado como los alérgenos mayores de la clara son la ovoalbúmina, ovomucoide y ovotransferrina. Por ello los pescados y los huevos son los últimos alimentos que se incluyen en la dieta del infante, por ser considerados alimentos alergénicos (41).

Como factor imprescindible:

- El Agua:

Los niños pequeños necesitan mayor cantidad de agua que los adultos por la capacidad limitada de sus riñones para manejar la carga renal de solutos, su porcentaje más elevado de agua corporal y su área de superficie mayor por unidad de peso corporal. Por lo tanto, el momento de introducción del agua como bebida "independiente" vendrá después, cuando inician la alimentación complementaria a partir de los seis meses. Entonces es conveniente empezar a ofrecerles agua, junto a la leche si siguen tomando (no en lugar de la leche) (48).



2.2.2.6. Esquema sobre los Alimentos Complementarios: Sus características son 4:

Según el MINSA (50) en su norma técnica titulada “lineamiento nutricional materno infantil del Perú”.

a) Consistencia de los Alimentos Complementarios.

A partir de los 6 meses de edad la niña o el niño además de continuar con la lactancia materna necesita iniciar la alimentación complementaria, por lo cual es difícil que los niños amamantados exclusivamente alcancen sus necesidades nutricionales a partir de la leche materna únicamente, los niños a esta edad están interesados en conocer nuevos sabores. De esta manera el lactante establece el contacto con nuevos estímulos (sabor, olor, textura, consistencia, etc.) que le permitirá una adaptación progresiva a una amplia familia de alimentos, los cuales deben incorporarse de forma gradual, de menor a mayor consistencia (50).

LIQUIDOS ----- SEMISOLIDOS(Papillas) -----SÓLIDOS

De acuerdo a los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil (49) , nos indica que a partir del sexto mes de edad, además de la lactancia materna, el niño deberá de iniciar la alimentación complementaria incluyendo preparaciones semi-sólidas como papillas, mazamorra o purés con una densidad energética no menor a 0,8 kcal/g, gradualmente se incrementará la consistencia y variedad de los alimentos que se le ofrezcan, adaptándolos a sus requerimientos y habilidades desarrolladas según su edad, también es recomendable adicionar una cucharadita de aceite, manteca, mantequilla u otro tipo de grasa en alguna comida del niño, pues de esta manera se estará aportando ácidos grasos y a su vez se estará incrementando la necesidad energética de las comidas del niño.



Las preparaciones líquidas (jugos, caldos) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio, las preparaciones espesas como purés o mazamorra, tienen la ventaja de poder concentrar un alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las necesidades nutricionales de la niña o el niño (51).

- **Leche materna:** Darle de lactar todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos ocho veces durante el día y la noche.
- **Consistencia:** Comidas espesas como papillas, purés, mazamoras.
- **Suplementos de hierro y Vitamina:**
Consumo del suplemento de hierro a partir del sexto mes y recibir el suplemento de vitamina A.

El MINSA (50) en su norma técnica titulada “lineamiento nutricional materno infantil del Perú”, ha propuesto que la consistencia de los alimentos del niño:

- **A los 6 meses:** Debe de tener una consistencia espesa y suave.
- **Alrededor de los 7 a 8 meses:** El niño intenta tomar los alimentos con sus manos y también con la cuchara iniciándose la autonomía de su alimentación por lo que hay que estimularlo, se proporcionará principalmente alimentos triturados.
- **Alrededor de los 9 a 11 meses:** Deberá de consumir alimentos picados y desmenuzados.
- **Alrededor de los 12 a 24 meses de edad:** Está capacitado para comer por sí solo y puede consumir los mismos alimentos que consume la familia, deberá de integrarse a su entorno familiar, deben de evitarse los alimentos que puedan causar que los niños se atoren o atraganten.

Cuadro N°1

Consistencia de los alimentos complementarios según edad del niño

EDAD	CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS
A los 6 meses de edad	El lactante deberá iniciar la alimentación con preparaciones semi-sólidas como papillas, mazamorras o purés con una densidad energética no menor a 0,8 kcal/g. gradualmente se incrementará la consistencia y variedad de los alimentos ofrecidos.
De los 7 a 8 meses de edad.	Se proporcionará principalmente alimentos triturados.
De los 9 a 11 meses de edad.	Se introducirán alimentos picados.
De los 12 a 24 meses de edad.	El lactante se deberá integrar su entorno familiar

FUENTE: Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú (2004) (49)

b) Frecuencia de los alimentos complementarios.

La frecuencia diaria de comidas según el MINSA (50) es estimada en función a la energía requerida debe de ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una:

- Capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal.
- Densidad energética mínima de 0,8 kcal/g de alimento.

Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada es baja o si al niño(a) se le suspende la lactancia materna requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales, es importante tener en cuenta que todos los



niños son diferentes, en este sentido algunas madres prefieren alimentarlos más seguido y otras optan por alimentarlos de forma fraccionada, tomando en cuenta el tiempo transcurrido entre cada comida (31).

La alimentación complementaria deberá distribuirse en varios tiempos de comida, que se irán incrementando gradualmente conforme crece y se desarrolla el lactante 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 tradicionales de su entorno familiar (32).

El Ministerio de salud (50) ha propuesto que la frecuencia de la alimentación del niño deberá de ser acorde a la edad, es así que:

- **A los 6 meses de edad:** Al lactante se le proporcionará 2 comidas al día distribuidas a media mañana y medio día además de la lactancia materna frecuente.
 - **Frecuencia:** 2 a 3 comidas al día (media mañana, mediodía y a media tarde)
 - **Suplementos de hierro y Vitamina:**
Consumo del suplemento de hierro a partir del sexto mes y recibir el suplemento de vitamina A.
- **De los 7 a 8 meses de edad:** Al lactante se le proporcionará 3 comidas al día a media mañana, medio día y media tarde además de la lactancia materna frecuente.
- **De los 9 a 11 meses de edad:** Al lactante se le proporcionará 3 comidas principales y deberá recibir una comida adicional, distribuidas en horas tempranas, media mañana, media tarde y noche además de la leche materna.



- **De los 12 a 24 meses de edad:** Finalmente la alimentación quedará establecida en tres comidas principales y dos comidas adicionales además de la leche materna a fin de fomentar la lactancia materna hasta los dos años de edad.

Además, las meriendas nutritivas pueden ser ofrecidas 1 o 2 veces al día, según lo desee el niño (51).

LAS MERIENDAS.

- ✓ Las meriendas se definen como alimentos consumidos entre comidas, siendo generalmente alimentos que los niños consumen por sí mismos y que son convenientes y fáciles de preparar, los que pueden visualizarse en el siguiente cuadro (49).

Cuadro N° 2

Frecuencia de los alimentos complementarios según edad del niño

EDAD	FRECUENCIA DE LOS ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS
A los 6 meses de edad	Al lactante se le proporcionará 2 comidas al día y lactancia materna frecuente.
De los 7 a 8 meses de edad.	Al lactante se le proporcionará 3 comidas al día y lactancia materna frecuente.
De los 9 a 11 meses de edad.	Al lactante se le proporcionará 3 comidas principales y deberá de recibir una comida entre adicional y su leche materna.
De los 12 a 24 meses de edad.	Finalmente 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 dos años de edad

FUENTE: Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú (2004) (49)

c) **Cantidad de los alimentos complementarios.**

Una niña o niño que recibe lactancia materna necesita energía de los alimentos complementarios para cubrir sus requerimientos diarios según su edad, esto se muestra en la cantidad de alimentos que debe recibir el niño(a) según su edad (44).

Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna. La alimentación complementaria, se efectuará varias veces durante el día; la misma que se irá incrementando gradualmente conforme crece y desarrolla la niña o niño según su



edad, sin descuidar la lactancia materna (45).

Las carencias nutricionales en la mayoría de los niños, no solo radican en la cantidad de alimentos ingeridos, sino también en la calidad de estos con respecto a su contenido de nutrientes (46).

Según el MINSA (50) en su norma técnica titulada “Lineamientos de nutrición materno infantil” se recomienda que los niños deban consumir sus alimentos en cantidades diferentes de acuerdo a el grupo de edad:

- **A los 6 meses de edad:** La cantidad de alimento debe ser entre 2 a 3 cucharadas en cada comida que equivale a $\frac{1}{4}$ de taza, hasta llegar a 5 dos veces al día.
 - 2 a 3 cucharadas = $\frac{1}{4}$ plato mediano = $\frac{1}{4}$ taza
 - 3 a 5 cucharadas = $\frac{1}{2}$ plato mediano = $\frac{1}{2}$ taza
- **Proporcionar:** 18 gramos de proteínas y 650 de calorías. Esto alcanza con 100 gramos de papillas de frutas, 300 gramos de papillas de verdura y 30 gramos de carne molida.

Desde los 6 meses de edad en adelante, la niña o niño debe tener su propio recipiente (plato o taza) y cucharita, para que la madre o la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta y conscientemente aumente la cantidad, de acuerdo con la edad y sus sensaciones de hambre y saciedad. A medida que mejora la aceptabilidad y la niña o niño recibe mayor cantidad de alimentos se puede aumentar su variedad. La incorporación de un nuevo alimento debe ser en volúmenes pequeños para prevenir posibles intolerancias y/o alergias (32).

- **De los 7 a 8 meses de edad:** La cantidad de alimento se aumentará a $\frac{1}{2}$ taza (100g ó 3 a 5 cucharadas aprox.); tres veces al día.



- Proporcionar: 18,6 gramos de proteínas y 650 de calorías. Esto alcanza con 100 gramos de papillas de frutas, 300 gramos de papillas de verdura y 30 gramos de carne molida.
- **De los 9 a 11 meses de edad:** Se incrementará a $\frac{3}{4}$ de taza (5 a 7 cucharadas de alimento por comida aprox.); tres veces al día, más una entre comida adicional.
- **Cantidad:** Servir casi completo el plato mediano ($\frac{3}{4}$)
 - 5 a 7 cucharadas = $\frac{3}{4}$ plato mediano = 1 taza
- Proporcionar: 19.6 gramos de proteínas y 650 calorías. Esto alcanza con 100 gramos de papillas de frutas, 300 gramos de papillas de verdura y 30 de carne molida y huevo.
- **De los 12 a 24 meses de edad:** Se consumirá una taza (200 g ó 7 a 10 cucharadas aprox.), tres veces al día más dos entre comidas adicionales (51).
- **Proporcionar:** 22 gramos de proteínas y 700 calorías. Esto alcanza con 120gramos de papillas de frutas, 350 gramos de papillas de verdura y 40 de carne molida y huevo (52).



Cuadro N° 3

d) Cantidad de los Alimentos Complementarios.

EDAD	CANTIDAD DE LOS ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS
A los 6 meses de edad	Se empezara con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día.
De los 7 a 8 meses de edad.	Se aumentará a $\frac{1}{2}$ taza (100g ó 3 a 5 cucharadas aprox.); tres veces al día.
De los 9 a 11 meses de edad.	Se incrementará a $\frac{3}{4}$ de taza (5 a 7 cucharadas aprox.); tres veces al día, más una entre comida adicional.
De los 12 a 24 meses de edad.	Se consumirá una taza (200 g ó 7 a 10 cucharadas aprox.); tres veces al día más dos entre comidas adicionales.

FUENTE: Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú (2004) (49)

e) Fracciones de los alimentos complementarios.

El MINSA (50) recomienda, aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo. El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y las cantidades normalmente consumidas durante cada comida.

Según el MINSA (50) en su norma técnica titulada “Lineamientos de nutrición materno infantil” se recomienda que los niños deban consumir en fracciones diferentes de acuerdo a el grupo de edad:

A los 6 meses de edad: Se empezará con 1 a 2 fracciones de comidas.

De los 7 a 8 meses de edad: Se puede continuar con las mismas fracciones.



De los 9 a 11 meses de edad: Continuar con las mismas fracciones o incrementarla.

De los 12 a 24 meses de edad: Si es necesario fraccionar la comida dependiendo de la cantidad de las comidas.

Cuadro N° 4

Fracciones de los alimentos complementarios según edad del niño.

f) Fracciones de los Alimentos Complementarios.

EDAD	FRACCIONES DE LOS ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS
A los 6 meses de edad	Se empezará con 1 a 2 fracciones de comidas.
De los 7 a 8 meses de edad.	Se puede continuar con las mismas fracciones.
De los 9 a 11 meses de edad.	Continuar con las mismas fracciones o incrementarla.
De los 12 a 24 meses de edad.	Si es necesario fraccionar la comida dependiendo de la cantidad de las comidas.

FUENTE: Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú (2004) (49)

➤ BASES FISIOLÓGICAS DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA.

Según los lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú (49) se indica que las bases fisiológicas de los niños (as) se desarrolla de la siguiente manera:

6 MESES.

A los 6 meses de edad poseen un grado de maduración suficiente y están preparados para la introducción de otros alimentos.



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) (45).

En el curso de los primeros 6 meses, el niño va aumentando gradualmente su capacidad gástrica, lo que le permite ingerir mayor cantidad de alimentos. La motilidad intestinal suele ya estar establecida. De igual forma el niño ha mejorado el tono del esfínter esofágico inferior, por lo que presenta un mínimo de reflujo gastro-esofágico funcional, así como una buena contractilidad antro-duodenal que favorece un mejor vaciamiento gástrico, comparado con los meses previos, asistimos a la desaparición gradual de reflejos como los de búsqueda, succión, y protrusión de la lengua. aparece la deglución voluntaria (53).

Desde el punto de vista digestivo, hay presencia de amilasa salival, existe una buena secreción de ácido clorhídrico, la actividad rítmica de masticación se inicia junto a la erupción dentaria alrededor del primer año de vida, de hecho, al inicio el niño mastica solo con las encías y tiene la capacidad de triturar alimentos de consistencia blanda. La fuerza y la eficacia con la que la mandíbula corta y tritura los alimentos maduran también con la edad. Por esa razón, es fundamental ir modificando gradualmente la consistencia de los mismos a medida que aumenta la capacidad masticatoria (37).

Cuando el inicio de la Alimentación Complementaria se realiza en torno a los 6 meses de vida, el lactante humano presenta un aparato digestivo prácticamente listo para adaptarse a la ingestión, digestión y absorción de los macronutrientes que esta supone, la lipasa que encontramos en la saliva del lactante presenta una actividad enzimática adecuada, pues a excepción de la dentición que apenas se inicia en esta edad, el niño ya ha desarrollado los mecanismos funcionales que le permiten ingerir alimentos en las texturas apropiadas (blandos, húmedos, machacados, etc.), como purés, papillas (54).



7 – 8 MESES.

Después del 6° mes es capaz de mantenerse un tiempo sentado con ayuda y de pasar un objeto de una mano a otra. Luego desde los 7 a 8 meses de edad, lleva objetos a su boca y los chupa, condición que permite ofrecer alimentos que puedan ser manipulados por él. Mordisquea y a través de movimientos laterales de la lengua es capaz de colocar la comida cerca de los dientes e intentar una masticación que todavía no es efectiva, por lo cual se proporcionará principalmente alimentos triturados (55).

La producción de enzimas alcanza niveles óptimos. La amilasa pancreática está ausente al nacer y se produce hacia el sexto mes de vida, igualmente ocurre con la lipasa y proteasas pancreáticas. Además, antes del cuarto mes la mucosa intestinal es permeable a moléculas grandes no hidrolizadas con capacidad antigénica lo que contribuye a las alergias alimentarias. La inmunotolerancia digestiva se alcanza al sexto mes por la colonización, desarrollo y calidad de la flora gastrointestinal (56).

9 A 11 MESES.

Las pautas de vaciado gástrico pueden verse influidas por el contenido proteico y graso del alimento. La leche materna se vacía en dos fases, una primera rápida y otra lenta. El ritmo de vaciado gástrico normal se alcanza hacia los 9 meses de edad. El pH gástrico es más alto que el del adulto, alcanza los valores de este hacia los 3 años de edad. La secreción de pepsina es alta. Al ser el pH gástrico menos ácido, la acción de la pepsina sobre la digestión de proteínas es menor, lo que puede favorecer el paso a la circulación de proteínas enteras. La secreción del factor intrínseco es la mitad, sin embargo, en esta edad el pequeño es capaz de absorber la vitamina B12 por un mecanismo distinto a este, el volumen de secreción pancreática es normal (57).



Empieza a llevarse objetos a la boca, a los 6 meses, hacia los 8 meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para deglutir alimentos más espesos, hacia los 9 a 11 meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos, de acuerdo a la maduración gastrointestinal se introducirán alimentos picados (29).

- ✓ Coordinación progresiva de mano, boca y masticación que les permite consumir alimentos picados.
- ✓ Comprensión del uso de la cuchara.
- ✓ Suficiente control manual y visual.

12 A 24 MESES.

Esta etapa comienza alrededor del primer año de vida del niño y se prolonga hasta los 2 años de edad en adelante. A partir de este momento, puede afirmarse que los mecanismos fisiológicos han alcanzado prácticamente la maduración y la eficiencia, para iniciar con la introducción de su entorno familiar, si en este periodo se establecen hábitos alimentarios saludables, estos pueden persistir a lo largo de toda la vida (58).

En contraste con la triplicación del peso de nacimiento que ocurre en los primeros 12 meses, transcurre otro año antes que se cuadruple el peso de nacimiento. Respecto a el sistema neuromuscular en estas edades se evidencian por:

- ✓ La capacidad para pinzar y agarrar alimentos con la mano.
- ✓ Los movimientos masticatorios rotatorios.
- ✓ Capacidad progresiva para llevar los alimentos a la boca y comer por sí mismo.

En este período el peso medio pasa de 9,5 a 14 kilos (es decir, un aumento del 50% prácticamente) y la talla media, de 74 a 96 centímetros (45).



Las proporciones del cuerpo en los niños pequeños cambian de manera importante. Estos cambios son graduales y sutiles, y se presencian durante un periodo de varios años. La composición corporal de estos niños se mantiene relativamente constante. La grasa disminuye de manera gradual durante los tres primeros años de vida (59).

En virtud de que los niños están en constante crecimiento y cambio, la valoración periódica de su progreso permite detectar y tratar con oportunidad cualquier problema. La talla y el peso de un niño deberán estar proporcionados. La vigilancia del crecimiento realizada con regularidad permite identificar problemas en una etapa temprana y aplicar las medidas de intervención o educación pertinentes a fin de no afectar al crecimiento a largo plazo. Un peso que aumenta a una velocidad mayor en relación con la talla sugiere el desarrollo de sobrepeso u obesidad. La falta de aumento de peso o la pérdida de éste durante los 12 a 24 de meses, puede obedecer a una nutrición insuficiente, alguna enfermedad aguda, una enfermedad crónica no diagnosticada, o a problemas emocionales o familiares importantes (60).

2.2.2.7. Rol de los padres en la crianza del niño.

El ser padres responde a ser responsables prioritariamente de la nutrición, educación, afecto, estimulación y desarrollo del niño, por lo mismo, el cuidar a los niños es una ardua responsabilidad lo cual ha repercutido frecuentemente en el rol de las mujeres y más aún si se trata de una madre sola (61).

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 las mujeres en su rol de madre poseen objetivos primordiales dentro de la sociedad. 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 (62).

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 (63).

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 (64).

2.2.2.8. Características sociodemográficas de las madres.

Edad:

La edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad. También marca una época dentro del período existencial o de vigencia, como la edad de mayor plenitud o esplendor, y dentro de la vida humana. Se reconocen grupos de edad, como la niñez, de la juventud, de la adultez o de la vejez. Estas edades se refieren a las edades cronológicas contadas por minutos, días, semanas meses o años. La edad en el que se encuentra una persona es muy importante para poder asumir deberes y derechos. Los "mayores de edad" deben de haber logrado durante la etapa



formativa, entre otras características, las habilidades y destrezas para desenvolverse con autonomía de pensamiento y acción en la vida social y, para adquirir compromisos de familia propia y relaciones de pareja. Son estas dos últimas características las que, con variaciones, acompañan a los individuos hasta el fin de su vida (65).

Grado de Instrucción:

El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Se distinguen los siguientes niveles: Personas analfabetas: Personas que no saben leer ni escribir, o que han culminado el nivel primario, secundaria, superior (66).

Las madres con un nivel de instrucción alcanzado suele buscar información para alimentar a sus hijos, otras madres que con una baja escolaridad no buscan información, asumen los cuidados por experiencia o influencia de terceros; de ahí que se encuentra actualmente, madres con poca información con respecto a la alimentación de sus niños o se conoce poco, siendo esta información la que ayudaría a darle un enfoque real y útil a las intervenciones educativo nutricionales que se realizan en busca de una mejora del estado de salud y nutrición de los niños (67).

