



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE NUTRICIÓN HUMANA



**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y NIVEL DE
CONOCIMIENTO EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
CON LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN MADRES DE NIÑOS
DE 6 a 11 MESES DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DE
SALUD CABANA I-3. 2022.**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. ALDO RONAL MOROCCO VILCA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADO EN NUTRICIÓN HUMANA

PUNO – PERÚ

2023



NOMBRE DEL TRABAJO

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN MADRES DE NIÑOS DE 6 a 11 MESES DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD C

AUTOR

ALDO RONAL MOROCCO VILCA

RECuento DE PALABRAS

31233 Words

RECuento DE CARACTERES

163408 Characters

RECuento DE PÁGINAS

141 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.1MB

FECHA DE ENTREGA

Jan 6, 2023 2:45 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jan 6, 2023 2:47 PM GMT-5

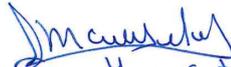
● **12% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 11% Base de datos de Internet
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref
- 9% Base de datos de trabajos entregados

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)


Dra. Martha Yura Sojmagar
Sub-coordinadora de Investigación


Silvia Elizabeth Alajo Visi
Director - ASESOR



DEDICATORIA

El presente trabajo en primer lugar se lo dedico a Dios, por darme la fuerza y fortaleza para culminar con mis estudios.

A mi familia, principalmente a mis padres Lucia Vilca y Asunción Morocco, quienes han sido mi mayor motivo y pilar fundamental a lo largo de mi vida, por haberme formado como la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros se los debo a ellos, por siempre estar pendiente de mí, por su cuidado, y apoyo en cada decisión que tomé. A mis hermanas por siempre darme ánimos de seguir adelante, de motivar constantemente para alcanzar mis sueños.

Aldo Ronal Morocco Vilca



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme dado la vida y así mismo por guiar mis pasos continuamente durante todos los días de mi vida.

Mi agradecimiento a mi Casa Superior de Estudios, Universidad Nacional del Altiplano, especialmente la Escuela Profesional de Nutrición Humana, que me acogió y brindó mediante sus docentes el conocimiento, orientación, apoyo incondicional durante la formación y desarrollo Profesional.

De igual forma, de manera especial agradezco a mi directora de tesis, M.Sc. Silvia Elizabeth Alejo Visa, por haberme aceptado, orientado con su conocimiento y experiencia, por su paciencia y constante asesoramiento y por su valioso tiempo.

A los miembros del jurado: Dra. Claudia Beatriz Villegas Abrill, Lic. Gladys Teresa Camacho de Barriga y Dr. Rubén Cesar Flores Ccosi, por su orientación, sugerencias, aportes, disponibilidad y paciencia que permitieron la culminación del presente trabajo de investigación.

Aldo Ronal Morocco Vilca



ÍNDICE GENERAL

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ACRONIMOS

RESUMEN 12

ABSTRACT..... 13

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 14

1.1.1. Formulación del problema 19

1.1.2. Problema general 19

1.1.3. Problemas específicos 19

1.2. JUSTIFICACIÓN..... 19

1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN..... 21

1.3.1. Hipótesis 21

1.4. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN..... 21

1.4.1. Objetivo general..... 21

1.4.2. Objetivos específicos 21

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES..... 23



2.1.1. A nivel internacional.....	23
2.1.2. A nivel nacional.....	25
2.1.3. A nivel local.....	30
2.2. MARCO TEÓRICO.....	34
2.2.1. Nivel socioeconómico.....	34
2.2.2. Dimensiones de la variable factores socioeconómicos.....	35
2.2.3. Método GRAFFAR.....	40
2.2.4. Clasificación Graffar.....	40
2.2.5. Criterio de evaluación.....	40
2.2.6. Determinación del nivel socioeconómico.....	41
2.2.7. Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria.....	42
2.2.8. Conocimiento.....	42
2.2.9. Niveles de conocimiento.....	44
2.2.10. Alimentación complementaria.....	46
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	64