Estado civil:

Se entiende por estado civil a la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo, con quien tiene lazos reconocidos jurídicamente, aunque el mismo no sea. Entre los más comunes encontramos el de soltería (aquellas personas que no se encuentran comprometidas legalmente con otras), el de casado (aquellas que sí lo están) y otros como: divorciado (las personas que



han roto el vínculo amoroso o legal con sus parejas) o viudos (los que han perdido a su pareja por deceso) (68).

Los niños muy pequeños dependen del buen cuidado que reciben en su nutrición. Los niños pequeños dependen casi totalmente de otros para recibir alimentos y por lo tanto para obtener una buena nutrición. Los niños dentro de un hogar estable, es decir con padres casados reciben mayores cuidados en su alimentación, lo que no ocurre dentro de familias disfuncionales o con padres separados (69).

Ocupación:

En términos generales, por ocupación se refiere a la acción y resultado de ocupar o de ocuparse. Es también, sinónimos de empleo cuando el trabajo que se realiza es asalariado al servicio de un empleador, vocación como el deseo de desempeñar una profesión o actividad aunque todavía no se han adquirido los conocimientos y aptitudes necesarias para desempeñar la misma, ejemplo comercio, trabajos eventuales, que generan un pago monetario y profesión, aquella que tiene como función en el ámbito de una empresa u organización, por la cual se recibe un sustento y que suele requerir de conocimiento especializados adquiridos siempre a través de educación formal (70).

Muchas mujeres se han incorporado a la fuerza laboral, no sólo por satisfacción profesional, sino también porque ellas y sus familias necesitan el ingreso; aunque otras están dedicadas al cuidado de los hijos (71).

Número de hijos:

El número promedio esperado de hijos que habría de tener una mujer durante su vida depende de la capacidad de atenderlos en su alimentación en el transcurso de sus años reproductivos en un determinado año o periodo (72).



El número de hijos que en promedio debe tener una mujer durante su vida fértil está de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad. Un número elevado de hijos, es por lo tanto un valor y un recurso que se asocia al tamaño ideal del hogar, al rol económico de los hijos, la supervivencia del grupo y el bienestar en general. Sin embargo, las condiciones difíciles de sobrevivencia, los cambios generacionales y la heterogeneidad de situaciones hacen que se deba contextualizar respecto a la factibilidad de alcanzar ese ideal o al deseo de disminuir el número de hijos (73).

2.2.2.9. 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 (74).

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 (43).



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

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

- ✓ Promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.
- ✓ Promover y apoyar la lactancia materna prolongada hasta los 2 años.
- ✓ Promover y apoyar el inicio de la alimentación complementaria a partir de los seis meses.
- ✓ Promover y fomentar adecuadas prácticas de alimentación, en especial el uso de mezclas balanceadas a partir de la olla familiar y el aumento de frecuencia de administración de alimentos; Detectar los riesgos de desnutrición a las deficiencias nutricionales y a establecidas en el niño menor de 5 años para su oportuna intervención.
- ✓ Apoyar en las acciones de intervención en los niños con deficiencia nutricional.
- ✓ Intervenir en la recuperación y rehabilitación nutricional en niños menores de 5 años con riesgo o deficiencia nutricional (75).

A. MARCO CONCEPTUAL.

Actitudes en alimentación complementaria: Es la predisposición que adopta la madre a través de la experiencia o la educación que recibe por parte del personal de salud, acerca de lo que conoce y entiende sobre la alimentación complementaria como actitud hacia la



cantidad de consumo, frecuencia, consistencia y la preparación de alimentos complementarios en la nutrición del niño a partir de los 6 hasta los 24 meses de edad.

Prácticas Alimentarias: 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, preparación de alimentos y la interacción en el momento de la alimentación del niño a partir de los 6 hasta los 24 meses de edad.

Alimentación Complementaria: Es la incorporación de otros alimentos junto con la leche materna en los niños a partir de los 6 meses de edad, la cual complementara a la leche materna dándole continuidad hasta los 2 años.

Lactante: Son todos aquellos niños de ambos sexos de 6 a 24 meses, que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud Simón Bolívar – Puno.

Madre: Es una persona de sexo femenino encargada del cuidado del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud Simón Bolívar - Puno.

Promoción de la salud: Consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer en mayor control sobre la misma, por lo tanto, es la suma de acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

2.3. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

A) A NIVEL INTERNACIONAL.

Un estudio realizado en Argentina año 2014, planteó como objetivo analizar las prácticas y creencias alimentarias que poseen las madres de niños de 6 a 24 meses de edad, que acuden a sus controles del Centro de Salud de la ciudad de Mar del Plata e



identificar el estado nutricional de los niños. El estudio fue descriptivo y transversal, la población estuvo conformada por 120 madres, para la recolección de datos se realizó una encuesta con preguntas abiertas y cerradas, para el peso y talla de los niños se tomaron de la historia clínica. Los resultados fueron: El 84% de los niños presentan un estado nutricional dentro de los parámetros normales. Al momento de la entrevista el 63% de los niños recibía lactancia materna, el 18% de los niños consumían diariamente bebidas azucaradas, el 58% iniciaron la alimentación complementaria a la edad de 6 meses, una práctica frecuente fue el enriquecimiento de las comidas con aceite o manteca, el 61% agrega sal a la comida de los niños, la madre es generalmente la encargada de la alimentación de los niños. En su mayoría piensan que la alimentación complementaria debe de iniciarse a los 6 meses de edad. Conclusiones: El investigador determinó el estado nutricional de la mayoría de los niños dentro de los parámetros normales. Así mismo el autor refiere que las madres en general poseen prácticas y creencias de acuerdo a las recomendaciones establecidas por los organismos nacionales e internacionales (76).

Otro estudio realizado en Cuba año 2018 tuvo como objetivo identificar las prácticas reales de alimentación complementaria y determinar la adecuación de la ingesta de energía y nutrientes. El estudio fue transversal en niños con edades entre 6 y 23 meses de edad, comprendió un muestreo aleatorio bietápico. Se calculó la muestra en 560 niños. Se sacó información sociodemográfica del niño y su medio familiar. Se aplicó una encuesta de consumo de alimentos por recordatorio de 24 horas dividido en dos etapas: a) Recolección de la información (trabajo de terreno) y b) trabajo de oficina alcanzando los gramos netos consumidos por el niño. Como resultados se logró: Que de 543 madres de niños entre 6 y 23 meses de edad encuestadas. El 42,4 % de los menores de un año son amamantados con una disminución hasta el 20,9 % durante el segundo año de vida, existe bajo consumo de frutas y vegetales, los menores de 1 año de edad consumieron como



promedio 914 kcal, el 45,3 % sobrepasa las recomendaciones de energía para esas edades y presenta un consumo excesivo, mientras los de 1 a 2 años consumen 1 052 kcal. Respecto a los minerales, se destaca el bajo consumo de hierro, con 51,1 % de niños con un consumo deficitario de este mineral. Concluyendo: Que el elevado porcentaje de niños con ingestas excesivas de energía constituye un factor predisponente a la obesidad desde las etapas tempranas de la vida (77).

C) A NIVEL NACIONAL.

Un estudio realizado en Lima año 2013, bajo el objetivo de determinar el conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio CRED, en el Puesto de Salud. Cono Norte 1er trimestre 2012. Se empleó el diseño cuantitativo, método descriptivo correlacional, de corte transversal. La población y universo estuvo conformada por 150 niños que se encuentran programados en crecimiento y desarrollo del niño, el cual se obtuvo aplicando el tipo de muestra probabilística de selección aleatoria. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario sobre conocimiento materno y las tablas de valoración nutricional antropométrica. Los resultados demostraron que el 76% de las madres tiene un nivel de conocimiento bueno y solo un 24% un conocimiento regular. El 89% de los niños tiene un estado nutricional normal y solo el 11 % se encuentra con sobrepeso. El 71,0% de las madres en niños evaluados con estado nutricional normal, tienen un nivel de conocimientos bueno sobre alimentación complementaria y el 6,0% de las madres en niños con sobrepeso, poseen un nivel de conocimiento regular sobre la alimentación complementaria. Concluye diciendo que, si existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad que asiste al consultorio de CRED, en el P.S. Cono Norte.



Ya que realizada la prueba ji cuadrada entre las variables involucradas en la investigación esta resultado significativa ($p < 0.05$) (78).

En Chiclayo se realizó un estudio en el año 2015 con el objetivo de identificar la efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses – Reque. El estudio fue de tipo cuantitativo – cuasi experimental. La población estuvo conformada por 50 madres con niños de 6-24 meses y la muestra por 30. En la recolección de datos se aplicaron 3 instrumentos y la prueba de la t de student de muestras relacionadas. Los resultados obtenidos mostraron: Al pos test 96.7% de madres alcanzaron un nivel de conocimientos alto, luego en prácticas se demostró que el 76 % de las madres poseen una práctica adecuada y el 24 % prácticas inadecuadas, finalmente 6.7 % de madres tienen actitudes inadecuadas, asimismo el 93.3 % de las madres tienen actitudes adecuadas. Se concluyó que el programa educativo sobre alimentación complementaria, tuvo una efectividad en el nivel de conocimientos, prácticas y actitudes de las madres con niños de 6 – 24 meses, demostrado a través de la prueba de t d student, obteniéndose un $t_c = -7.899$, con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$, por lo que se acepta la hipótesis de estudio (3).

El estudio realizado en Lima, año 2016, tuvo como objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años que asisten al consultorio de CRED del CS Villa San Luis, el cual su estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 madres. La técnica que se utilizó fue la entrevista-encuesta. El instrumento fue el cuestionario y la ficha de evaluación del estado nutricional del lactante. Se halló como resultado que el 40% son madres con conocimiento bajo, el 26% con desnutrición. Entre sus conclusiones se tiene que, si existe una relación significativa entre el nivel de



conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad, en relación al nivel de conocimientos que poseen las madres sobre alimentación complementaria se tiene que en su mayoría es bajo. Finalmente y en mención al estado nutricional del niño tenemos que la mayoría de los niños se encuentra entre desnutrición y sobrepeso, seguido de un significativo grupo de niños con estado nutricional normal (4).

Otro estudio realizado en Tumbes en el año 2016, cuyo objetivo fue el de determinar la efectividad del programa educativo en conocimientos, actitudes y prácticas de las madres que tengan niños/as de 6-24 meses de edad, sobre alimentación complementaria en la micro red Pampa Grande. Este estudio fue cuantitativo y diseño cuasi experimental, la muestra en estudio estuvo representada por 80 madres, de quienes se obtuvo información a través de un cuestionario, una escala de Likert y una lista de cotejo para medir el nivel de conocimiento, las actitudes y prácticas respectivamente sobre la alimentación complementaria. Los resultados respecto a la actitud demostraron que antes de la intervención el 35,0% de madres del grupo experimental y 32,5% del grupo control presentaban actitud mala y después dicho programa fue efectivo en conocimientos y actitudes. Sobre el conocimiento acerca de la alimentación complementaria, antes el 50% de madres del grupo experimental y 42,5% del grupo control tenían conocimiento deficiente. Respecto a las prácticas, el 15% del grupo experimental y el 22,5% del grupo control tenían practicas inadecuadas. En conclusión, se determinó que el programa educativo posee una gran efectividad en conocimientos y actitudes de las madres en la Alimentación Complementaria en Madres de niños/as de 6 - 24 meses de edad (79).

El estudio realizado en Huánuco en el año 2016, con el objetivo de determinar las actitudes y prácticas de las madres de niños de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro



de Salud Perú Corea- Huánuco –2015. Fue un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, transversal, realizado en 73 madres cuyos hijos tienen las edades de 6 meses a 24 meses. Quienes respondieron una guía de entrevista sociodemográfica, escala de actitudes y prácticas, previa validación y confiabilidad. Los resultados demostraron que el 91,8% manifestaron actitudes positivas sobre alimentación complementaria y el 90,4% demostraron prácticas adecuadas. Se concluyó que, las madres encuestadas en su mayoría tienen actitudes positivas y prácticas adecuadas (80).

Otro estudio realizado en Chiclayo en el año 2017, tuvo como objetivo identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas referidas acerca de alimentación, en madres con niños de 0-5 años diagnosticados, desnutridos crónicos en el primer trimestre 2015, microred Mórrope. Julio noviembre 2015. El estudio fue descriptivo transversal, aplicado a la población de la microred Mórrope. El tamaño de la muestra se determinó utilizando la calculadora estadística epidat v3.1, obteniéndose una muestra de 237, la información se recolectó a través de una encuesta (conocimientos y actitudes) las cuales fueron validadas por expertos (nutricionistas) en Lima-Perú 2014 y un cuestionario (prácticas) que fue validado por juicio de expertos (pediatras y nutricionista (Lima)) en Chiclayo-Perú. Se consideraron los caseríos con 20 o más niños confirmados con desnutrición crónica (13 caseríos de 21), de los 13 caseríos que se seleccionaron, se le asignó un número de encuestas por caserío por afijación proporcional. Como resultados se encontró que las madres en estudio de la microred de Mórrope, presentaron un nivel de conocimientos regular (42.2%), con un nivel de actitud desfavorable (69.2 %) y un nivel de prácticas inadecuadas (64.1 %), así como la edad de inicio de la alimentación complementaria, tema desconocido por la población, explicándose el bajo nivel educativo del público objetivo. Concluyeron mencionando que en las madres en estudio de la Microred de Mórrope, se identificó un nivel



de conocimientos regular, con un nivel de actitud desfavorable y un nivel de prácticas inadecuadas (81).

Un estudio realizado en Lima año 2017 con el objetivo de determinar las prácticas de alimentación complementaria que realizan las madres en niños de 6 meses a menores de 2 años con retardo del crecimiento, de los caseríos de Chuisamayac, Xolquilá y Chinimá, Aldea Tzampoj, Santa Catarina Ixtahuacán Sololá. Este estudio fue de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo y corte transversal. Se utilizó una muestra de 33 niños con retardo en el crecimiento. Resultados: Se identificó que el 56% de las madres encuestadas inicio la alimentación complementaria en sus hijos después de los 6 meses, solo el 34% de las madres indica que inicio su alimentación a los 6 meses, y el 10% inicio la alimentación antes de los 6 meses, dentro de sus conclusiones señalaron que las madres se caracterizan por ser mayormente jóvenes, monolingües, analfabetas, casadas, amas de casa, sin ingresos económicos, con más de 1 hijo, que comprende en la edad de 13 a 24 meses. Con relación a las prácticas de alimentación complementaria la mayoría de las madres tienen practicas inadecuadas pues inicia la alimentación complementaria a sus hijos después de los seis meses, preparan inadecuadamente la consistencia de los alimentos, le dan pecho y comida de manera incorrecta a sus niños sin considerar el grupo de edad, le dan pacha y en ella le dan atoles, café y leche de bote. En las prácticas adecuadas las madres en un porcentaje mayor reconocen que siguen dando pecho, proporcionan 2 a 3 comidas al día a sus hijos, realizan acciones del lavado de manos en la preparación de alimentos, mantienen limpia la cocina, separan los alimentos crudos de los cocidos, usan agua hervida o clorada para beber, sus hijos tienen su propia taza o plato en donde le sirven sus alimentos (82).

El estudio realizado en Lima e Iquitos año 2019 tuvo como objetivo determinar las prácticas maternas de alimentación de niños de 6 a 24 meses atendidos en



establecimientos de salud de Lima e Iquitos. En cuanto a el método, la unidad de análisis fue la madre de niño de 6 a 24 meses de edad. Se consideró un total de 151 madres en Lima y 168 en Iquitos. Para establecer la relación entre las prácticas de alimentación complementaria y la residencia, se utilizó la prueba Chi cuadrado con un nivel de significancia de 0,05. Como resultados se obtuvo 174 (54,55%) fueron mujeres, 191(59,87%) de los niños tenían entre 12 y 24 meses. Las madres tuvieron una edad mediana de 25 años. Hubo diferencia significativa en el cumplimiento de prácticas de alimentación complementaria entre los niños de ambas comunidades en: lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses ($p=0,007$), dieta mínima aceptable ($p=0,000$) y en el consumo de multimicronutrientes ($p=0,000$). En cuanto a las conclusiones el investigador determino que las diferencias entre las prácticas maternas de alimentación complementaria se evidencian en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva y el consumo de multimicronutrientes para niños de Lima, una mayor frecuencia de incumplimiento de una dieta mínima aceptable para niños de Iquitos (83).

D) A NIVEL LOCAL.

En Juliaca Puno, año 2016 se realizó un estudio bajo el objetivo de determinar la relación que existe entre Conocimientos y Prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Revolución, Juliaca 2015. El diseño de investigación fue no experimental de corte transversal de tipo correlacional, se realizó un muestreo no probabilístico estratificado, determinándose una muestra de 63 madres de niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Revolución. El instrumento que se utilizó es el cuestionario de conocimientos, que consta de 15 preguntas y prácticas de alimentación complementaria con 18 ítems tuvieron una duración de 15 minutos. Los resultados indicaron que 18 madres (28.6%) presentan un conocimiento bajo, seguido por 34 madres (54%) presentan un conocimiento medio y por



ultimo 11 madres (17.5%) presentan un conocimiento alto, con respecto a las prácticas donde 47 madres (74.6%) presentan prácticas desfavorables, seguido por 16 madres (25.4%) presentan prácticas favorables, encontrándose correlación directa y significativa entre las variables de estudio ($\text{sig}=.000$) concluyendo que si existe relación entre conocimientos y prácticas cuya correlación fue de $r = .845$ (5).

En Zepita Puno, en el año 2017, se realizó un estudio con el objetivo de comparar el conocimiento y actitud sobre la alimentación complementaria en madres de la jurisdicción del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC) San Pedro, la población y muestra de estudio estuvo constituida por la totalidad de madres con niños de 6 a 24 meses (50 madres). El estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal y diseño descriptivo – comparativo. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario sobre el conocimiento y la escala sobre la actitud. Los resultados muestran que del total de madres que asisten al CPVC, el 90% conocen sobre la alimentación complementaria, mientras las madres que no asisten al CPVC solo el 20%, respecto a la actitud frente a la alimentación complementaria, en madres que asisten al CPVC el 80% tiene actitud de aceptación y 20% tienen actitud de indiferencia, sin embargo en las madres que no asisten al CPVC el 70% tienen actitud de indiferencia y 30% de aceptación, no se evidencia actitud de rechazo en ninguno de los grupos de madres. Se concluyó que ambos grupos son diferentes estadísticamente, siendo mejor el conocimiento y la actitud de las madres que asisten al Centro de Promoción y Vigilancia Comunal (84).

Otro estudio realizado en Puno en el año 2018, tuvo como objetivo determinar la relación entre el estado nutricional, conocimientos y prácticas alimentarias de niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al Centro de Salud Simón Bolívar, Puno 2018. El estudio fue descriptivo, correlacional de corte transversal. Para ello se trabajó con una población muestral de 94 madres con sus respectivos niños que reunieran los criterios de inclusión.



Para la recolección de datos se empleó el método de la antropometría y la encuesta, como técnica la evaluación nutricional, para lo cual se pesó, talló (T/E y P/E) y se recolectó la edad del menor, se utilizaron 3 instrumentos: dos cuestionarios estructurados para determinar los conocimientos y prácticas alimentarias de las madres, una ficha de estado nutricional. Los resultados obtenidos se analizaron con la prueba estadística de Independencia de Criterio (Chi Cuadrado X²) con un $p < 0,05$ e intervalo de confianza de 95%. Como resultados se tuvo que según talla/edad, el 77.70% de los niños presentaron estado nutricional normal, un 19.10% presentan talla baja y el 3.20% tienen talla alta. Según el indicador peso/edad de los niños, el 74.50% de los niños se encuentran en un estado normal, el 8.50% de niños presentan desnutrición y 17.00% se encuentran con sobrepeso. El 12.80% tienen un nivel de conocimiento alto, el 39.40% presentan un conocimiento medio y el 47.80% tienen un conocimiento bajo. El 16.00% de las madres presentan buenas prácticas alimentarias, el 43.60% presentan prácticas alimentarias regulares y el 40.40% presentan malas prácticas alimentarias. Se concluyó señalando que si existe relación estadística entre los conocimientos y prácticas de la madre sobre alimentación del niño de 6 a 24 meses de edad con el estado nutricional según talla/edad y peso/edad (85).

2.4. HIPÓTESIS GENERAL.

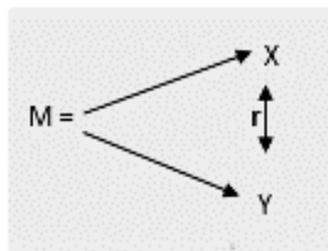
- H.G: Existe relación entre las actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Simón Bolívar Puno – 2019.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

- ✓ **Tipo:** El presente proyecto de investigación fue de tipo **Descriptivo/ Correlacional** porque se mostró la información tal y como se obtuvo de acuerdo a la realidad. Se presentó de manera objetiva y detallada la relación existente entre las variables estudiadas: Actitudes y prácticas sobre alimentación complementaria. De **corte transversal** porque la información se obtuvo en un momento dado, procediéndose a su análisis y descripción.
- ✓ **Diseño de la Investigación:** No experimental, transversal el cual es diagramado o esquematizado de la siguiente forma:



Donde:

- M:** Representa a la muestra representativa de las madres de los niños de 6 a 24 meses de edad que participaron en el estudio.
- X:** Representa a la variable: Actitudes sobre alimentación complementaria.
- R:** Representa la relación que existe entre las dos variables de estudio.
- Y:** Representa a la variable: Prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses de edad.



3.2. UBICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

El centro de salud Simón Bolívar se encuentra ubicado en el Departamento de Puno, Provincia de Puno, Distrito de Puno, asentamiento humano Simón Bolívar, ubicada en la zona sur oeste de esta ciudad a una distancia de 3 km de la ciudad en una zona accidentada rodeada de cerros, y su ámbito jurisdiccional está conformada por los Barrios Urbano Marginales, al centro de Salud Simón Bolívar.

Denominación: Establecimiento de Salud, 1-3 Centro de Salud Simón Bolívar.

Límites:

- **Por el Norte:** Barrió Santa Rosa.
- **Por el Sur:** Chejoña
- **Por el Oeste:** Cerró Cancharani
- **Por el Este:** Lago Titicaca.



Imagen N°1: Google Map - Mapa territorial del Centro de Salud Simón Bolívar - Puno.

El centro de salud Simón Bolívar está enfocado en la Atención Integral del niño a través de la estrategia de CRED: Crecimiento y desarrollo del niño, Inmunizaciones. Atención de niños enfermos, con Infecciones respiratorias, Enfermedades diarreicas, Desnutrición y detección de otras patologías propias de la edad. En relación a la población que acude a este centro de salud, la situación socio económica es deficiente y está caracterizada por tener áreas que agrupan a madres en pobreza y en extrema pobreza, con múltiples factores de riesgo de morbi-mortalidad.

En cuanto al índice de escolaridad (grado de instrucción) según el INEI (11), el alcance de educación en los diferentes niveles es de 78% de madres que tienen primaria completa, 14% secundaria completa y solo el 8% educación superior. Por lo tanto, la malnutrición no es ajena a nuestro medio, ya que las familias que asisten al centro de salud



Simón Bolívar son en su mayoría familias migrantes de los distritos de la zona aymara donde conservan sus propias costumbres, transmitidas de generación en generación y otras impuestas por el medio en el que se desenvuelven. Además de la poca disposición de las madres para brindar la alimentación complementaria, al dejar de lado los alimentos que corresponden para esta edad (6 a 24 meses); Son madres que ofrecen a sus niños alimentos procesados (Alimentos preparados para facilitar su consumo) como galletas, yogur, pasteles, chisitos, papitas light y otros, a pesar de recibir orientación nutricional cada vez que llegan a el consultorio de crecimiento y desarrollo.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Población: La población de estudio estuvo constituida por 180 madres con niños de 6 a 24 meses de edad, que acuden al centro de salud Simón Bolívar – Puno.

Grupo de edades	N° de madres
Madres con niños de 6 meses	25
Madres con niños de 7 a 8 meses	42
Madres con niños de 9 a 11 meses	45
Madres con niños de 12 a 24 meses	68
TOTAL	180

Fuente: Registro de CRED Centro de Salud Simón Bolívar 2019.

La muestra de estudio: La muestra representativa fue de 92 madres con niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar, la misma que se determinó mediante el muestreo no probabilístico aleatorio simple al azar por conveniencia.



Procedimiento del cálculo de la muestra:

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

Donde:

n = Muestra (92)

N = Población (180 madres y niños de 6 a 24 meses)

1- = Nivel de Confianza (95%, $Z^2 = 1,96$)

E = Error permitido (0,07)

p = Probabilidad de ocurrencia del evento (60%)

q = 1 – p (Probabilidad de no ocurrencia (40%))

Calculo del tamaño de la muestra:

$$n = \frac{180 \cdot 1,96^2 \times 0,6 \times 0,4}{0,07^2 \cdot (180 - 1) + 1,96^2 \times 0,6 \times 0,4}$$
$$n = 92$$

Estratificación de la muestra:

Se aplicará la siguiente fórmula:

$$\text{nh} = \frac{\text{NH (n)}}{\text{N}}$$

Grupo de edades	NH=Estrato poblacional	nh= Estrato muestral
Madres con niños de 6 meses	25	13
Madres con niños de 7 a 8 meses	42	21
Madres con niños de 9 a 11 meses	45	23
Madres con niños de 12 a 24 meses	68	35
TOTAL	N=180	n=92

- **TIPO DE MUESTREO.**

Sustentado por Hernández, Fernández y Baptista (24) el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, porque la elección de madres se realizó en base a los siguientes criterios.

- **Criterios de inclusión y exclusión.**

Criterios de inclusión.

- Madres de niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al control de crecimiento y desarrollo del centro de Salud Simón Bolívar.

-Madres que acepten participar de la investigación, previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

-Madres de niños de 6 a 24 meses de edad que no acuden al control de crecimiento y desarrollo del centro de salud simón bolívar.

- Madres que no acepten participar de la investigación. “Previo consentimiento informado”.

3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIA	INDICE
ACTITUDES DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA: Son las predisposiciones que tienen las madres para alimentar al niño con alimentación complementaria durante el periodo de 6 a 24 meses.	Tipos de actitud hacia la alimentación complementaria.	1. La madre debe obligar a comer al niño(a).	De acuerdo (3 puntos)	Actitud favorable (24 a 30 puntos)
		2. La madre siente preocupación porque el niño(a) no come.	Indiferente (2 puntos)	Actitud indiferente (17 a 23 puntos)
		3. El cansancio de la madre interfiere en la alimentación del niño(a).	En desacuerdo (1 punto)	Actitud desfavorable (10 a 16 puntos)
		4. La madre se siente alegre a la hora de alimentar al niño (a).		
		5. La madre prefiere que los familiares alimenten al niño (a).		
		6. La madre utiliza medios de distracción durante la alimentación del niño(a).		
		7. El ambiente tiene que ser tranquilo y		



		<p>favorable para alimentar al niño(a).</p> <p>8. La madre debe de castigar al niño(a) cuando se ensucia al alimentarse.</p> <p>9. La madre debe de castigar al niño(a) cuando no quiere comer.</p> <p>10. La madre debe de alimentar al niño(a) con toda la familia.</p>		
<p>PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:</p> <p>Es la actividad que realizan las madres para brindar alimentación complementaria según la edad del niño, tomando en cuenta la consistencia, frecuencia, cantidad y fracciones.</p>	<p>Prácticas de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 6 meses de edad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consistencia de los alimentos complementarios • Frecuencia de los alimentos complementarios • Cantidad de los alimentos complementarios • Fracciones de los alimentos complementarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica adecuada. • Práctica inadecuada 	<p>(5 a 8 puntos)</p> <p>(0 a 4 puntos)</p>
	<p>Prácticas de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 7 a 8 meses de edad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consistencia de los alimentos complementarios • Frecuencia de los alimentos complementarios • Cantidad de los alimentos complementarios • Fracciones de los alimentos complementarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica adecuada. • Práctica inadecuada 	<p>(5 a 8 puntos)</p> <p>(0 a 4 puntos)</p>
	<p>Prácticas de las madres sobre la alimentación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consistencia de los alimentos complementarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica adecuada. • Práctica 	<p>(5 a 8 puntos)</p> <p>(0 a 4</p>



	complementaria en niños de 9 a 11 meses de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de los alimentos complementarios • Cantidad de los alimentos complementarios • Fracciones de los alimentos complementarios 	inadecuada	puntos)
	Prácticas de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 12 a 24 meses de edad.	<ul style="list-style-type: none"> • Consistencia de los alimentos complementarios • Frecuencia de los alimentos complementarios • Cantidad de los alimentos complementarios • Fracciones de los alimentos complementarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica adecuada. • Práctica inadecuada 	(5 a 8 puntos) (0 a 4 puntos)

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

- **Técnica:** Se aplicó la técnica de la encuesta, ya que es un procedimiento indirecto entre el investigador y los sujetos de estudio haciendo el uso de un documento.
- **INSTRUMENTOS:**
 - a) **Escala de actitudes de las madres sobre alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses de edad. (Anexo 1)**

Escala de actitudes sobre la alimentación complementaria, la cual consta de 10 reactivos. Este instrumento de recolección de datos que se utilizó en el presente estudio fue extraído de la investigación de Cisneros y Vallejo (3), El cual fue validado por juicio de tres expertos, quienes acreditaron experiencia en el tema para emitir los juicios y modificar la redacción del texto a fin de que este sea comprensible para el entrevistado, se realizó una



muestra piloto con 30 madres del centro de salud de Monsefu y sometido a la prueba de Alfa Crombach, cuyo resultado determinó que el instrumento es altamente confiable al haber obtenido como resultado 0.809.

Esta escala consta de 10 reactivos, para ser respondido en tres categorías:

- De acuerdo = 3 puntos
- Indiferente = 2 puntos
- En desacuerdo = 1 punto

En base a:

Medición

- Actitud desfavorable = 10 a 16 puntos
- Actitud indiferente = 17 a 23 puntos
- Actitud favorable = 24 a 30 puntos

b) Cuestionario de prácticas alimentarias de las madres sobre alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses de edad (Anexo 2)

El cuestionario sobre prácticas de la alimentación complementaria consta de 5 reactivos, fue tomado del estudio de Ramírez (82) y adaptado para el presente estudio por ser un instrumento bastante comprensible, la misma que fue llevada a juicio de expertos (02)Nutricionistas y (01) Enfermera, para su validación y para la confiabilidad se tomó una muestra piloto con 9 madres y cuidadoras con hijos de 6 meses a menores de 2 años del caserío Chuisajcava, sometido a la prueba de Alfa Crombach, cuyo resultado determinó que el instrumento es altamente confiable al haber hallado como resultado 0.849.



Las interrogantes serán respondidas en 3 categorías donde:

- Practica adecuada = 2 puntos
- Practica inadecuada = 0 puntos

En base a:

Medición:

- Prácticas inadecuadas = 0 a 4 puntos
- Prácticas adecuadas = 5 a 8 puntos

Validez y confiabilidad.

Escala de actitudes sobre la alimentación complementaria, la cual consta de 10 reactivos. Este instrumento de recolección de datos que se utilizará en el presente estudio fue tomado de la investigación de Cisneros y Vallejo (3). El cual fue validado por tres expertos; quienes acreditaron experiencia en el tema para emitir los juicios y modificar la redacción del texto a fin de que sea comprensible para el entrevistado, fue llevado a muestra piloto con 30 madres del centro de salud de Monsefu y sometido a la prueba de Alfa Crombach, cuyo resultado determinó que el instrumento es altamente confiable al haber obtenido como resultado 0.809.

El cuestionario sobre prácticas de la alimentación complementaria consta de 5 reactivos, fue tomado del estudio de Ramírez (82) y adaptado para el presente estudio por ser un instrumento bastante comprensible, la misma que fue llevada a juicio de expertos (03) Nutricionistas (02) Enfermeras para su validación y para la confiabilidad se tomó una muestra piloto con 9 madres y cuidadoras con hijos de 6 meses a menores de 2 años del caserío Chuisajcava, sometido a la prueba de Alfa Crombach, cuyo resultado determinó que el instrumento es altamente confiable al haber encontrado como resultado 0.849.



3.6. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para recolectar la información en el presente estudio se procedió de la siguiente manera.

3.6.1.1. Organización:

- Se realizaron los trámites administrativos en la facultad de enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno para obtener las facilidades correspondientes, durante la recolección de datos en el centro de salud Simón Bolívar – Puno.
- Se solicitó la autorización y carta de presentación de la Decana de la Facultad de Enfermería.
- Se realizaron los trámites correspondientes en la oficina del jefe del centro de salud, en donde se presentó el documento de aceptación (Acta de aprobación) para la ejecución del proyecto de investigación y la carta de presentación.
- Se realizó coordinaciones con la enfermera jefa, responsable del consultorio de Crecimiento y Desarrollo para tener acceso a la población de madres y sus niños al momento de obtener la información, para la ejecución del presente estudio de investigación de acuerdo a la fecha designada.

3.6.1.2. De la(s) técnica(s) e instrumento(s).

- Se procedió a dirigirse al ambiente de ejecución (CONSULTORIO DE CRED-SIMÓN BOLIVAR), los días y las horas establecidas según el cronograma de atención.
- Se captó a la madre con su respectivo niño (a) entre las edades de 6 a 24 meses a medida que llegaron al consultorio de CRED, tomando en cuenta los criterios de



- inclusión establecidos en la investigación hasta completar la muestra de estudio.
- Dando una explicación en forma breve se obtuvo el consentimiento respectivo de la madre, para así poder aplicar los dos instrumentos.
 - La aplicación de los dos instrumentos se hizo en un solo formato para evitar la confusión de los datos de cada variable de estudio.
 - En relación a aquellas madres que por algún motivo no tenían disponibilidad de tiempo y requerían irse a casa con prontitud, vi la factibilidad de aplicar el instrumento, en la sala de espera, justo antes de ingresar a el consultorio, para el control de CRED de sus niños.
 - Al iniciar con la aplicación de los instrumentos, se impartió indicaciones respecto a la escala de actitudes y el cuestionario de prácticas de las madres sobre alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad.
 - Se les explico una por una la forma de llenado indicado, la cual fue anónima y personal, teniendo en cuenta que cada respuesta tenía que ser verídica de acuerdo a los aspectos que se evaluaron y el llenado en general.
 - Respecto a la recolección de datos, las madres realizaron el llenado de ambos instrumentos dando a conocer sus respuestas de cada afirmación (marcando con una x), se tomó en cuenta el tiempo establecido para responder, el cual fue de 15 a 20 min como máximo.
 - Finalizada la aplicación del instrumento, las madres recibieron una orientación nutricional sobre la alimentación complementaria acorde a la edad de su niño(a), enfatizando las deficiencias encontradas. Por ejemplo: Si al emplear los instrumentos: La práctica de la madre en relación a la consistencia era adecuada, sin embargo, tenía deficiencias en cuanto a frecuencia y fracción, se procedía con la orientación nutricional para lo cual se preparó un material educativo de creación



propia y también se trabajó con materiales de la institución.

- Respecto a todas aquellas madres que por algún motivo (x) no pudieron venir de acuerdo al día y la hora citada correspondiente a este grupo de edad (6 a 24 meses), se procedió con la visita domiciliaria respectivamente, previa llamada telefónica. Para así poder concluir con todo el proceso de ejecución en general.

- **LIMITANTES DE LA INVESTIGACIÓN.**

En relación a el contexto y lugar de aplicación se tuvo que trabajar en un espacio reducido durante la ejecución, indudablemente fue un tanto complicado, por la comodidad de las madres.

Las madres con niños, incluidos en este grupo de edad (6 a 24 meses) quienes estuvieron citadas para el control y que por algún motivo (x) no asistieron a su cita en el día indicado, fueron una limitación debido a la falta de asistencia de las madres en la recolección de datos ya que no fue lo esperado y por ende se tuvo que prolongar el tiempo de ejecución por dos semanas más en función al grupo de estudio.

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Plan de tabulación: Al término de la ejecución y obtención de datos se procedió de la siguiente manera:

- ✓ Codificación de encuestas.
- ✓ Calificación, tabulación y organización de los datos.
- ✓ Se elaboró cuadros de información para los resultados obtenidos de ambas variables de estudio.
- ✓ Se analizaron e interpretaron los datos.

Tratamiento estadístico:

- Se realizó el vaciado de datos en el programa de EXCEL para el cálculo de porcentajes y cuadros.
- Posteriormente se elaboró las tablas, de acuerdo a los objetivos planteados en el instrumento.
- Finalmente se analizó e interpretó los datos en forma porcentual.

Estadística descriptiva: Frecuencias y porcentajes.

$$P = \frac{Xx100}{N}$$

Porcentaje:

Donde:

X: Número de casos

N: Tamaño de la muestra.

Estadística inferencial: Prueba estadística Hi cuadrada.

$$x_c^2 = \sum_{i=1}^c \sum_{j=1}^f \frac{(O_{ij}) - (E_{ij})^2}{E_{ij}}$$



Donde:

O_{ij} = N° de casos observados.

E_{ij} = N° de casos esperados.

c = N° de filas.

f = N° de columnas

Planteamiento de hipótesis.

H_0 = No existe relación entre las actitudes y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses de edad.

H_a = Existe relación entre las actitudes y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses de edad.

Nivel de significancia:

0.05

Regla de decisión:

Si $X^2_c > X^2_t$

Donde:

X^2_c = Hi cuadrada calculada.

X^2_t = Hi cuadrada crítico.



Resultado de la investigación: Frente a los datos estadísticos obtenidos con la prueba chi cuadrada.

$$\mathbf{X2c = 63,456 > X2t = 5,991 \quad GL = 2 \quad p = 0,000}$$

Por lo tanto: Se rechaza la H_0 (Hipótesis nula) y se acepta la H_a (Hipótesis alterna):

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS.

O.G.

TABLA 1

RELACIÓN ENTRE LAS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PUNO - 2019.

ACTITUDES	PRÁCTICAS					
	ADECUADAS		INADECUADAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Actitud favorable	15	16,3	2	2,2	17	18,5
Actitud indiferente	3	3,3	30	32,6	33	35,9
Actitud desfavorable	0	,0	42	45,7	42	45,7
TOTAL	18	19,6	74	80,4	92	100,0

Fuente: Escala de actitudes y el cuestionario de prácticas alimentarias.

$X^2_c = 63,456 > X^2_t = 5,991$ GL = 2 p= 0,000.

En la tabla 1 se muestra resultados de la relación entre las actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses, donde se aprecia que el 45.7% de madres tienen actitud desfavorable, seguido de un 35,9% de madres con actitud indiferente y el 18,5% con actitud favorable.



Respecto a la práctica alimentaria, se observa que el 80,4% de madres tienen prácticas inadecuadas y solo el 19,6% prácticas adecuadas.

Al relacionar la actitud y las practicas alimentarias en cuanto a porcentajes, encontramos con predominio que el 45,7% de madres con actitud desfavorable y el 32,6% con actitud indiferente poseen practicas inadecuadas, a diferencia del 16,3% de madres con actitud favorable quienes presentan prácticas adecuadas sobre la alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses.

Al relacionar las variables de estudio actitudes y prácticas, frente a datos estadísticos obtenidos con la prueba estadística Chi Cuadrado en donde $X^2_c = 63,456 > X^2_t = 5,991$ para 2 grados de libertad y $p = 0,000$ para $\alpha < 0,05$, se determinó que, si existe relación entre las actitudes desfavorables y prácticas inadecuadas de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad, por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación.

De acuerdo a nuestros resultados se demostró que las actitudes de las madres en niños de 6 a 24 meses de edad son determinantes para la práctica de alimentación complementaria, por ende la práctica adecuada requiere de actitudes favorables, elemento básico que solo se da en un mínimo porcentaje de madres (16,3%), puesto que en la mayoría de las madres mantienen actitud desfavorable situación que se relaciona con las practicas inadecuadas hacia la alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses de edad.

O.E.1.**TABLA 2**

ACTITUDES DE LAS MADRES HACIA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PUNO - 2019.