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	66
3.2. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO.....	66
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO.....	66
3.3.1. Población.....	67
3.3.2. Muestra.....	67
3.4. CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	68
3.4.1. Criterios de inclusión.....	68
3.4.2. Criterios de exclusión.....	68



3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	68
3.6. VARIABLE DE LA INVESTIGACIÓN	69
3.6.1. Identificación de variable.....	69
3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	70
3.8. MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.	71
3.8.1. Características socioeconómicas de la familia.....	71
3.8.2. Métodos nivel de conocimiento de las madres.	72
3.8.3. Métodos de prácticas sobre alimentación complementaria	72
3.8.4. Validez del instrumento	73
3.9. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS	74
3.9.1. Para determinar el nivel socioeconómico	74
3.9.2. Técnica e instrumento de recolección de datos de nivel de conocimiento y prácticas..	75
3.9.3. Tratamiento estadístico	75

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIONES

4.1. NIVEL SOCIOECONÓMICO DE MADRES DE NIÑOS DE 6 A 11 MESES DE EDAD QUE ASISTENTES AL CENTRO DE SALUD CABANA.	77
4.2. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 11 MESES DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO SALUD CABANA.	100
4.3. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 11 MESES DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD CABANA.....	103
4.4. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	105



V. CONCLUSIONES	113
VI. RECOMENDACIONES	115
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	116
ANEXOS.....	126

Área: Promoción de la Salud

Línea: Promoción de la salud de las personas.

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 05 de abril de 2023



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Escala numérica	46
Tabla 2. Número de personas que duermen en casa.	78
Tabla 3. El padre del niño vive en el hogar con ustedes.	79
Tabla 4. Profesión del jefe de hogar.	81
Tabla 5. Grado de instrucción de la madre y/o conyugue.....	83
Tabla 6. El trabajo del jefe del hogar	84
Tabla 7. Tipo de seguro de salud del jefe de familia.	87
Tabla 8. El sitio en el que vive lo ocupa en calidad.	88
Tabla 9. Tipo de vivienda.	90
Tabla 10. Abastecimiento de agua de la vivienda.....	92
Tabla 11. Servicios higiénicos en la vivienda.....	93
Tabla 12. Manejo de residuos que se genera en la vivienda.	95
Tabla 13. Ambientes exclusivos para la preparación de alimentos.	97
Tabla 14. Nivel socioeconómico.....	98
Tabla 15. Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria	100
Tabla 16. Prácticas alimentarias.....	103
Tabla 17. Relación entre el nivel socioeconómico y nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria.	105
Tabla 18. Relación entre el nivel socioeconómico y prácticas alimentarias.....	108
Tabla 19. Relación entre el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria y prácticas alimentarias.....	110



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Escala modificada para medir el nivel socioeconómico.....	42
Figura 2. Edades del niño	77



ÍNDICE DE ACRONIMOS

- OMS** : Organización Mundial de la salud
- IMC** : Índice de Masa Corporal
- ENDES** : Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
- SIS** : Seguro Integral de Salud



RESUMEN

El presente estudio tiene como: Problema: ¿Cuál es la relación entre el nivel socioeconómico y nivel de conocimientos en alimentación complementaria con las prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al centro de Salud Cabana I-3?, de igual forma se tiene como. Objetivo: identificar la relación entre el nivel socioeconómico y nivel de conocimiento en alimentación complementaria con las prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asiste al Centro de Salud Cabana I-3. Metodología: el estudio fue de tipo descriptivo, analítico, prospectivo y de corte transversal, la. Población: estuvo conformada por 120 madres, con una. Muestra: de 75 madres, por medio de la. Técnica: de la encuesta, el. Instrumento: el cuestionario. Resultados: se obtuvo que el 48,0% de ellos se encuentra en un nivel socioeconómico bajo, el 40,0% se encuentra en un nivel socioeconómico medio, el 6,7% se encuentra en un nivel socioeconómico alto y el 5,3% se encuentra en un nivel socioeconómico muy bajo. Respecto al nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria se observó que el 52,0% de las madres obtuvo un nivel de conocimiento medio, el 29,3% obtuvo un nivel de conocimiento alto y el 18,7% obtuvo un nivel de conocimiento bajo. En cuanto a las prácticas alimentarias, se observa que el 82,7% de las madres tiene prácticas alimentarias favorables y el 17,3% tiene prácticas alimentarias desfavorables. Conclusión: se revela que existe relación entre el nivel socioeconómico y nivel de conocimiento en alimentación complementaria con las prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al centro de Salud Cabana I-3. 2022.