ACTITUDES	EDADES									
	7 a 8				12 a 24				TOTAL	
	6 meses		meses		9 a 11 meses		meses		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Actitud favorable	3	23,1	2	9,5	5	21,7	7	20,0	17	18,5
Actitud indiferente	4	30,8	9	42,9	8	34,8	12	34,3	33	35,9
Actitud desfavorable	6	46,2	10	47,6	10	43,5	16	45,7	42	45,7
TOTAL	13	100,0	21	100,0	23	100,0	35	100,0	92	100,0

Fuente: Escala de actitudes de las madres sobre alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses de edad.

En los resultados de la tabla 2 se muestra las actitudes de las madres hacia la alimentación complementaria según el grupo de edad del niño de 6 a 24 meses, donde se aprecia que el 47,6% de madres con niños de 7 a 8 meses presentan actitud desfavorable, así mismo, el 46,2% de madres con niños de 6 meses, seguido del 45,7% de madres con niños de 12 a 24 meses y el 43,5% de madres con niños (as) de 9 a 11 meses.

En conclusión, la mayoría de las madres tienen actitudes desfavorables.

O.E.2.

TABLA 3

PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN CUANTO A LA CONSISTENCIA, FRECUENCIA, CANTIDAD Y FRACCIONES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLIVAR PUNO - 2019.

PRÁCTICAS	EDAD									
	6 meses		7 a 8 meses		9 a 11 meses		12 a 24 meses		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CONSISTENCIA										
Práctica adecuada	13	100,0	18	85,7	20	87,0	8	22,9	59	64,1
Práctica inadecuada	0	0,0	3	14,3	3	13,0	27	77,1	33	35,9
Total	13	100,0	21	100,0	23	100,0	35	100,0	92	100,0
FRECUENCIA										
Práctica adecuada	6	46,2	5	24,0	8	34,8	15	42,9	34	37,0
Práctica inadecuada	7	53,8	16	76,0	15	65,2	20	57,1	58	63,0
Total	13	100,0	21	100,0	23	100,0	35	100,0	92	100,0
CANTIDAD										
Práctica adecuada	4	3,0	8	38,0	10	43,5	18	51,4	40	43,5
Práctica inadecuada	9	69,0	13	62,0	13	56,5	17	48,6	52	56,5
Total	13	100,0	21	100,0	23	100,0	35	100,0	92	100,0
FRACCIÓN										
Práctica adecuada	5	38,5	12	57,0	12	52,2	12	34,3	41	44,6
Práctica inadecuada	8	61,5	9	43,0	11	47,8	23	65,7	51	55,4
Total	13	100,0	21	100,0	23	100,0	35	100,0	92	100,0

Fuente: Elaboración propia.



Los resultados de la tabla 3 muestran las prácticas de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad, donde se aprecia que el 64,1% de madres tienen práctica adecuada y el 35,9% practica inadecuada de acuerdo al mayor porcentaje.

Según grupo de edad, respecto a la **consistencia** del alimento se observa que el 100% de madres con niños de 6 meses tienen práctica adecuada, así mismo el 87,0% de madres con niños de 9 a 11 meses y el 85,7% de madres con niños de 7 a 8 meses.

Según grupo edad, respecto a la **frecuencia** del alimento se observa que el 76% de madres con niños de 7 a 8 meses tienen práctica inadecuada, asimismo el 65,2% de madres con niños de 9 a 11 meses, el 57,1% de madres con niños de 12 a 24 meses y el 53,8% de madres con niños de 6 meses.

Según grupo edad, respecto a **cantidad** del alimento se observa que el 69% de madres con niños de 6 meses tienen práctica inadecuada, así mismo el 62% de madres con niños de 7 a 8 meses, el 56,5% de madres con niños de 9 a 11 meses y el 48,6% de madres con niños de 12 a 24 meses.

Según grupo edad, respecto a la **fracción** 65,7% de madres con niños de 12 a 24 meses tiene prácticas inadecuadas, asimismo el 61,5% de madres con niños de 6 meses, el 47,8% de madres con niños de 9 a 11 meses y el 43% de madres con niños de 7 a 8 meses.



4.2. DISCUSIÓN.

Los resultados encontrados en el estudio de investigación demostraron que al relacionar las variables de estudio actitudes y prácticas, frente a datos estadísticos obtenidos con la prueba estadística Chi Cuadrado en donde $X^2_c = 63,456 > X^2_t = 5,991$ para 2 grados de libertad y $p = 0,000$ para $\alpha < 0,05$, se determinó que, si existe relación entre las actitudes desfavorables y prácticas inadecuadas de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad, por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación.

Una práctica adecuada requiere de actitudes favorables, elementos básicos que solo se da en un mínimo porcentaje de madres, porque en la mayoría, las actitudes son desfavorables lo que conlleva a prácticas inadecuadas sobre la alimentación complementaria del niño.

Respecto a la relación de las variables de estudio, actitudes desfavorables y prácticas inadecuadas de las madres sobre la alimentación complementaria en estas edades, Marcos. (23) afirma que si las madres presentan actitudes desfavorables hacia la alimentación complementaria, imposibilitara el cumplimiento de prácticas adecuadas, dando como resultado una alimentación complementaria deficiente.

Acerca de la alimentación complementaria, papel decisivo en el crecimiento y desarrollo adecuado del niño, los especialistas de la salud son enfáticos en recalcar la importancia que implica, Ccasa y García (39) señalan que los niños en esta etapa de vida se encuentran en un periodo crítico, en donde se produce la transición de la lactancia materna exclusiva a la introducción e incorporación de alimentos complementarios, por lo tanto se debe mantener la ingesta de alimentos en forma continua y gradual correspondiente a las necesidades y/o requerimientos energéticos en cada edad. Gamarra, Porroa & Quintana. (20) refieren que la falta de nutrientes no permitirá un adecuado crecimiento y desarrollo.



Asimismo, Yoka. (8) refiere que la actitud desfavorable de las madres hacia los alimentos complementarios de baja calidad en combinación con las prácticas alimentarias inadecuadas deja a los niños menores de dos años con un elevado riesgo de contraer desnutrición y sus efectos derivados en los países en desarrollo. Por lo tanto, Belagonia. (25) manifiesta que la nutrición juega un rol fundamental en el desarrollo del ser humano.

A similitud de los resultados encontrados en nuestro estudio, Carlos (85) concluyó señalando que si existe relación estadística entre las actitudes desfavorables y prácticas inadecuadas de las madres sobre alimentación del niño de 6 a 24 meses de edad, sin embargo nuestros resultados son diferentes a el estudio de León (5) en donde se halló un porcentaje mayor al relacionar sus variables tanto en actitud desfavorable como en prácticas inadecuadas de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad.

Deducimos que los resultados hallados en la investigación de León (5) & Carlos (85) a diferencia de nuestro estudio posiblemente se deba a las percepciones erróneas de las madres, encontradas en nuestra investigación, también presumimos que el número de hijos se asocia significativamente con la actitud desfavorable de las madres y sus prácticas inadecuadas hacia la alimentación complementaria. Gustavo. (72), puntual en señalar que el aumento en el número de hijos incrementa las responsabilidades y debilidades de las madres en base a la alimentación complementaria por ser las cuidadoras principales, lo que conllevaría a la falta de tiempo y la predisposición correspondiente hacia la alimentación complementaria de sus hijos.

Los resultados obtenidos del presente estudio de investigación respecto a la variable actitud de las madres hacia la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Simón Bolívar,



demuestran, que la mayoría de las madres independientemente de la edad del niño tienen actitud desfavorable hacia la alimentación complementaria.

Analizando la variable, actitud de las madres Marcos (23) y Marrufo (19) mencionan que la actitud desfavorable de las madres en un porcentaje elevado, nos revela una predisposición negativa hacia la alimentación complementaria del niño, que puede estar influenciada por las percepciones erróneas inducidas por los familiares y otros, en donde no se le da la importancia requerida a la introducción de alimentos en forma progresiva y gradual. Torres. (22) Señala que probablemente las madres no perciben que la alimentación complementaria del niño requiere de la leche materna conjuntamente con la incorporación de alimentos complementarios sobre todo hasta los 2 años, de acuerdo a nuestros hallazgos las madres realizan todo lo contrario, ofrecen alimentos poco nutritivos, genéticamente procesados para facilitar su consumo, como golosinas, gaseosas, chisitos especialmente cuando el niño tiene más de un año.

Al comparar nuestros hallazgos con los resultados reportados por Aguayo y Chávez (79) encontramos correspondencia, sin embargo el porcentaje de madres con actitud desfavorable es menor a nuestros resultados, cabe recalcar que en este estudio antes de intervenir tanto a las madres del grupo experimental y grupo control presentaban actitud desfavorable hacia la alimentación complementaria en el niño de 6 a 24 meses de edad.

En este estudio se evidenció un mayor porcentaje respecto a la actitud desfavorable de las madres hacia la alimentación complementaria del niño de 6 a 24 meses de edad. A oposición del estudio de Cisneros y Vallejos (3) en Chiclayo donde se observó que la minoría de las madres tienen actitudes desfavorables hacia la alimentación complementaria de sus niños de 6 – 24 meses. Sin embargo, es diferente con los resultados obtenidos por García (80), porque encontraron que un menor porcentaje de madres manifestaron actitudes desfavorables



sobre alimentación complementaria, así mismo, con el estudio realizado en Puno por Candro (84) en Zepita, donde las madres que habían asistido al Centro de Promoción y Vigilancia Comunal mostraron actitud desfavorable, mientras que en nuestro estudio las madres que asisten al control de CRED de sus niños al Centro de Salud Simón Bolívar el porcentaje es menor, pero aun así sigue siendo preocupante porque se encuentra cerca del 50% seguido de Aldana (81) 2017, en Lima quien al estudiar la actitud de las madres sobre este mismo tema, reportó que el 60% de las madres tienen actitud desfavorable sobre la alimentación complementaria del niño.

Podemos deducir que este porcentaje menor en relación a las actitudes desfavorables de las madres en los resultados obtenidos por García (80), Cisneros y Vallejo (3), Candro (84) & Aldana (81) a diferencia de nuestro estudio posiblemente se deba a el ámbito de aplicación y público objetivo de la presente investigación. En donde se evidencio que las barreras, percepciones erróneas, creencias y experiencias culturales, probablemente sean la causa principal que esté afectando la capacidad para establecer y percibir una actitud favorable en las madres hacia la alimentación complementaria, que trae por lo general consecuencias desfavorables en la nutrición del niño, dado que desde tempranas edades los niños(as) presentan cuadros de desnutrición, problemas diarreicos que aumentan la vulnerabilidad de contraer enfermedades, ante este reto y la deficiencia que implica, es necesario priorizar la alimentación complementaria para poder cubrir estas necesidades tal y como lo indica Parada D (10).

Si bien la alimentación complementaria en combinación con una actitud desfavorable de las madres en niños menores de 2 años, podría ocasionar debilidades nutricionales en sus pequeños, puesto que es de responsabilidad de la madre y/o cuidadores, quién o quienes deberían de proporcionar los alimentos nutritivos a los niños y a través de ellos inculcar los buenos hábitos relacionados con su alimentación, como lo indica Castro (61) enfático en



puntualizar que el ser padres responde a ser responsables prioritariamente de la nutrición y el cuidado de ardua responsabilidad que ha repercutido frecuentemente en el rol de las mujeres y más aún si se trata de una madre sola. Las madres con una actitud desfavorable como los refiere Marrufo (19), indudablemente, generará posibles problemas de desnutrición, poniéndolos en riesgo de presentar alteraciones que afectarían su normal crecimiento y desarrollo, predisponiéndolos a enfermedades a lo largo de su vida.

En relación a la variable prácticas de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad. De acuerdo a nuestros hallazgos en términos generales se aprecia que la mayoría de las madres tienen practicas inadecuadas.

Según grupo de edad, respecto a la **consistencia** del alimento se encontró que la totalidad de madres con niños de 6 meses tienen practica adecuada, así mismo madres con niños de 9 a 11 meses seguido de madres con niños de 7 a 8 meses y en un porcentaje similar madres con niños de 12 a 24 meses, lo que significa que la mayoría de las madres están preparando los alimentos según la edad del niño, esto probablemente obedezca a que esta parte de la información fue internalizada.

Según grupo edad, respecto a la **frecuencia** del alimento se encontró que la mayoría de madres de niños de 7 a 8 meses tienen practica inadecuada, asimismo madres de niños de 9 a 11 meses, madres de niños de 12 a 24 meses y las madres de niños de 6 meses.

Según grupo edad, respecto a **cantidad** del alimento se encontró que las madres con niños de 6 meses tienen practica inadecuada en un mayor porcentaje, seguido de madres con niños de 7 a 8 meses, madres con niños de 9 a 11 meses y en un porcentaje menor madres con niños de 12 a 24 meses.



Según grupo edad, respecto a la **fracción** se halló que las de madres con niños de 12 a 24 meses tiene practicas inadecuadas en un porcentaje mayor, asimismo madres con niños de 6 meses, seguido de madres con niños de 9 a 11 meses y en un porcentaje menor madres con niños de 7 a 8 meses.

Ocasionada posiblemente por el escaso conocimiento sobre la forma de alimentar bajo estos criterios.

Acerca de la variable práctica sobre alimentación complementaria también, reflejada en el comportamiento específico, respuesta expresada que caracteriza a la madre sobre todas aquellas actividades que realiza en torno a la preparación de alimentos al momento de brindarlos al niño de 6 a 24 meses de edad, facultad y/o la destreza que se adquiere progresivamente, según Torrez & Marcos (32) respaldados por el MINSA, consideran que las prácticas inadecuadas de las madres acciones poco oportunas a las circunstancias del período crítico de transición, son importantes e imprescindibles ya que dichas carencias, como lo argumenta Lucas (75), suponen una amenaza para la salud y el desarrollo de los infantes de todo el mundo, en particular para los niños de madres con ingresos bajos cuya ocupación en un mayor porcentaje es la de amas de casa (Anexo C3).

Kathy & Roberta (12) son precisas en afirmar que en países como el nuestro, durante el periodo e incorporación de la alimentación complementaria las prácticas de las madres (en términos de consistencia, frecuencia, cantidad y fracción) de los niños y niñas se encuentran en un riesgo elevado de tener problemas nutricionales. Miranda (41) afirma que a menudo los alimentos complementarios ofrecidos son de baja calidad nutricional, estos se introducen demasiado temprano o demasiado tarde, en cantidades pequeñas, con poca frecuencia y con una inadecuada consistencia para la edad, de manera que no se brindan de acuerdo al requerimiento y nivel de desarrollo del niño(a).



En mención a las prácticas inadecuadas de las madres sobre la alimentación complementaria de los niños de acuerdo a las características de los alimentos en Perú, según el INEI – Encuesta demográfica y de salud familiar realizada en el 2019 (11), demostraron que solo 8 de cada 10 niños (80%) a los 6 meses reciben alimentos acorde a su edad, 6 de cada 10 niños (60%) entre los 7 a 8 meses recibe las dosis de comidas principales, 4 de cada 10 niños(as) (40%) entre los 9 a 11 meses recibe dosis indicadas en cuanto a la consistencia y frecuencia recomendadas, 3 de cada 10 niños (10%) entre los 12 a 24 meses recibe porciones correctas en cuanto a la frecuencia y fracción, información que confirma la existencia de prácticas inadecuadas, cuyas acciones en su totalidad, influyen negativamente en el desarrollo óptimo del niño de 6 a 24 meses de edad, trayendo consigo consecuencias perjudiciales en la nutrición y por ende en la salud.

Nelly & Marianella (49) en la norma técnica denominada “Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú” (MINSA) afirman que la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad se prepara con alimentos apropiados para su edad bajo la siguiente división. A los 6 meses, se iniciará con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamoras o purés, entre los 7 y 8 meses, se dará principalmente alimentos triturados en las mismas formas de preparación, entre los 9 y 11 meses, se introducirán los alimentos picados y finalmente entre los 12 y 24 meses de edad deberán integrarse a la alimentación de su entorno.

Nuestros hallazgos presentan diferencia con el estudio de Cisneros y Vallejo (3), porque demostraron que la menor parte de las madres tenían prácticas inadecuadas sobre la alimentación complementaria, mientras que en nuestro estudio el porcentaje de madres con practica inadecuada asciende en un porcentaje mayor, cercano a nuestros resultados Aldana (81) en Lima encontró que la mayoría de las madres tienen prácticas inadecuadas. Así mismo, el estudio de Aguayo y Chávez (79) en Tumbes, quienes antes de desarrollar el Programa Educativo encontraron que la menor cantidad de madres del grupo experimental y el grupo



control tenían practicas inadecuadas sobre la alimentación complementaria de niños de 6 a 24 meses.

Los resultados de nuestro estudio también son diferentes con la investigación de García (80) porque solo un mínimo porcentaje demostraron prácticas inadecuadas sobre alimentación complementaria, mientras que en nuestro estudio se presenta en un mayor porcentaje sobre todo en términos de FRECUENCIA, CANTIDAD Y FRACCIÓN independientemente de la edad del niño de ahí que el 80,4% de madres tienen prácticas inadecuadas, demostrando con ello, según Ludwing (51) que las prácticas inadecuadas de las madres no permiten una alimentación complementaria adecuada a los niños de 6 a 24 meses de acuerdo a las características de los alimentos en cantidad, fracción y frecuencia.

Nuestro estudio es similar a los resultados reportados por Ramírez (82) en Quetzaltemango, al haber obtenido que las prácticas de alimentación complementaria son inadecuadas en la mayoría de las madres, quienes prepararon de manera errónea los alimentos en relación a la consistencia y fracción del alimento en niños de 12 a 24 meses.

En contraposición a el estudio de Carolina (76), en Argentina demostró que las madres en general poseen prácticas de acuerdo a las recomendaciones establecidas por los organismos nacionales e internacionales. Tomando en cuenta los resultados de Carolina (76), en comparación a nuestro estudio, podríamos dilucidar que la práctica inadecuada sobre la alimentación complementaria demostrada en nuestros hallazgos estaría posiblemente perjudicando la ingesta diaria de alimentos, al no satisfacer las necesidades nutricionales en cada grupo de edad del niño, por lo tanto, la madre al omitir especialmente la frecuencia, cantidad y fracción adecuada no contribuirá al buen desarrollo y crecimiento óptimo de su hijo.



La diferencia encontrada de la investigación de García (80) Cisneros y Vallejo (3), Aguayo & Chávez (79) en Tumbes, con nuestros hallazgos en relación a las prácticas inadecuadas de las madres alimentación complementaria en cada uno de los grupos de edad, posiblemente se deba a la limitada falta de conocimientos en forma detallada y la predisposición de las madres del C.S.S.B sobre la alimentación del niño según el grupo de edad, porque los alimentos que consumen los niños a los 6 meses difiere de los alimentos que recibe el niño de 12 a 24 meses en relación a la consistencia, cantidad, frecuencia y fracción sobre todo en estas características de los alimentos es en donde predomina la práctica inadecuada, que sumado a la actitud desfavorable como se muestran en la tabla 1, da a entender que los niños probablemente están recibiendo alimentos insuficientes según el requerimiento nutricional.

De acuerdo a nuestra percepción la práctica inadecuada sobre alimentación complementaria, puede deberse al bajo grado de instrucción alcanzado por la madres como se muestra en el anexo C1, donde resalta que la mayoría de las madres tienen educación secundaria; con este nivel muchas madres presentan limitaciones de comprensión, que sumado a la ocupación de comerciante y ama de casa (Anexo C2) predispone alimentar al niño en forma inadecuada; dado que el alimento que debe recibir el niño debe ser completa que incluya los nutrientes necesarios, equilibrada en cantidades apropiadas, suficientes que cubra las necesidades del niño, variada que proporcione aportes vitamínicos y minerales y adecuada según la edad del niño, para lo cual se requiere de una buena educación.

Otros aspectos que podrían estar limitando el cumplimiento de brindar una alimentación complementaria adecuada, puede ser la falta de tiempo, motivados por el tipo de trabajo o la carga familiar u otras responsabilidades que no les permite preparar los alimentos en cantidad suficiente, las veces que requiere el niño y la fracción adecuada, como se recomiendan en los lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú (49) en especial del niño de 12 a 24 meses de edad, donde el niño consume alimentos de la olla común. Los



alimentos que se ofrecen a esta edad muchas veces es alterada por la presencia de golosinas, perturbando la verdadera alimentación que el niño necesita para nutrirse, aunque algunas veces el niño a esta edad es dejado a terceros por el tipo de ocupación como el ser comerciantes (Anexo C2), por lo que no se garantiza la alimentación adecuada.

Finalmente haciendo mención a los hallazgos del presente estudio podríamos explicar que las madres de niños de este grupo de edad probablemente carecen de información que permita poner en práctica las recomendaciones que se brinda en el establecimiento de salud sobre alimentación complementaria, puesto que la mayoría de madres en niños de 6 a 24 meses tienen practicas inadecuadas sobre la frecuencia, cantidad y fracción. Lo que nos indica que la práctica conforme a la alimentación necesaria que requieren estos niños para poder nutrirse adecuadamente, no mejora a medida que aumenta la edad del niño, por el contrario, existen mayores deficiencias.



V. CONCLUSIONES

PRIMERA

- ✓ Al relacionar las variables de estudio actitudes y prácticas, frente a datos estadísticos obtenidos con la prueba estadística Chi Cuadrado en donde $X^2_c = 63,456 > X^2_t = 5,991$ para 2 grados de libertad y $p = 0,000$ para $\alpha < 0,05$, se determinó que, si existe relación entre las actitudes desfavorables y prácticas inadecuadas de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad.

SEGUNDA

- ✓ El mayor porcentaje de madres con niños de 6 a 24 meses, tienen actitudes desfavorables.

TERCERA

- ✓ Las prácticas de las madres sobre alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad, en la mayoría es inadecuada.
- ✓ Según el grupo edad 6 meses, es adecuada en consistencia, inadecuada en frecuencia, cantidad y fracción.
- ✓ Según el grupo edad 7 a 8 meses, es adecuada en consistencia y fracción, inadecuada en frecuencia y cantidad.
- ✓ Según el grupo edad 9 a 11 meses, es adecuada en consistencia y fracción, inadecuada en frecuencia y cantidad.
- ✓ Según el grupo edad 12 a 24 meses, es adecuada en cantidad, inadecuada en consistencia, frecuencia y fracción.



VI. RECOMENDACIONES.

AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA JEFA DE LA ESTRATEGIA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO.

- Se sugiere dar cumplimiento a lo establecido en el programa de seguimiento de CRED, según la norma técnica de salud, para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años, con la finalidad de monitorizar permanentemente la correcta administración de alimentos complementarios acorde al grupo de edad.
- Realizar talleres vivenciales que permitan promocionar, fortalecer e incentivar la participación de las madres durante el desarrollo de sesiones demostrativas en el Centro de Salud Simón Bolívar que permitan promocionar la alimentación complementaria, de acuerdo a las características de los alimentos en consistencia, frecuencia, cantidad y fracción.

A LAS MADRES DE FAMILIA CON NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD.

- Brindar la alimentación complementaria, tomando en cuenta las características de los alimentos complementarios en base a consistencia, cantidad, frecuencia y fracción, acorde a la edad de su niño (a)

A LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA.

- Durante las prácticas comunitarias enfatizar las actividades preventivo - promocionales a realizar en el Centro de Salud, con metodologías participativas como juegos: Ludoterapia.



- En las asignaturas de CRED, Nutrición y Dietética profundizar el tema de alimentación complementaria en términos de edad, consistencia, frecuencia, cantidad y fracción para brindar una adecuada información a la madre.

A LOS BACHILLERES DE ENFERMERÍA:

- Realizar estudios que evalúen la práctica de las madres sobre la preparación de la alimentación complementaria en relación a la edad de inicio, cantidad, frecuencia, consistencia y fracción de los alimentos en niños de 6 a 24 meses de edad.
- Realizar estudios comparativos con otros EE. SS, en donde se evalué las estrategias de comunicación que manejan para llegar a la población sobre la alimentación complementaria.
- Realizar estudios similares con enfoque cuantitativo sobre factores que influyen en las actitudes y prácticas de las madres sobre la alimentación complementaria en nuestra región en niños de 6 a 24 meses de edad.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Alimentación Complementaria. [Online].; 2018 [cited 2019 Abril 23. Available from: https://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/.
2. Jimenez A, Velasco B, Stella A. Conocimientos, prácticas y actitudes de madres de providencia, Colombia sobre alimentación, salud y enfermedad. Gastroenterologia. 2012 Noviembre; 14(3): p. 88-93.
3. Cisneros E, Vallejos Y. Efectividad del programa educativo en conocimientos, practicas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses, Reque, 2014. Repositorio de Tesis USAT. 2015.
4. Castro K. Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJ.M 2015. Lima Perú: Universidad Nacional Mayor fr San Marcos, Facultad de Medicina; 2016.
5. León R. Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud de Revolución, Juliaca – 2015. Tesis grado. Juliaca: Universidad Peruana Unión, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
6. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal. Primera ed. Lima Perú: Ministerio de Salud - Dirección General de Salud de las Personas; 2014.



7. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de. Primera ed. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas ; 2011.
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF. Seguimiento de la Situación de la Niñez y la Mujer - Estado actual + Progreso. [Online].; 2016 [cited 2019 diciembre 4. Available from: <http://data.unicef.org/childmortality/underfive#sthash.qywg95wQ.2xuRyFS9.dpuf>.
9. Instituto Nacional de Salud. Resultados de los Indicadores del Programa Articulado Nutricional: Según Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales 2008 – 2010. Lima. Perú. [Online].; 2011 [cited 2019 diciembre 7. Available from: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/zop/zona_izquierda_1/Informe%20Indic a.
10. Parada D. Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco. Revista Ciencia y Cuidado. 2011; 8(1).
11. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013. Lactancia y Nutrición de Niñas, Niños y Madres. [Online].; 2014 [cited 2020 septiembre 28. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/cap010.pdf.
12. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado Washington D.C.: Unidad de Nutrición, Salud de la familia y comunidad.
13. Ministerio de Salud. Documento técnico: lineamientos de gestión de la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable. Primera ed. Lima Perú: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud,; 2011.



14. Instituto Nacional de estadística e informática. Mapa de Desnutrición crónica en niños menores de cinco años a nivel provincial y distrital. [Online].; 2010 [cited 2019 diciembre 15]. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0881/libro.pdf.
15. Piscoche N. Conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, 2011. Tesis grado. Lima Perú: Universidad Nacional de San Marcos; 2012.
16. Ortego MdC, Álvarez M. Rema 4: Las actitudes. [Online].; 2016 [cited 2019 Marzo 29]. Available from: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_04.pdf.
17. Ivancevich J, Ñonopaske R, Matteson M. Comportamiento Organizacional. Unidad V: Actitudes. Séptima ed. Mexico: Mc-Geaw-Hill; 2006.
18. Huerta J. Actitudes humanas. Primera ed. Madrid España: Universidad de Mayores de Experiencia Recíproca; 2008.
19. Marrufo M. Actitudes de las madres hacia la alimentación infantil en preescolares del nido "Belén Kids", Los Olivos, 2011. Tesis grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2012.
20. Gamarra R, Porroa M, Quintana M. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres. An Fac med. 2010; 71(3).
21. Algneren M. Técnicas de medición por medio de escalas. [Online]. [cited 2019 Diciembre 23]. Available from: revistas.udea.edu.co › ceo › article › download.



22. Torres Y. Conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos en estudiantes del Área de Biomédicas – Universidad Nacional del Altiplano Puno 2018. Tesis grado. Puno-Perú: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Enfermería; 2019.
23. Marcos C. Psicología social Tomo III. En: Fernández B. Actitudes de las madres hacia la estimulación temprana y el desarrollo social en el niño menor de tres años España; 2009.
24. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de investigación. Cuarta Edición ed. Mexico: McGraw-Hill; 2018.
25. Belahonia G. Conocimientos y actitudes de las madres hacia la alimentación complementaria en niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Centro de Salud San Joaquín del distrito de Ica periodo mayo - julio del 2016. Tesis grado. Lima: Universidad Alas Peruanas, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud; 2017.
26. Zambrano R. Prácticas alimentarias de las mujeres. Primera ed.: Universidad Nacional de Colombia; 2019.
27. Ministerio de Salud. Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud materno infantil: documento técnico. Documento Técnico. Lima Perú: Instituto Nacional de Salud, Dirección General de Salud de las Personas; 2010.
28. Ministerio de Salud. Estado Nutricional por etapas de vida en la población peruana 2013-2014. Primera ed. Lima Perú: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición; 2015.
29. Romero E, Villalpando S, Pérez A, Alonzo C, López G, García A. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. Revista Medica Hospital Infantil Mexico. 2016; 73(5): p. 338-356.



30. Mal Nutrición. Etapas de malnutrición. [Online].; 2019 [cited 2020 setiembre 28]. Available from: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448198867.pdf>.
31. Grupo de Gastroenterología Pediátrica. Alimentación del lactante y del niño de corta edad. [Online].; 2019 [cited 2020 Setiembre 28]. Available from: <http://www.ampap.es/wp-content/uploads/2019/04/Alimentacion-del-lactante-y-del-ni%C3%B1o-de-corta-edad.pdf>.
32. Instituto Nacional de Salud. Estado nutricional y factores culturales que influyen en los hábitos alimentarios. estudio en población Shipibo-Conibo y Chayahuitas Lima Perú: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición; 2007.
33. Agostine C, Decsi C, Fewtrell M. ESPGHAN Committee on Nutrition. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN: Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr ; 2008.
34. Mendoza C, Vichido M, Cuadros C, Montijo E, Toro E, Ramirez J. Actualidades en alimentación complementaria. Acta Pediátrica Mexicana. 2017 mayo; 38(3).
35. Martínez V, Dalmau J. Alimentación Alimentaria: Pediatría Integral; 2020.
36. Gana en Salud. Nutrición y alimentación. [Online].; 2020 [cited 2020 septiembre 28]. Available from: <http://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/ecoblog/sartgon/nutricion-y-alimentacion/>.
37. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Primera ed. Washington D.C.: Biblioteca Sede OPS; 2010.



38. Cuadros C, Vichido M, Montijo e, Zárata E, Ramirez J. Actualidades en alimentación complementaria. *Acta Pediatrica Mexicana*. 2017 Mayo; 38(3): p. 182-201.
39. Ccasa Z, García A. Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 24 meses de edad Centro de Salud Buenos Aires Distrito Cayma Arequipa 2013. Tesis grado. Arequipa: Universidad San Agustín Arequipa, Facultad de Enfermería; 2013.
40. Ministerio de Salud. Módulo educativo para la Promoción de la alimentación y nutrición saludable dirigido al personal de salud. Segunda ed. Lima-Perú: Ministerio de Salud; 2014.
41. Mira D. Alimentación complementaria del niño entre 0-24 meses. [Online].; 2018 [cited 2019 Enero 12. Available from: <http://www.elhospitalblog.com/alimentacion-complementaria-del-nino-entre-0-24-meses/>.
42. Organización Mundial de la Salud. Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN) Nota informativa INFOSAN N° 3/2006 – Alergias alimentarias. [Online].; 2006 [cited 2020 setiembre 29. Available from: https://www.who.int/foodsafety/fs_management/No_03_allergy_June06_sp.pdf.
43. Ministerio de Agricultura. Manual Básico sobre procesamiento e inocuidad de productos de la acuicultura. [Online].; 2014 [cited 2020 setiembre 29. Available from: <http://www.fao.org/3/a-i3835s.pdf>.
44. Guía de calidad e higiene en la manipulación de alimentos. Pescados y derivados. [Online].; 2020 [cited 2020 setiembre 29. Available from:



- <https://tematico8.asturias.es/export/sites/default/consumo/seguridadAlimentaria/seguridad-alimentaria-documentos/pescados.pdf>.
45. Taverso J, Avdalov N. Bneficios del consumo del pescado. Primera ed. Uruguay: DINARA; INFOPECA; 2014.
 46. Mayo Clinic. Alewrgia al huevo. [Online].; 2020 [cited 2020 setiembre 29. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/egg-allergy/symptoms-causes/syc-20372115#:~:text=Algunos%20de%20los%20s%C3%ADntomas%20de,como%20c%C3%B3licos%2C%20n%C3%A1useas%20y%20v%C3%B3mitos>.
 47. Pereyra G. Alergia al huevo, clínica, diagnóstico y pronóstico.. [Online].; 2019 [cited 2020 Setiembre 29. Available from: https://www.aaiba.org.ar/links/Alergia_Pereyra.pdf.
 48. Paris E. La importancia del agua en la alimentación infantil. [Online].; 2011 [cited 2019 Enero 23. Available from: <https://www.bebesymas.com/alimentacion-para-bebes-y-ninos/la-importancia-del-agua-en-la-alimentacion-infantil>.
 49. Ministerio de Salud. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú Lima Perú: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición; 2004.
 50. Ministerio de Salud. Rotafolio de alimentacion complementaria a partir de los 6 meses. [Online]. [cited 2020 setiembre 29. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/402799/ROTAFOLIO001.pdf>.
 51. USAID. Unidad: 4: Alimentación complementaria a partir de los 6 a 24 meses. Primera ed. Estados Unidos: Oficina de Salud, Enfermedades Infecciosas y Nutrición; 2015.



52. Ministerio salud Ambiente. Guías Alimentarias para la Población Infantil son emitidas por la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Primera ed. Argentina: Programa Nacional de Garantía de Calidad de la atención Médica; 2006.
53. Comisión Técnica de Nutrición. Bases fisiologicas de la nutrición. [Online]. [cited 2020 Setiembre 29. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16709/v16n1p9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
54. Carbajal A. Manual de nutrición dietética. Primera ed. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2013.
55. Alimentación. Alimentación para bebés de 6 a 8 meses. [Online].; 2018 [cited 2020 setiembre 29. Available from: <https://blog.minilandbaby.com/alimentacion-bebes-6-8-meses>.
56. Actividades de promoción. Alimentacion del niño de 4 a 24 meses. [Online].; 2014 [cited 2020 setiembre 29. Available from: https://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/2014/07/alimentacion_4_24_meses.pdf.
57. Lázaro A, Martín B. Alimentacion del niño sano España: Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP.
58. Paucar N, Peralta R. Alimentacion complementaria inicial realizada por madres de niños (as) menores de 12 meses en el anexo de Santa Cruz de ILA. Tesis grado. Huancayo: Universidad Nacional Centro, Facultad de trabajo social; 2012.
59. Torres A. Crecimiento y desarrollo. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. 2002;(14): p. 54-57.



60. Medina A. Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2015; 32(3).
61. Quaglia R, Castro V. El papel del padre en el desarrollo del niño. *INFAD Revista de Psicología*. 2007;(2): p. 167-182.
62. Fundación Chile Unido. El rol del padre y su influencia en los hijos. *Corriente de opinión*. 2002;(64).
63. Fernández I, Amaris A, Camacho R. El rol del padre en las familias con madres que trabajan fuera del hogar. *Psicología desde el Caribe*. 2000;(6): p. 157-175.
64. Bartolomé L. Relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad, que asiste al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud Supte San Jorge, Tingo María - 2016. Tesis grado. Tingo María: Universidad de Huanuco, Facultad Ciencias de la Salud; 2017.
65. Mansilla M. Etapas de desarrollo. *Revista de Investigación en Psicología*. 2010 Diciembre; 3(2).
66. Eustat. Nivel de instrucción (7 grupos). [Online].; 2018 [cited 2019 junio 30. Available from: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_303/elem_11188/definicion.html.
67. Gamarra R, Porroa M, Quintana M. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. *Revista Investigación*. 2011; 71(3).
68. Bembibre C. Sitio: Definición ABC. [Online].; 2010 [cited 2019 Junio 30. Available from: <https://www.definicionabc.com/derecho/estado-civil.php>.



69. Dirección de Alimentación y Nutrición de la FAO. Cuidados y nutrición: Capítulo 36. [Online].; 2010 [cited 2019 Junio 30. Available from: <http://www.fao.org/3/w0073s/w0073s04.htm#TopOfPage>.
70. Ucha F. Sitio: Definición ABC: Ocupación. [Online].; 2009 [cited 2019 Junio 30. Available from: <https://www.definicionabc.com/social/ocupacion.php>.
71. Healthy Children. Madres que trabajan. [Online].; 2017 [cited 2019 Julio 1. Available from: <https://www.healthychildren.org/Spanish/family-life/work-play/Paginas/Working-Mothers.aspx>.
72. Organización Panamericana de la salud. Glosario de Indicadores Básicos de la OPS. [Online].; 2015 [cited 2019 julio 1. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/glosario-spa-2014.pdf>.
73. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Tasa Global de Fecundidad. [Online].; 2011 [cited 2019 julio 1. Available from: <https://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/fecundidad.htm>.
74. Práctica diaria. La salud del niño menor de cinco años: crecimiento y desarrollo. [Online].; 2000 [cited 2020 setiembre 29. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2003/eim032g.pdf>.
75. De Lucas R. Cuidados de las criaturas en los primeros meses de vida. [Online].; 2015 [cited 2019 Enero 23. Available from: <https://www.federacionmatronas.org/wp-content/uploads/2018/01/criaturas.pdf>.
76. Carolina M. Creencias, prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses. Tesis maestría. Argentina: Universidad FASTA, Facultad de Ciencias Medicas.



77. Jimenez S, Gonzalez A, Rodriguez A, Silvera D, Núñez E, Alfonzo K. Prácticas de alimentación en niños de 6 a 23 meses de edad. Rev Cubana Pediatr. 2018 Enero-Marzo; 90(1).
78. Zavaleta S. Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad que asisten al consultorio de CRED, en el P. S. Cono Norte 1er trimestre 2012. [Online].; 2013 [cited 2019 Abril 22]. Available from: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/458>.
79. Aguayo M, Chávez C. Efectividad del programa educativo en conocimientos, actitudes y prácticas de madres con niños (as) de 6-24 meses de edad, sobre alimentación complementaria, Micro Red Pampa Grande, Tumbes - 2016. Tesis grado. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
80. García Y. Actitudes y prácticas de las madres de niños de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea- Huánuco –2015. Huanuco-Perú: Universidad de Huanuco, Facultad de Enfermería; 2017. Report No.: Tesis grado.
81. Aldana J. Conocimientos, actitudes y prácticas referidas en madres, sobre alimentación de niños de 0 – 5 años, diagnosticados desnutridos crónicos en Microred Mórrope. Tesis grado. Lima-Perú: Universidad San Martín, Facultad de Medicina Humana; 2017.
82. Ramirez J. Prácticas de Alimentación Complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo de crecimiento, en los caseríos de Chuisamayac, Xolquilá y Chinimá, Aldea Tzampoj Santa Catarina Ixtahuacán Sololá. Guatemala,



- año 2017. Tesis Licenciatura. Quetzaltemango: Universidad Rafael Lándivar, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.
83. Rojas N, Espinoza S. Prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquitos. An. Fac. med. 2019 Abril-junio; 80(2).
84. Candro E. Conocimiento y actitud sobre alimentación complementaria en madres que asisten y no asisten al centro de promoción y vigilancia comunal, San Pedro – Zepita 2016.. Tesis grado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano Puno, Facultad de Enfermería; 2017.
85. Carlo D. Estado nutricional, conocimientos y prácticas alimentarias de niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al centro De Salud Simón Bolívar, Puno 2018. Tesis grado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano Puno, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.



ANEXOS



ANEXO A

Fecha: / /

N° encuesta: _____

PRESENTACIÓN

Buenos días Soy la Srta. Lisbeth Iris Roque Inofuente. (Bachiller en Enfermería). En este momento me encuentro realizando un proyecto de investigación en coordinación con la enfermera encargada del Consultorio de crecimiento y desarrollo (CRED) de esta institución, a fin de obtener información relacionada a las Actitudes y Prácticas sobre la alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses. Por lo que se le solicita su colaboración respondiendo verazmente y con sinceridad a las preguntas planteadas; Recordándole que la información es de carácter confidencial sólo para uso único del estudio, agradezco anticipadamente su colaboración.

Parte I. Datos de identificación de la madre (Características sociodemográficas).

1. ¿Cuántos años tiene? _____
2. ¿Hasta qué grado ha estudiado?
Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior técnica () Superior universitario ()
3. ¿Cuál es su estado civil?
Conviviente () Soltera () Casada () Separada () Divorciada () Viuda ()
4. ¿Cuál es su ocupación?
Ama de casa () Comerciante () Otro _____
5. ¿Cuántos hijos tiene?
1 a 2 hijos () 3 a 4 hijos () 5 a más hijos ()
(ESCALA MODIFICADA TIPO LICKERT)

Edad del niño(a): _____

A). ACTITUDES DE LA MADRE SOBRE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA.