PALABRAS CLAVE: Alimentación, conocimiento, nivel socioeconómico, practicas alimentarias.



ABSTRACT

The present study has as: Problem: What is the relationship between the socioeconomic level and level of knowledge in complementary feeding with the feeding practices in mothers of children from 6 to 11 months of age who attend the Cabana I-3 Health Center? , in the same way we have as. Objective: to identify the relationship between the socioeconomic level and the level of knowledge in complementary feeding with the feeding practices in mothers of children from 6 to 11 months of age who attend the Cabana I-3 Health Center. Methodology: the study was descriptive, analytical, prospective and cross-sectional. Population: it was made up of 120 mothers, with one. Sample: 75 mothers, through the. Technique: survey, the. Instrument: the questionnaire. Results: it was obtained that 48.0% of them are in a low socioeconomic level, 40.0% are in a medium socioeconomic level, 6.7% are in a high socioeconomic level and 5.3 % is in a very low socioeconomic level. Regarding the level of knowledge about complementary feeding, it was observed that 52.0% of the mothers obtained a medium level of knowledge, 29.3% obtained a high level of knowledge and 18.7% obtained a low level of knowledge. Regarding eating practices, it is observed that 82.7% of mothers have favorable eating practices and 17.3% have unfavorable eating practices. Conclusion: it is revealed that there is a relationship between the socioeconomic level and the level of knowledge in complementary feeding with the feeding practices in mothers of children from 6 to 11 months of age who attend the Cabana I-3 Health Center. 2022.

KEY WORDS: Food, knowledge, socioeconomic level, food practices.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio surge a partir de la observación de diferentes proyectos de investigación los cuales no presentan información respecto al problema de estudio en la población objetivo, además los resultados servirán como aporte teórico para analizar e iniciar una correcta alimentación complementaria, las prácticas de alimentación inapropiadas son obstáculos para el niño ya que ellos constituyen el futuro del país y representan junto con sus madres el problema de la desnutrición infantil, esta tiene severas consecuencias sobre el desarrollo físico e intelectual de los niños, afectando su capacidad de aprendizaje, generando problemas de salud infantil y agravando los riesgos de enfermar y morir de manera permanente a lo largo de toda su vida. Se debe tomar medidas de prevención y promoción de la salud implementando programas dirigidos a esta etapa de vida.

La alimentación del niño es primordial especialmente durante los primeros años de vida para asegurar su supervivencia, favoreciendo su crecimiento y desarrollo saludable. La Organización Mundial de la Salud (OMS), señaló en una nota de prensa que, a nivel mundial, más de 2,1 millones de niños fallecen el primer año de vida, esto relacionado con las prácticas inadecuadas de una alimentación complementaria. En la vida de un niño sus primeros dos años son los más importantes, por ello una adecuada nutrición en esta etapa de vida reduciría su morbimortalidad, además del riesgo a contraer enfermedades crónicas. (1) Por lo tanto la ingesta insuficiente, como la ingesta excesiva



o desequilibrada de calorías y nutrientes, toman la denominación de malnutrición, situación que fue definida así por la OMS en el año 2021. (2)

La UNICEF, señala que la malnutrición infantil está determinada por dos causas inmediatas: una ingesta inapropiada de alimentos saludables y la enfermedad. Para que los niños y niñas gocen de un estado de salud óptimo es necesario que tengan acceso a una alimentación variada y nutritiva, prácticas maternas adecuadas de atención, alimentación infantil y servicios de salud de calidad y entornos saludables que incluyan saneamiento básico y buenas prácticas de higiene. (3)