INSTRUCCIONES:

En cada uno de los siguientes enunciados marque con un aspa según lo que considere:

DA = De acuerdo

I = Indiferente (le da igual)

ED = En desacuerdo

N°	PROPOSICIONES	DA	I	ED
1	Se debe obligar al niño a comer todo			
2	La madre se preocupa cuando su hijo no quiere comer			
3	El cansancio de la madre no permite brindar una alimentación buena			
4	La madre siente alegría a la hora de dar de comer al niño			
5	La madre prefiere que los familiares den de comer al niño			
6	Se deben utilizar medios de distracción (juegos, TV, música) cuando el niño no quiere comer			
7	El niño debe recibir su alimentación en un ambiente tranquilo			
8	Se debe castigar al niño cuando comienza a botar los alimentos y ensuciarse al comer			
9	Se debe castigar al niño cuando no quiere comer			
10	El niño debe recibir su alimentación con toda la familia			

CUESTIONARIO

B). Prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 24 meses.

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presentan una serie de preguntas, marque con una X en el cuadro que corresponde a la respuesta que considere correcta)

Parte II: Prácticas e alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses.

1. ¿A qué edad inició usted a darle alimentación complementaria a su hijo o hija?
Antes de los 6 meses ()
A los 6 meses ()
Después de los meses ()

2. ¿De acuerdo a la edad del niño o niña como es la consistencia de la comida que da a su hijo o hija?

Edad del niño	Papillas alimentos aplastados, suaves y espesos.	Alimentos triturados.	Alimentos, picados, cortados en trocitos pequeños o enteros.	(Integrar alimentos de la olla familiar).
6 meses				
7 a 8 meses				
9 a 11 meses				
12 a 24 meses				

3. ¿De acuerdo a la edad del niño o niña con qué frecuencia le da la comida a su hijo o hija?

Edad del niño	2 comidas por día y LM frecuente.	3 comidas principales por día y LM frecuente.	3 comidas principales por día + 1 Adicional y LM	3 comidas principales por día + 2 Adicionales y LM,
6 meses				
7 a 8 meses				
9 a 11 meses				
12 a 24 meses				

4. ¿De acuerdo a la edad del niño o niña qué cantidades de alimentos debe de consumir el niño en cada comida?

Edad del niño	2 a 3 cucharadas de comida.	Aumentar a ½ taza "100gr" (3 a 5 cucharadas).	Incrementar a ¾ de taza (5 a 7 cucharadas).	1 taza "200gr" (7 a 10 cucharadas).
6 meses				
7 a 8 meses				
9 a 11 meses				
12 a 24 meses				

5. ¿De acuerdo a la edad del niño o niña cuántas fracciones le da la comida, en el día?

Edad del niño	1 a 2 fracciones	1 a 2 fracciones (Continuar)	2 a 3 fracciones +	3 a 5 fracciones (Dependiendo de la cantidad de comidas)
6 meses				
7 a 8 meses				
9 a 11 meses				
12 a 24 meses				

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO B

GRÁFICO 1

**RELACIÓN ENTRE LAS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES
SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES
QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
DEL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PUNO – 2019**

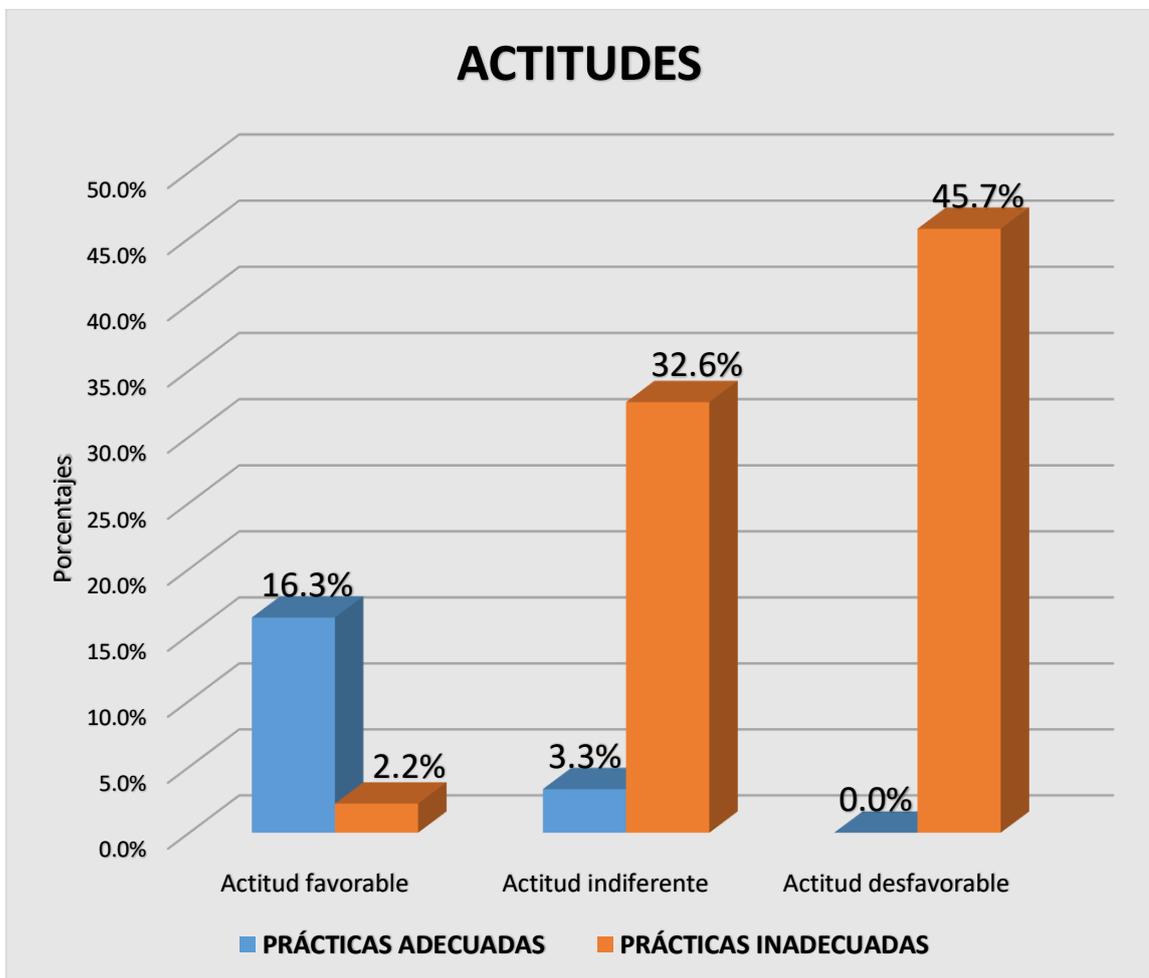


GRÁFICO 2

ACTITUDES HACIA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE MADRES CON NIÑOS DE 6 A 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PUNO – 2019

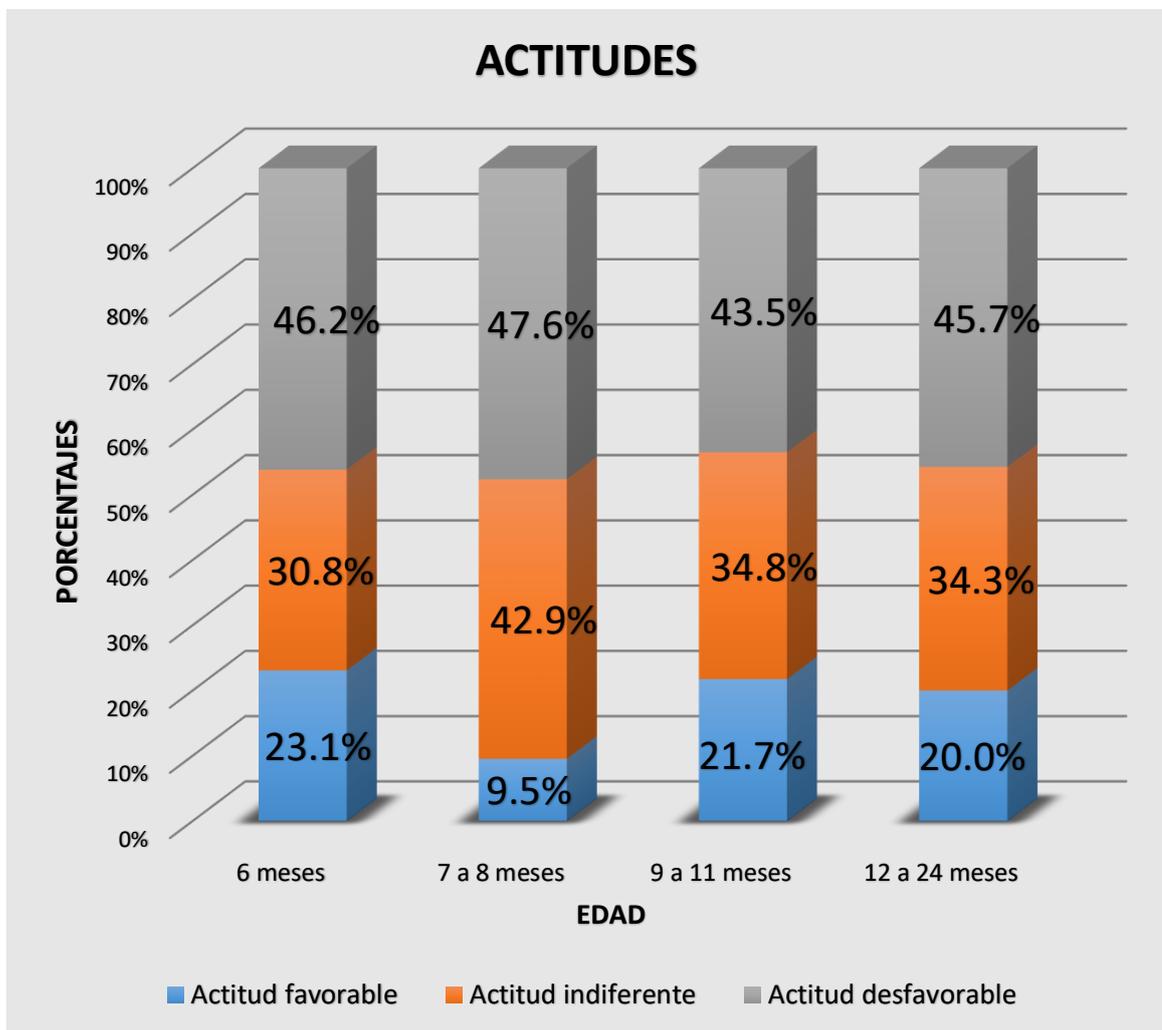
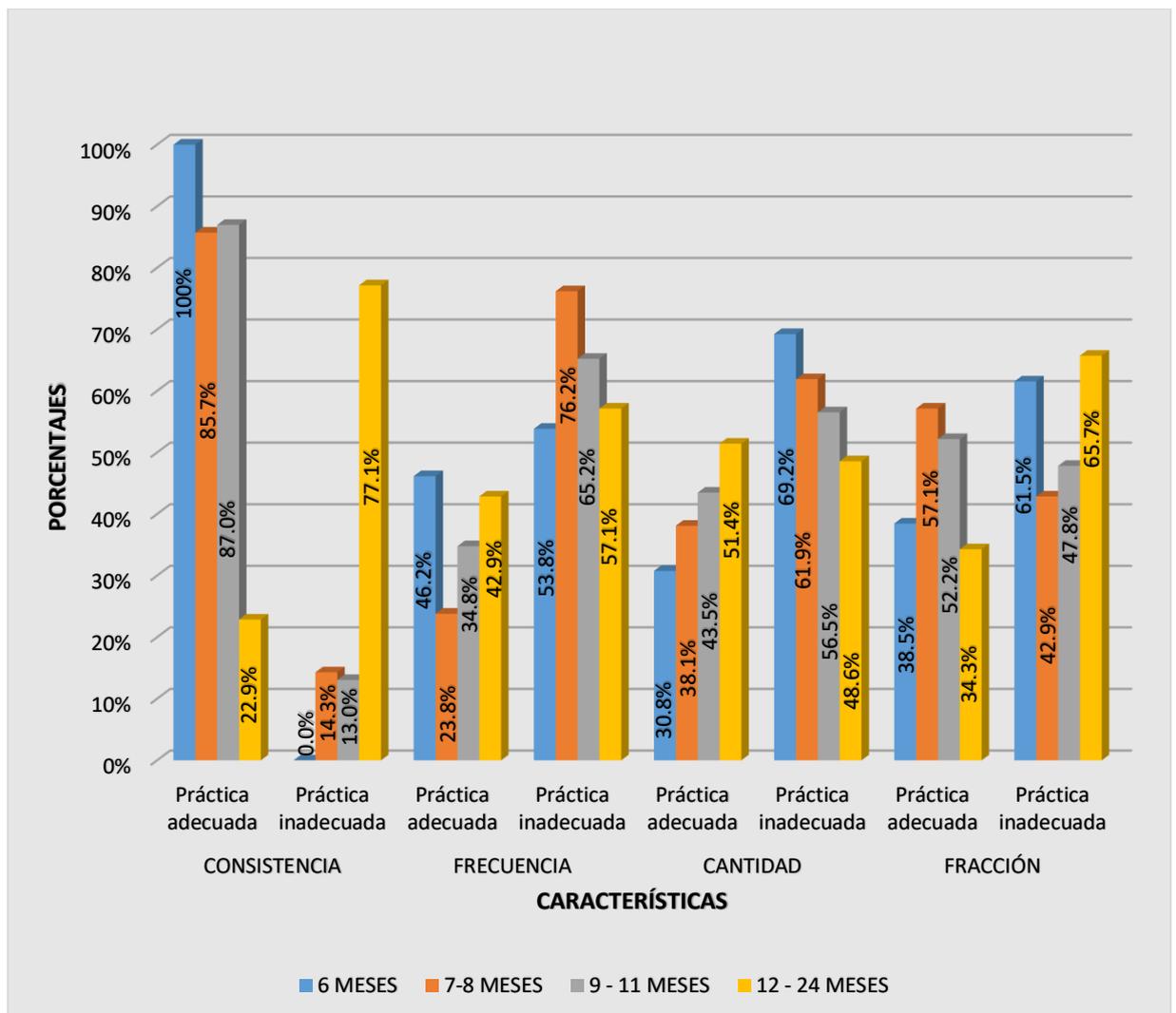


GRÁFICO 3

**PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE REALIZAN
LAS MADRES EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES EN CUANTO A LA
CONSISTENCIA, FRECUENCIA, CANTIDAD Y FRACCIONES QUE
ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL
CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PUNO – 2019**



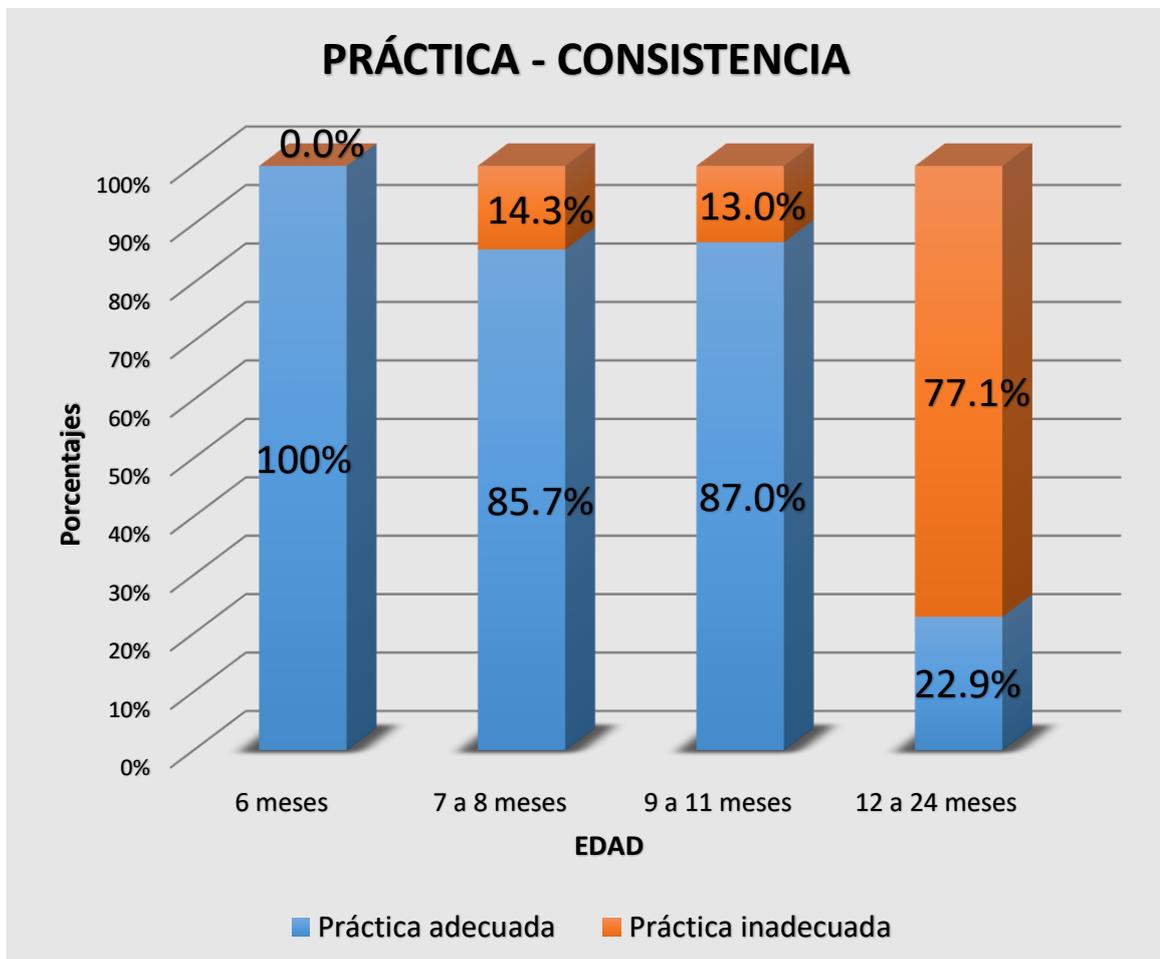
PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA POR MADRES EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD

ANEXO B.1: PRÁCTICA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SEGÚN CONSISTENCIA

PRÁCTICA CONSISTENCIA	6 MESES		7 - 8 MESES		9 - 11 MESES		12 - 24 MESES	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	PRÁCTICA ADECUADA	13	100.0	18	85.7	20	87,0	8
PRÁCTICA INADECUADA	0	0.0	3	14.3	3	13.0	27	77.1
TOTAL	13	100,0	21	100,0	23	100,0	35	100,0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO B1

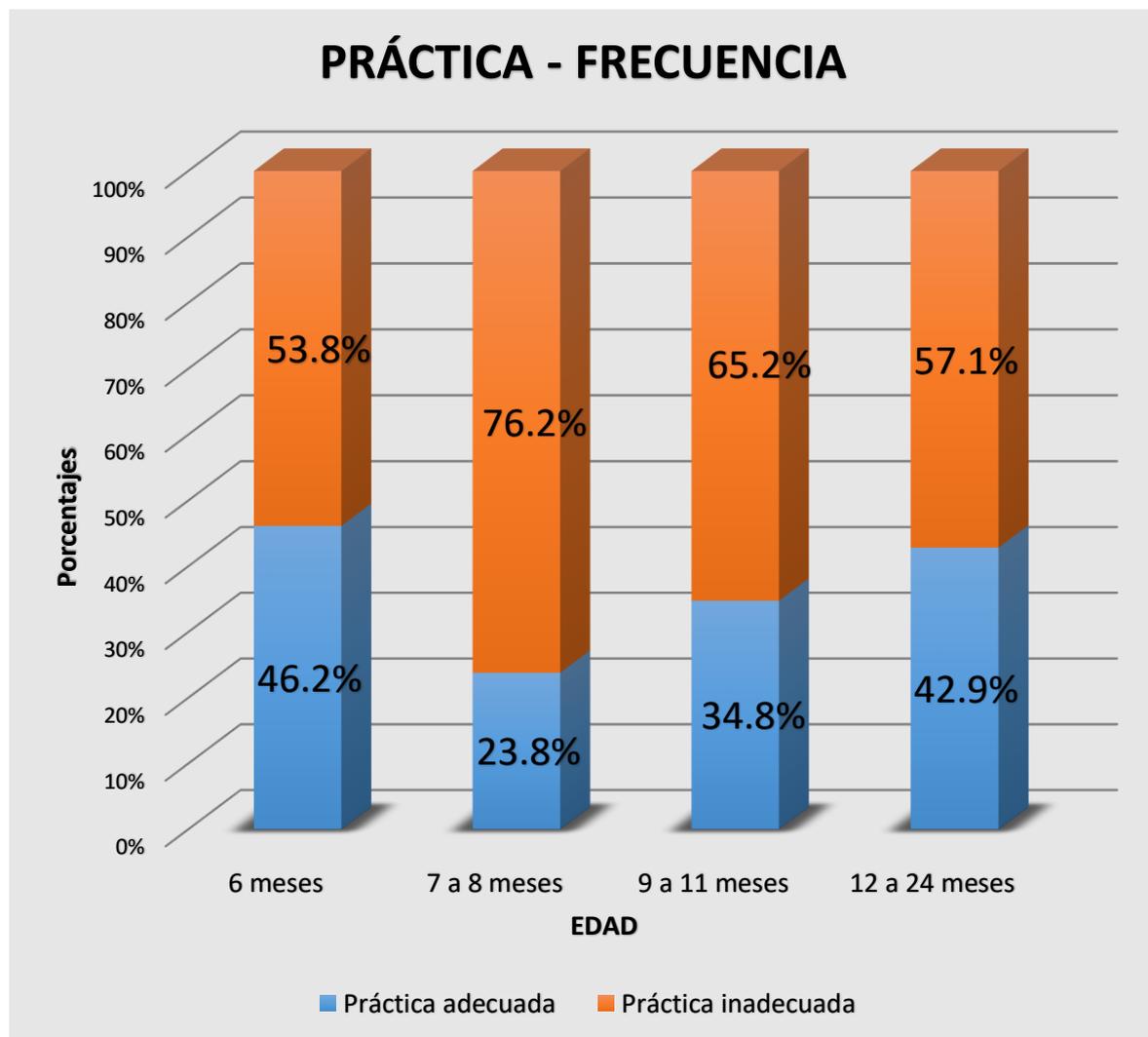


ANEXO: B2: PRÁCTICA DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA SEGÚN FRECUENCIA