A nivel mundial el 35% de los infantes son alimentados únicamente con lactancia materna hasta los 4 meses ya que la alimentación complementaria comienza a 6 meses, 60% de los niños mayores de 6 meses reciben comidas sólidas, blandos, diluidos existe una falta de conocimiento en la preparación adecuada. Se considera además que al principio de una alimentación complementaria es inapropiado el 33% no incorporan a ellos verduras, frutas. (4)

En el año 2021, la pobreza monetaria afectó al 30,1% de la población del país, incrementándose en 9,9%, en comparación con el año 2020; así lo informó el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). En los últimos cinco años la población en situación de pobreza aumentó en 8,3% y en la última década disminuyó en 0,7%. Es importante señalar que, el aumento de la pobreza estaría asociado a la paralización de la mayoría de las actividades económicas, ante el Estado de Emergencia Nacional y el aislamiento social obligatorio por la presencia del COVID-19 en el país, establecido mediante el Decreto Supremo N° 044-2020-PCM, publicado el 16 de marzo del año 2020 en el diario oficial “El Peruano” y que fuera ampliado a través de diversos Decretos Supremos. (5)



Se registraron mayores niveles de pobreza en zona rural de la Sierra, Selva y Costa. Los niveles de pobreza se registraron principalmente en la Sierra rural (50,4%), seguido de la Selva rural (39,2%) y Costa rural (30,4%). Sin embargo, los mayores incrementos se dieron en Lima Metropolitana (14,2% a 27,5%), seguido de la Sierra urbana (6,1% a 27,0%) y la Costa urbana (12,3% a 22,9%). Departamentos con niveles de pobreza monetaria estadísticamente en el año 2020, se conformaron cinco grupos de departamentos con niveles de pobreza, en el primer grupo con los mayores niveles de pobreza se encuentran Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco, Pasco, Puno, cuya pobreza monetaria se ubica en el rango entre 41,4% a 45,9%. En el segundo grupo se incluye a Amazonas, Áncash, Apurímac, Cusco, Junín, La Libertad, Loreto, Piura, Provincia Constitucional del Callao y Tumbes en un rango de 31,3% a 34,6%. Departamentos con niveles de pobreza monetaria estadísticamente semejantes. (5)

En el Perú, según la encuesta demográfica de salud nacional (ENDES), en el año 2021, la deficiencia nutricional crónica afectó en un 18,1% a los niños menores de 5 años. (6) En cuanto a niños menores de 6 meses se quejó en un 13,3 %, y el grupo etario de 6 a 8 meses fueron 14.6%; 3 % más comparado con el 11,6 % de la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2020”. En esta fase se inicia con la alimentación complementaria, ya que es primordial la administración de alimentos al niño en esta primera etapa de vida, de igual manera se encontraron cifras de deficiencia nutricional crónica, en niños de 18 a 23 meses de edad alcanzando un porcentaje más alto (25,3%); en niños de 14 meses deberían ser incluidos en la olla familiar, la que debe contener alimentos equilibrados para su edad.(7) De este porcentaje se indica que la deficiencia nutricional afecto en mayor proporción a los niños de padres sin educación (45,0%); a diferencia de un mejor nivel educativo, alcanzando solo un 13,0% en madres con secundaria y 4,7% en madres con nivel superior. (8)



El Departamento de Puno cuenta con 1,172,697 habitantes, de los cuales 50,969 son niños y niñas menores de edad y 109,538 son adultos mayores de 65 años de edad. El nivel de pobreza registrado según INEI- censo 2017 fue pobreza total un 37%, pobreza extrema 6.3%, hogares con 4 servicios básicos, 43.1%, vulnerabilidad a pobreza 40.5%, ejecución de gasto social 10.0% (SIAF MEF 2021) población en zona urbana 57.5%. (9) La región Puno cuenta con 108 distritos, de los cuales 57 son pobres, 40 muy pobres y 8 en extrema pobreza. Del 69.9% de niños con anemia el 5,9% es crónica severa. La desnutrición en Puno afecta al 25,5% de los niños menores de cinco años. El promedio nacional es 23,2% respecto a la desnutrición crónica. Las provincias de Puno con mayor incidencia son: San Román con 6,266 niños desnutridos, Azángaro con 6,052 niños y Carabaya con 5,128 niños. (10) así mismo en la región Puno existe una mortalidad infantil, de cada 1000 nacidos 11 fallecen y una tasa de malnutrición crónica del 25% de niños menores de 5 años de edad, sufren desnutrición crónica y 50% padece malnutrición (11)