PRÁCTICA FRECUENCIA	6 MESES		7 - 8 MESES		9 - 11 MESES		12 - 24 MESES	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRÁCTICA ADECUADA	6	46,2	5	24,0	8	34,8	15	42,9
PRÁCTICA INADECUADA	7	53,8	16	76,0	15	65,2	20	57,1
TOTAL	13	100,0	21	100,0	23	100,0	35	100,0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO B2

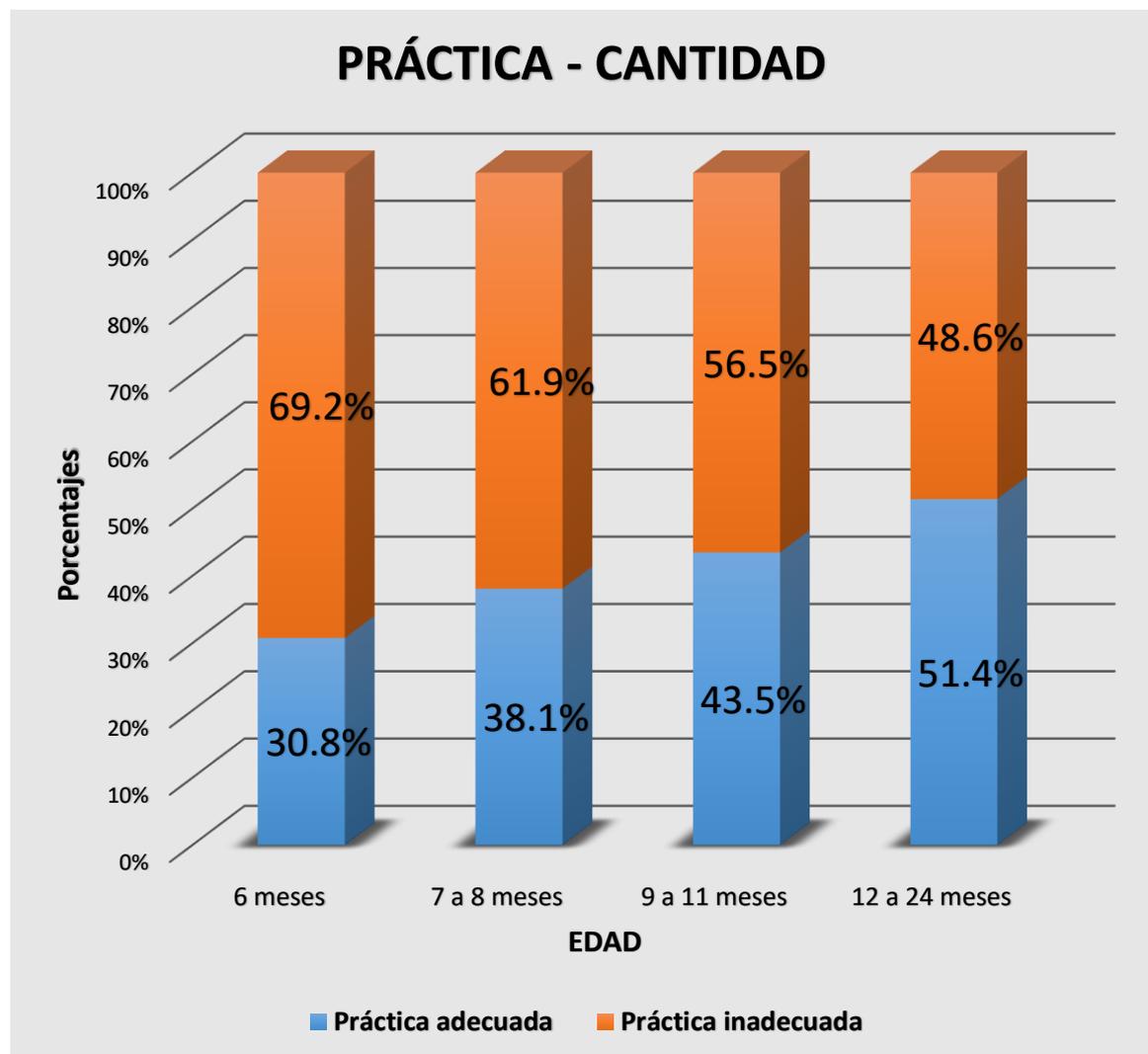


ANEXO B.3: PRÁCTICA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SEGÚN CANTIDAD

PRÁCTICA CANTIDAD	6		7 - 8		9 - 11		12 - 24	
	MESES		MESES		MESES		MESES	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRÁCTICA ADECUADA	4	3,0	8	38,0	10	43,5	18	51,4
PRÁCTICA INADECUADA	9	69,0	13	62,0	13	56,5	17	48,6
TOTAL	13	100,0	21	100,0	23	100,0	35	100,0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO B.3

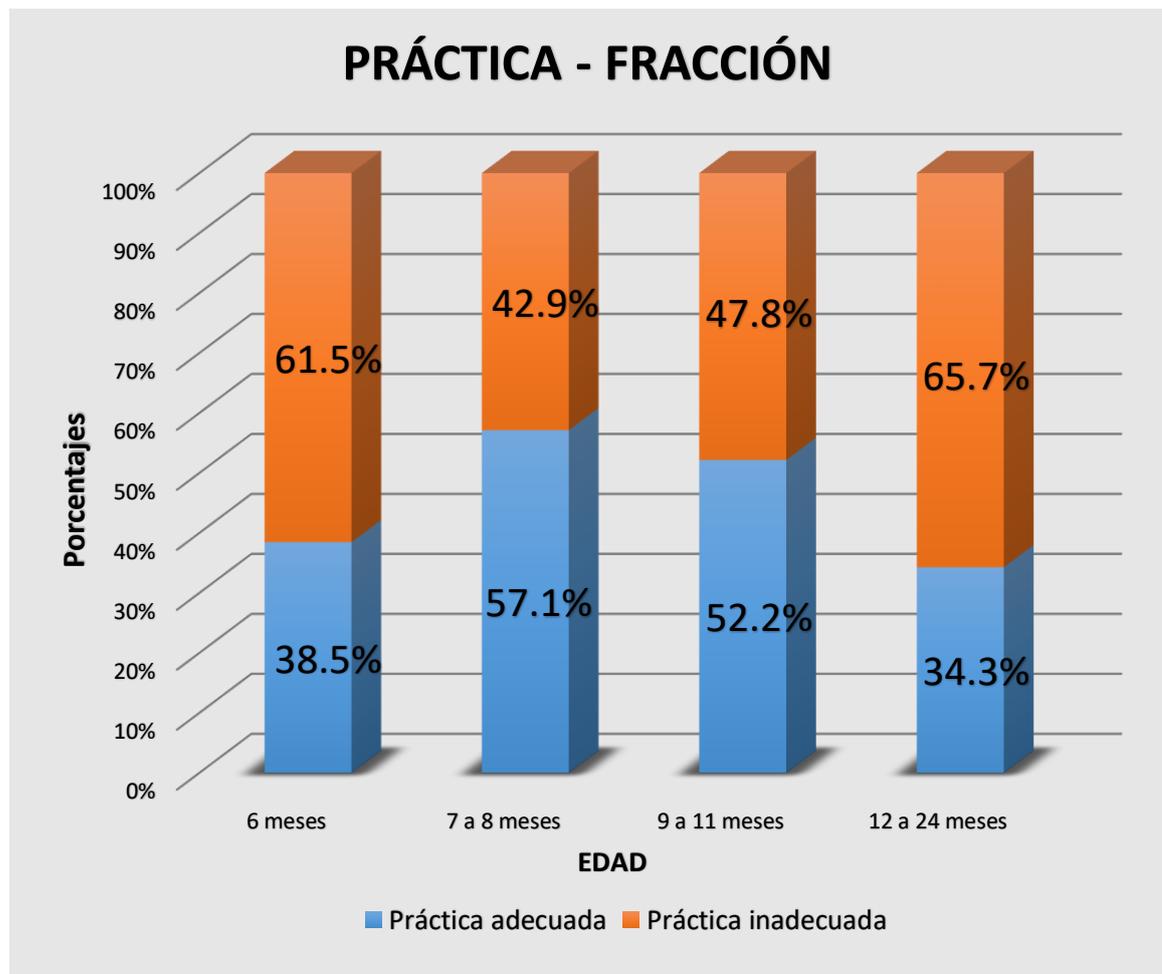


ANEXO B4: PRÁCTICA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SEGÚN FRACCIÓN.

PRÁCTICA FRACCIÓN	6 MESES		7 - 8 MESES		9 - 11 MESES		12 - 24 MESES	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRÁCTICA ADECUADA	5	38,5	12	57,0	12	52,2	12	34,3
PRÁCTICA INADECUADA	8	61,5	9	43,0	11	47,8	23	65,7
TOTAL	13	100,0	21	100,0	23	100,0	35	100,0

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO B.4



ANEXO C

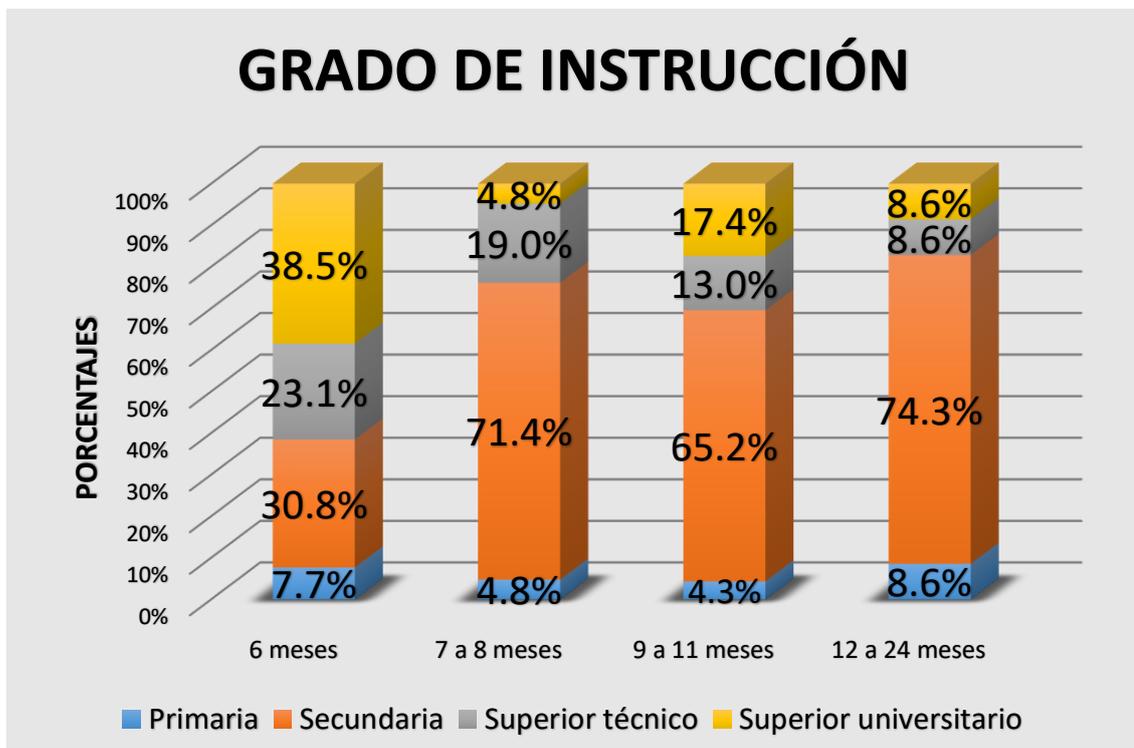
CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD

ANEXO C1: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD

GRADO DE INSTRUCCIÓN	6 meses		7 a 8 meses		9 a 11 meses		12 a 24 meses		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria	1	7,7	1	4,8	1	4,3	3	8,6	6	6,5
Secundaria	4	30,8	15	71,4	15	65,2	26	74,3	60	65,2
Superior técnico	3	23,1	4	19,0	3	13,0	3	8,6	13	14,1
Superior universitario	5	38,5	1	4,8	4	17,4	3	8,6	13	14,1
Total	13	100,0	21	100,0	23	100,0	35	100,0	92	100,0

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO C1



Fuente: ANEXO C1

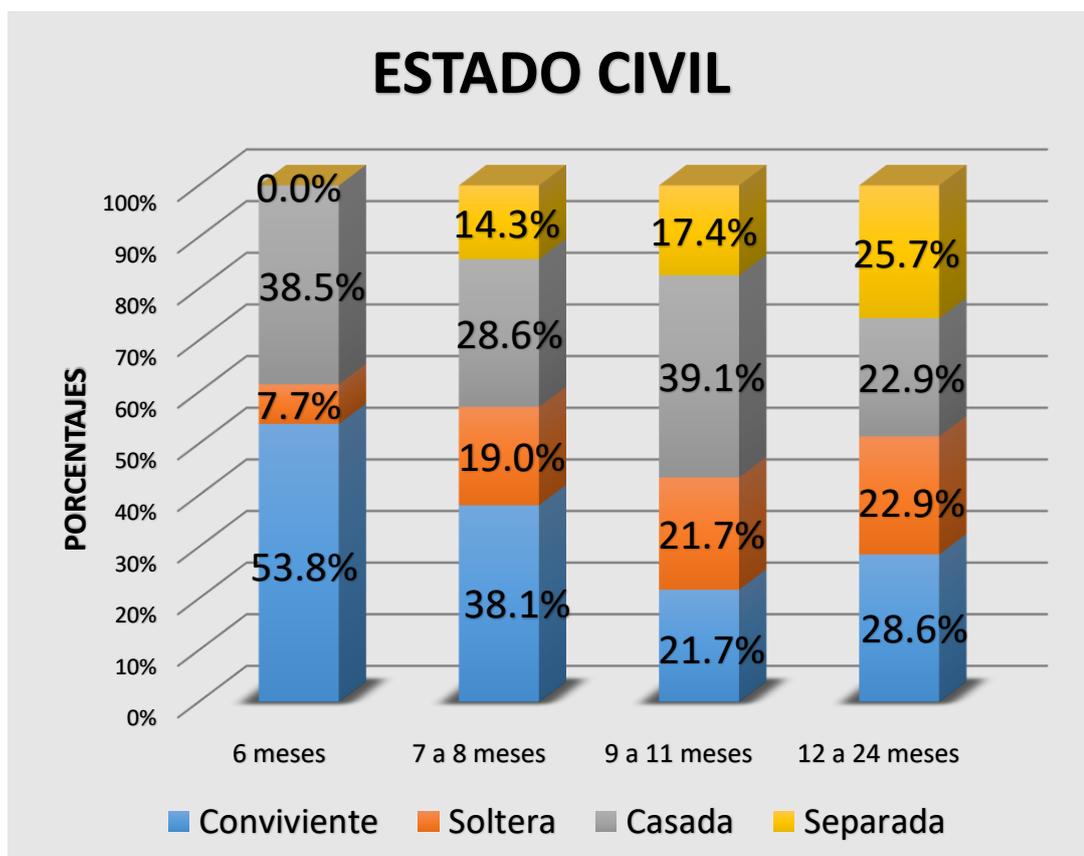
ANEXO C2: ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES

DE EDAD

ESTADO CIVIL	6 meses		7 a 8 meses		9 a 11 meses		12 a 24 meses		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conviviente	7	53,8	8	38,1	5	21,7	10	28,6	30	32,6
Soltera	1	7,7	4	19,0	5	21,7	8	22,9	18	19,6
Casada	5	38,5	6	28,6	9	39,1	8	22,9	28	30,4
Separada	0	,0	3	14,3	4	17,4	9	25,7	16	17,4
Total	13	100,0	21	100,0	23	100,0	35	100,0	92	100,0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO C2



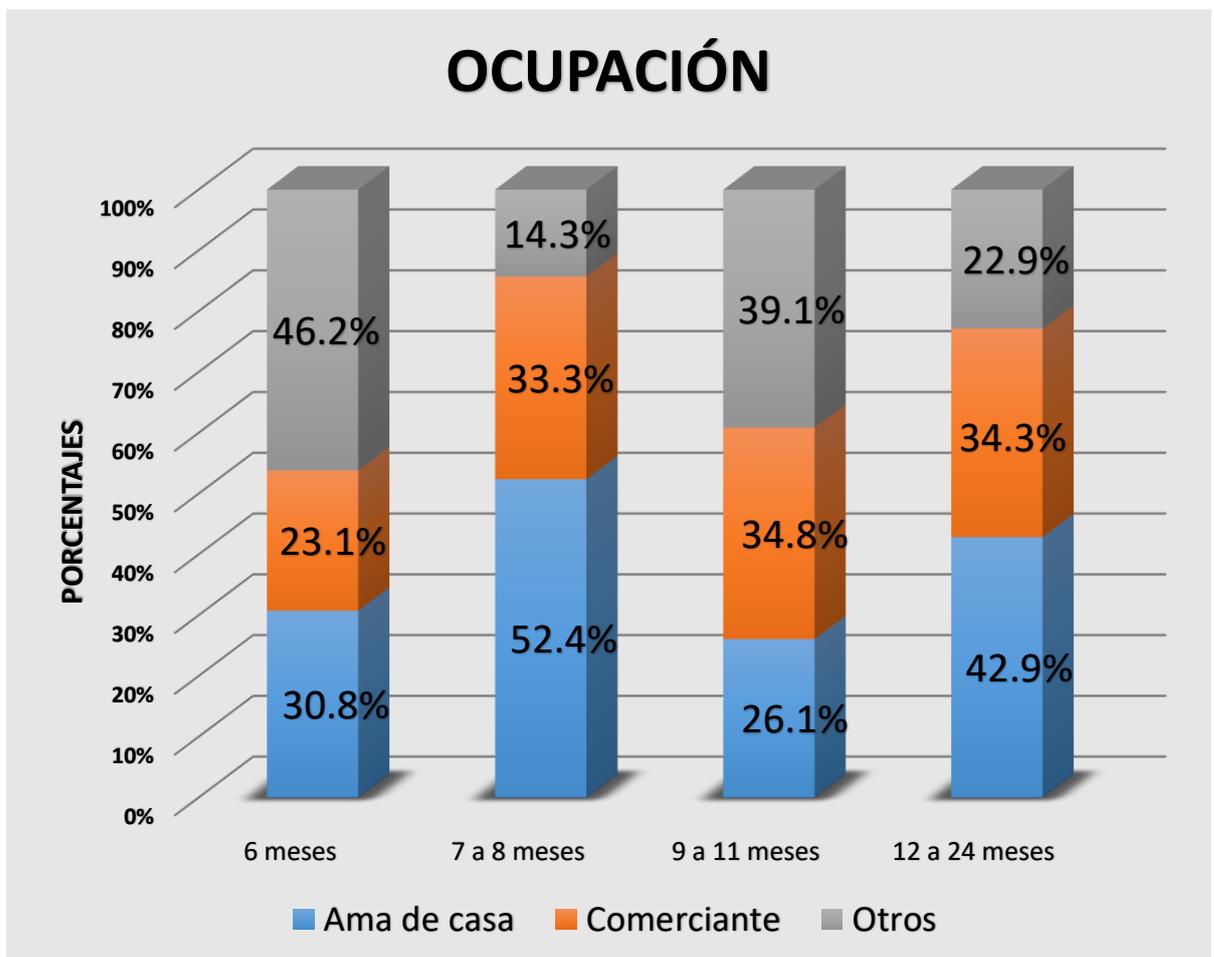
Fuente: ANEXO C2

ANEXO C3: OCUPACIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD

OCUPACIÓN	6 meses		7 a 8 meses		9 a 11 meses		12 a 24 meses		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ama de casa	4	30,8	11	52,4	6	26,1	15	42,9	36	39,1
Comerciante	3	23,1	7	33,3	8	34,8	12	34,3	30	32,6
Otros	6	46,2	3	14,3	9	39,1	8	22,9	26	28,3
Total	13	100,0	21	100,0	23	100,0	35	100,0	92	100,0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO C3



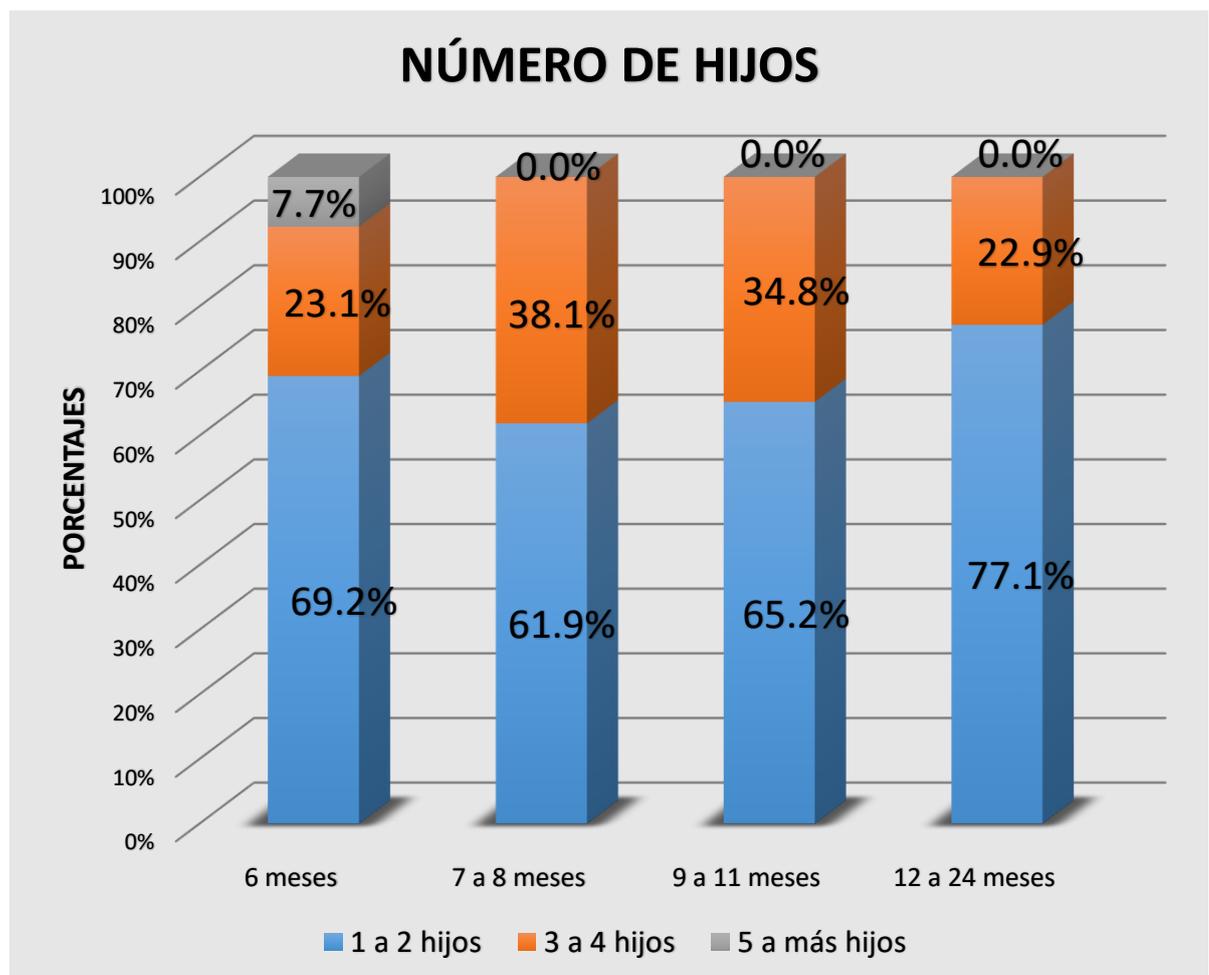
Fuente: ANEXO C3

ANEXO C4: NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD

NRO. DE HIJOS	6 meses		7 a 8 meses		9 a 11 meses		12 a 24 meses		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 a 2 hijos	9	69,2	13	61,9	15	65,2	27	77,1	64	69,6
3 a 4 hijos	3	23,1	8	38,1	8	34,8	8	22,9	27	29,3
5 a más hijos	1	7,7	0	,0	0	,0	0	,0	1	1,1
Total	13	100,0	21	100,0	23	100,0	35	100,0	92	100,0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO C4



Fuente: ANEXO C4

ANEXO D – MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA GENERAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DIMENSIONES	INDICADORES	TECNICA / INSTRUMENTO
<p>PG: ¿Cuál es la relación entre las actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Simón Bolívar Puno - 2019?</p> <p>Problemas específicos: PE1: ¿Cuáles son las actitudes de las madres hacia la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Simón Bolívar Puno - 2019?</p> <p>PE2: ¿Cómo son las prácticas que realizan las madres sobre alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad en cuanto a la consistencia, frecuencia, cantidad y fracciones que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Simón Bolívar Puno - 2019?</p>	<p>Las actitudes son predisposiciones para responder, comportarse, valorar o actuar, de manera positiva o negativa o favorable o desfavorable. Una actitud siempre está dirigida hacia algo o alguien, persona u objeto o situación; es decir la actitud permite valorar de manera favorable una persona, objeto o situación. Un aspecto importante de las actitudes es el hecho que son aprendidas. Las actitudes forman parte de la vida y del comportamiento de las personas. Son adquiridas en el transcurso de las interacciones sociales y a través de distintas agencias de socialización</p>	<p>Es la predisposición que adopta la madre a través de experiencia o la educación que recibe por parte del personal de salud, acerca de lo que conoce y entiende sobre la alimentación complementaria como actitud hacia la cantidad de consumo, frecuencia, consistencia y la preparación de alimentos complementarios en la nutrición del niño a partir de los 6 hasta los 24 meses de edad.</p>	<p>O.G: •Determinar la relación que existe entre las actitudes y las prácticas de las madres sobre alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Simón Bolívar Puno – 2019. Objetivos específicos: OE1: Identificar las actitudes de las madres hacia la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad. OE2: Identificar las prácticas que realizan las madres sobre alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad.</p>	<p>Existe relación entre las actitudes y las prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud Simón Bolívar Puno – 2019.</p>	<p>Tipos de actitud hacia la alimentación complementaria .</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obligar a comer al niño 2. Preocupación porque el niño no come 3. Cansancio de la madre interfiere en la alimentación 4. Madre con alegría a la hora de alimentar al niño 5. La madre prefiere que los familiares alimenten al niño 6. Utilización de medios de distracción durante la alimentación 7. Ambiente tranquilo y favorable para alimentar al niño 8. Castigar al niño cuando se ensucia al alimentarse 9. Alimentar al niño cuando no quiere comer 10. Alimentar al niño con toda la familia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consistencia de los alimentos complementarios ▪ Frecuencia de los alimentos complementarios ▪ Cantidad de los alimentos complementarios ▪ Fracciones de los alimentos complementarios <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consistencia de los alimentos complementarios ▪ Frecuencia de los alimentos complementarios ▪ Cantidad de los alimentos complementarios ▪ Fracciones de los alimentos complementarios 	<p>Escala de actitudes de las madres sobre alimentación complementaria (Anexo A)</p> <p>Cuestionario sobre alimentación complementaria (Anexo A Parte II)</p>



ANEXO E – OFICIO PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



Universidad Nacional del Altiplano - Puno

FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
ACREDITADA CON RESOLUCIÓN DE PRESIDENCIA N° 210-2017- SINEACE
Ciudad Universitaria. Telefax (051) 363862 - Casilla 291



"Año de la Lucha Contra la Corrupción e Impunidad"

Puno, 05 de agosto de 2019

OFICIO N° 573-2019-D-FE-UNA.

Señor Dr. Joselíx Yuri Cano Zirena
Director del Centro de Salud Simón Bolívar Puno

Ciudad.

ASUNTO: SOLICITO BRINDAR FACILIDADES PARA EJECUCION DE PROYECTO DE TESIS.

Es grato dirigirme a vuestro despacho, para expresarle un cordial saludo a nombre propio y de la Facultad de Enfermería - Universidad Nacional del Altiplano Puno; asimismo, solicito a su despacho se brinde facilidades a la egresada **LISBETH IRIS ROQUE INOFUENTE**, quien ejecutará en su prestigiosa institución el proyecto de investigación titulado "ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES CON NIÑOS DE 6 A 24 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PUNO - 2019", fungiendo como Directora de tesis la Dra. Ángela Rosario Esteves Villanueva.

Agradeciendo su amable atención, expreso los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,




Dra. Tita Flores de Quispe
DECANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

C.c.
Archivo
TFQ/jsf.



ANEXO F



CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCIÓN: Universidad Nacional del Altiplano - Facultad de Enfermería.

INVESTIGADORA: Bachiller en enfermería: Lisbeth Iris Roque Inofuente.

TÍTULO: “ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES, QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLIVAR – 2019”.

Yo.....

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada. **“ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES, QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLIVAR - 2019.**

Así mismo declaro haber sido informada sobre el contenido de dichos instrumentos (Escala - cuestionario); Así como del propósito del estudio y los objetivos en general, por lo tanto, teniendo la confianza en que los resultados de esta investigación serán utilizados sólo y únicamente para fines de la investigación acepto participar voluntariamente.

De igual manera me comprometo a ser veraz en cuanto a mis respuestas;

En señal de conformidad firmo el presente consentimiento informado.

Firma de la madre
(Participante)

DNI: _____

ANEXO G

SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

6 meses de edad

EDAD	DATOS DE LA MADRE			ACTITUDES										INICIO		PRÁCTICAS		TOTAL		
	GRADO	TADO CIVUPACION°	HIJOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	DE	CONSITE	FRECUEN		CANTIDA	FRACCIO
29	5	1	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	12	2	2	0	0	2	4
31	2	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	2	2	0	2	0	4
18	3	1	1	3	3	1	3	2	3	1	3	1	3	23	1	2	0	0	2	4
41	5	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	26	2	2	2	2	2	8
22	4	2	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	12	2	2	0	0	2	4
27	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2	2	0	0	0	2
19	3	1	1	1	3	3	3	1	1	3	2	3	3	23	2	2	0	2	0	4
29	4	1	2	3	3	3	2	3	1	2	1	3	3	24	2	2	2	0	2	6
31	5	3	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	12	2	2	2	0	0	4
27	5	3	3	1	3	3	3	1	3	3	1	1	3	22	2	2	2	0	0	4
19	4	1	3	1	3	3	3	3	1	3	1	1	3	22	2	2	2	0	0	4
25	5	1	3	1	3	3	3	3	3	3	1	3	3	26	2	2	2	2	0	6
31	3	3	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	12	2	2	0	0	0	2

7 - 8 meses de edad

N°	DATOS DE LA MADRE			ACTITUDES										INICIO DE ALIMENT				PRÁCTICAS			TOTAL
	EDAD	GRADO	ESTADO CIVIL/OCCUPACION	N° HIJOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	CONSISTENCIA	FRECUENCIA	CANTIDAD	FRACCIONES		
1	20	3	1	1	1	3	3	1	3	1	3	1	1	3	20	2	0	0	2	4	
2	26	4	4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	11	2	2	0	0	4	
3	31	3	3	1	2	3	1	3	3	2	1	3	1	3	23	0	2	0	2	4	
4	19	3	1	1	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	15	2	0	2	0	4	
5	25	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2	0	0	2	4	
6	21	4	1	1	3	2	3	3	1	3	3	1	3	25	2	0	2	0	4		
7	30	4	3	1	1	3	2	3	1	1	1	1	1	15	2	2	0	0	4		
8	24	3	2	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	16	2	0	0	2	4		
9	18	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	11	2	0	0	2	4		
10	24	3	3	2	1	2	3	3	1	3	3	1	1	3	22	2	0	2	6		
11	22	4	3	1	1	2	2	1	1	3	3	1	1	3	18	2	0	0	4		
12	23	3	2	1	1	3	2	3	1	3	3	1	1	3	21	2	0	2	4		
13	36	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	1	3	27	2	2	2	0	6		
14	41	3	2	1	2	2	3	3	1	3	3	1	1	3	20	2	0	0	2		
15	26	3	1	1	2	1	3	1	3	1	1	1	1	15	2	2	0	0	4		
16	37	3	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	13	2	0	2	2	4		
17	28	3	4	1	2	1	3	2	3	3	3	1	1	3	22	2	0	2	4		
18	29	2	1	1	2	1	3	2	3	3	2	3	1	3	22	0	0	2	4		
19	34	3	3	2	2	3	2	1	1	3	1	1	1	16	2	0	0	2	4		
20	22	3	4	2	2	2	1	2	3	3	2	1	1	20	2	0	0	2	4		
21	26	3	2	2	2	3	1	1	1	1	3	1	1	15	2	0	0	2	4		

9 - 11 meses de edad

N°	DATOS DE LA MADRE			ACTITUDES										INICIO DE ALIMENT			PRÁCTICAS			TOTAL
	EDAD	GRADO	ESTADO CIVIL/OCCUPACION	N° HIJOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	CONSISTENCIA	FRECUENCIA	CANTIDAD	FRACCIONES	
1	27	3	2	1	2	1	2	3	1	2	1	1	1	1	15	2	0	2	0	4
2	30	3	1	2	2	3	2	2	3	3	3	1	3	1	25	2	2	2	2	8
3	16	2	4	2	2	3	3	1	3	2	3	1	1	3	22	2	0	2	2	6
4	27	4	3	3	1	3	2	3	1	2	3	1	1	3	20	2	0	2	0	4
5	29	5	3	3	1	3	2	3	1	1	1	1	1	1	15	2	0	0	0	2
6	19	3	1	3	1	3	2	3	3	3	1	1	3	3	23	2	0	0	2	4
7	26	5	3	3	1	3	2	3	3	1	3	3	1	3	23	2	0	0	2	4
8	24	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	1	1	3	25	2	2	2	0	6
9	30	3	1	1	1	3	3	2	3	3	3	1	1	3	23	2	0	0	2	4
10	26	3	3	2	1	3	3	3	2	3	2	3	1	3	24	2	0	0	2	4
11	36	4	3	3	2	3	2	3	3	3	3	1	2	3	24	2	2	2	2	8
12	21	3	2	2	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	13	2	0	0	0	2
13	19	3	2	3	1	3	2	3	2	1	1	3	3	3	22	2	2	2	0	6
14	20	3	1	1	1	3	2	3	3	3	3	1	1	3	23	2	0	2	0	4
15	28	3	3	2	1	3	2	3	3	2	3	3	1	3	24	2	2	2	2	8
16	36	3	3	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	1	14	2	2	0	0	4
17	33	5	3	3	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	16	2	0	0	2	4
18	26	5	3	3	1	2	3	3	1	2	1	1	1	1	16	2	0	0	2	4
19	34	4	4	3	1	2	3	3	3	1	3	1	1	3	21	0	2	2	0	4
20	38	3	4	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	3	14	0	2	0	2	4
21	29	3	1	1	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	15	0	0	0	0	0
22	28	3	2	2	1	2	1	1	1	1	3	1	1	3	15	2	0	0	0	2
23	36	3	4	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	13	2	0	0	2	4

12 - 24 meses de edad

N°	DATOS DE LA MADRE			ACTITUDES										INICIO DE ALIMENTACION			PRÁCTICAS			TOTAL	
	EDAD	GRADO INS	ESTADO CIVIL	OCCUPACION	N° HIJOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	CONSISTENCIA	FRECUENCIA	CANTIDAD		FRACCIONES
1	30	3	3	2	1	1	2	2	3	3	3	1	1	3	3	22	2	0	0	0	2
2	19	3	2	3	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	26	0	2	2	2	6
3	41	3	3	1	2	1	2	3	3	3	3	3	1	1	3	23	0	2	2	0	4
4	26	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	2	0	0	2	4	
5	20	3	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	12	2	2	0	0	2	
6	27	5	4	3	2	1	2	3	3	2	3	3	1	1	22	0	0	2	2	4	
7	32	4	4	3	2	2	2	3	3	3	3	3	1	3	24	2	2	2	2	8	
8	24	3	2	2	1	1	2	3	3	3	2	3	1	1	21	0	2	0	2	4	
9	29	3	4	2	1	2	2	3	3	3	3	3	1	1	24	2	2	2	2	8	
10	29	2	1	1	1	2	3	2	3	3	3	3	1	1	24	2	2	2	0	6	
11	36	3	4	1	1	1	2	2	3	3	1	3	3	1	22	2	2	2	0	4	
12	26	3	3	1	2	1	2	2	3	3	3	3	1	1	22	2	0	0	0	2	
13	28	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0	0	2	0	2	
14	29	3	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	1	1	23	0	0	2	2	4	
15	30	3	1	2	1	1	2	3	2	3	3	3	3	3	26	0	2	2	2	6	
16	24	3	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	11	0	2	0	0	2	
17	32	3	1	2	2	1	2	3	3	3	3	3	1	1	22	0	0	2	0	2	
18	23	2	1	1	1	1	2	3	3	3	1	3	3	3	25	0	2	2	2	6	
19	24	3	1	2	1	2	2	3	3	3	1	3	1	1	22	0	0	0	0	0	
20	16	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0	0	0	0	0	
21	33	4	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	11	0	0	0	0	0	
22	25	3	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	12	0	0	0	0	0	
23	29	5	4	3	1	1	3	2	3	2	1	3	3	3	24	0	2	2	2	6	
24	35	3	3	3	1	1	2	2	3	3	1	3	1	1	20	0	2	0	2	4	
25	26	3	2	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	2	15	0	2	2	0	4	
26	18	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	11	0	0	0	0	0	
27	21	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0	0	0	0	0	
28	29	3	4	2	1	1	1	2	1	2	3	3	3	3	22	0	0	2	0	2	
29	26	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0	0	2	0	2	
30	24	3	1	1	1	1	2	3	3	3	1	3	1	1	21	0	2	0	2	4	
31	24	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0	2	0	0	2	
32	21	5	4	3	1	1	2	1	1	3	1	1	1	1	15	0	0	2	0	2	
33	26	4	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	0	0	2	0	2	
34	26	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	12	0	2	0	0	2	
35	29	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0	0	0	0	0	

ANEXO H
**RESULTADOS DE LA PRUEBA
ESTADÍSTICA CHI - CUADRADO**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	63,456 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	58,533	2	,000
Asociación lineal por lineal	47,635	1	,000
N de casos válidos	92		

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,33.

	Plantear Hipótesis
1	H_a: Las variables ACTITUDES y PRÁCTICAS son dependientes, es decir, que si existe relación entre ellas y por lo tanto una ejerce influencia sobre la otra.
	Establecer un nivel de significancia
2	Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\% = 0,05$
	Seleccionar estadístico de prueba
3	a) Chi cuadrada
	Valor de P = 0,000 = 0,0 % Chi-cuadrada de Pearson = 63,456
	Lectura del p-valor.
4	Con una probabilidad de error del 0,0%.
	Toma de decisiones
5	Existe relación entre las variables ACTITUDES y PRÁCTICAS .