Teniendo en cuenta los datos antes mencionados podemos deducir que, si buscamos reducir la pobreza debemos evitar la desnutrición crónica, considerando que el principal potencial activo de un país es su capital humano, el cual se debe proteger, sobre todo, en la etapa de gestación e infancia, con políticas económicas y sociales que garanticen su desarrollo físico e intelectual y el desarrollo pleno de sus capacidades. (12)

Según Mendoza A y Jiménez R, encontró que el aumento de la pobreza promovió el limitado acceso a los alimentos para los niños, especialmente de 6-11 meses de edad, generando así desnutrición, por lo tanto las prácticas de alimentación inapropiadas y sus consecuencias son grandes obstáculos al desarrollo socioeconómico sostenible y a la reducción de la pobreza.(13) Por lo que siendo el conocimiento un pilar importante en el



manejo de la alimentación complementaria por parte de las madres, se debe considerar este como un factor importante de la investigación.(14)

Por otro lado, el conocimiento de la madre sobre alimentación infantil se logra a través de la experiencia que es alcanzada en el transcurso de la vida mediante una buena recolección de datos e informaciones, esta ayudará a mantener la salud de sus hijos y prevenir enfermedades, conocimiento que se expresa en las prácticas adecuadas o inadecuadas de alimentación del niño (15), siendo por lo tanto un factor valioso de investigación.

Respecto a ello, se ha encontrado en diferentes publicaciones realizadas en la región y citadas en la presente investigación que las prácticas alimentarias son deficientes en la región de Puno, por una serie de factores dentro de los cuales se encuentra la pobreza como un factor condicionante, el nivel educativo, la alimentación, el cuidado, la estimulación activa, entre otros.

Ante la evidencia presentada, se desarrolló este trabajo que servirá como fuente de información para contribuir en el mejoramiento de los conocimientos y prácticas en las madres a fin de fomentar una adecuada nutrición en este grupo poblacional vulnerable mediante estrategias preventivo promocionales sobre alimentación complementaria en los centros de salud, organizaciones, con el propósito de buscar una buena nutrición para un adecuado crecimiento y desarrollo del niño.



1.1.1. Formulación del problema

1.1.2. Problema general

¿Cuál es la relación entre el nivel socioeconómico y nivel de conocimientos en alimentación complementaria con las prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al centro de Salud Cabana I-3?

1.1.3. Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel socioeconómico de las madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al centro de Salud Cabana I-3?
- ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al centro salud Cabana I-3?
- ¿Cuáles son las prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al Centro de Salud Cabana I-3?

1.2. JUSTIFICACIÓN

La desnutrición crónica infantil es un problema de salud pública la cual tiene fuerte presencia en el país, sobre todo en algunas regiones y zonas rurales de bajos ingresos: “Situación que incrementa el riesgo de morbilidad e inhibe el desarrollo cognitivo y físico del infante” (16). El nivel socioeconómico bajo contribuye en la desnutrición infantil, factores como vivienda, estructura familiar, servicios, educación, equipamiento, ingresos y gastos influyen en el estado nutricional del niño y su salud (17).

A los seis meses de edad, las necesidades de energía y nutrientes del lactante



empiezan a ser superiores a lo que pueda aportar la leche materna, a su vez ha adquirido un buen desarrollo de su aparato digestivo, su función renal y el suficiente desarrollo neuromadurativo, por lo que hace obligatorio la inclusión de la alimentación complementaria a fin de mejorar el aporte energético, proteico, cantidad, calidad y biodisponibilidad de nutrientes esenciales para el crecimiento y desarrollo del lactante hasta los dos años. Después que el lactante ha adquirido los dos años, es muy difícil revertir el déficit de crecimiento causada por una malnutrición producida durante los dos primeros años de vida, período crítico el cual debe ser cubierto con una nutrición balanceada y segura. (18)

Por lo tanto, es fundamental asegurar que las madres cuenten con un ingreso económico estable, nivel de conocimiento alto sobre la alimentación complementaria, mejorando y/o potenciando “las prácticas de alimentación que le brinde al niño y mejorando de su condición nutricional” previniendo complicaciones, descubriendo oportunamente cambios y riesgos en el proceso de su crecimiento y estado de salud. (19)

La presente investigación se realiza porque la alimentación complementaria es muy importante en la etapa de la infancia puesto que es la edad donde los niños se encuentran en su máximo desarrollo físico y cognitivo, lo cual está relacionado a la capacidad de asimilar conocimientos, interactuar con su entorno, su capacidad motora y de adaptación a nuevos ambientes y personas, así mismo necesitan el aporte de otros micronutrientes que la leche materna no les otorga en la cantidad necesaria según los requerimientos nutricionales.

Se necesitan de muchos esfuerzos para mejorar el conocimiento y prácticas alimentarias, aparte de ello también existen factores socioeconómicos que limitan el acceso ya sea a alimentos, como también a la educación de los responsables de la



alimentación, los resultados obtenidos contribuirán al conocimiento respecto a la alimentación complementaria, las prácticas alimentarias y factores asociados a estas, con la finalidad de que los responsables de la salud del niño (familia, instituciones) asuman medidas correctivas para un mejor desarrollo del infante lograr la calidad de vida óptima. Los mismos servirán para futuras investigaciones con poblaciones de características similares.

1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Hipótesis

Existe relación directa entre el nivel socioeconómico y nivel de conocimiento en alimentación complementaria con las prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al centro de Salud Cabana I-3 2022.

1.4. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel socioeconómico y nivel de conocimiento en alimentación complementaria con las prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asiste al centro de salud Cabana I-3. 2022.

1.4.2. Objetivos específicos

- Conocer el nivel socioeconómico de madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al centro de Salud Cabana.
- Identificar el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al centro salud Cabana.



- Identificar las prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al centro de salud Cabana.
- Relacionar el nivel socioeconómico con el nivel de conocimiento en la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al centro salud Cabana I -3.
- Relacionar el nivel socioeconómico con las prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al centro de salud Cabana I - 3.
- Relacionar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria con las prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al centro de salud Cabana I-3.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. A nivel internacional

Álvarez M. (2018), en su estudio determinó los factores socioeconómicos que se relacionan con el estado nutricional de niños de 12 a 36 meses edad que asisten a los Centros de Desarrollo Infantil del MIES en el sector de Toctiuco en mayo y junio del 2018. El estudio fue de enfoque descriptivo, cuantitativo de corte transversal, la población estuvo conformada de 86 niños, se estudiaron las variables como: el estado nutricional de niños mediante una valoración antropométrica e indicadores socioeconómicos como la etnia, nivel de instrucción académica, estructura familiar, número de hijos, ingresos económico familiar, régimen de tenencia de vivienda, entre otros, mediante una encuesta a los padres de familia de los menores. Concluyendo un 29.1 % de niños tienen desnutrición crónica (talla baja para la edad), los factores socioeconómicos que se relacionaron con esta fueron el nivel de instrucción académica, el número de hijos en la familia, ingreso económico familiar y el régimen de tenencia de vivienda. (20)

Zapata M. (2018), en la investigación que tuvo como. Objetivo: evaluar los indicadores de lactancia materna y alimentación complementaria en niños menores de 24 meses con diferentes condiciones sociodemográficas en Rosario, Argentina. Donde realizaron un estudio transversal y descriptivo en dos centros asistenciales (público y privado), la población estuvo constituida por 400 niños, como instrumento, el cuestionario y un recordatorio de 24h, dando como



resultados en el centro asistencial público y privado, el inicio temprano de la lactancia materna fue de 83,3 vs. 87,8%, la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses fue 79,1 vs. 46,7% ($p<0,001$), la lactancia materna continua al año de vida fue 29,4 vs. 38,9%, la introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves fue 71,4 vs. 100% ($p=0,012$), la diversidad alimentaria mínima fue de 45,3 vs. 70,7% ($p<0,001$), la frecuencia mínima de comidas 74,5 vs. 98,0% ($p<0,001$), la dieta mínima aceptable fue 41,5 vs. 70,7% ($p<0,001$) y el consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro fue 66,0 vs. 93,9% ($p<0,001$). Concluyendo que se observan diferencias en las prácticas de cuidado temprano entre ambas poblaciones, en términos generales en el ámbito oficial se observa un mejor cumplimiento de la lactancia exclusiva y en el ámbito privado una mejor calidad y diversidad de la alimentación complementaria, estas diferencias en el cumplimiento de los indicadores pueden estar relacionadas con las características sociodemográficas de la población atendida en ambos centros, como así también con la modalidad atención, apoyo a las familias e información que brindan ambos centros asistenciales. Conocer mejor las prácticas de cuidado temprano puede contribuir a acciones de capacitación profesional y de promoción de salud más efectivas. (21)

Cárdenas N. Et al. (2018), el propósito de este estudio fue identificar los factores de riesgo que intervienen en las prácticas sobre alimentación complementaria de los responsables de la alimentación de niños de 6-11 meses del centro de salud de “La Rumiñahui” 2018. Siendo un estudio descriptivo, cualitativo, de tipo transversal, la población fue de 119 responsables de la alimentación, donde se aplicó una encuesta sobre conocimientos y prácticas de alimentación complementaria en el centro de salud, como resultados los cinco indicadores



establecidos por la OMS, el único que cumplió fue de 55,8% , el de introducción de alimentos sólidos, semi sólidos o suaves; con respecto al conocimiento sobre alimentación complementaria lo cumplen en un 78,2%; pero son conocimientos únicamente empíricos, además tuvieron buenas prácticas con respecto a la utilización del agua para la preparación de alimentos con un 81,5%; también se presenta en un 70,4% factores que distraen la atención de los niños al momento de alimentarse. Los resultados obtenidos fueron concordantes con varios estudios de otros países, ya que sí existen muchos factores que afectan tanto las prácticas como los conocimientos sobre alimentación complementaria y que, a través de los indicadores de la OMS, se pudo analizar los resultados. (22)

2.1.2. A nivel nacional

Añacata J. (2017), en su estudio, tenía como objetivo determinar las características económicas y el nivel de estudio de los beneficiarios del Programa Vaso de Leche en el distrito de Cayma. Siendo un estudio descriptivo, cuantitativo, su diseño es no experimental y de corte transversal, la población estuvo conformada por 324 beneficiarias del vaso de leche, como instrumento fue la encuesta donde se aplicó a madres de los niños beneficiarios, madres gestantes, madres en periodo de lactancia y ancianos, como resultados muestran que el 5% tiene una economía alta, el 60.0% tiene una economía regular, el 35 tiene una economía baja, respecto al nivel de estudio 6 de cada 10 personas han terminado la secundaria, pero aun así casi el 20% de las personas son analfabetas, primaria e incompleta, lo que demuestra que este grupo de personas no ha obtenido la educación básica, y por cada 10 personas, 2 personas tienen títulos profesionales y técnicos, puede ser la mala calidad de la educación en instituciones públicas y



privadas. (23)

Morales L. (2017), en la investigación que tuvo como. Objetivo: explorar las expectativas de futuro de los pobladores que viven en situación de pobreza de tres asentamientos humanos en Chimbote, Juliaca y Pucallpa. El grupo de estudio estuvo conformado por 54 pobladores mayores de 18 años en situación de pobreza, se utilizó la técnica de entrevista en profundidad, entre los resultados del estudio se encontró lo siguiente: en el aspecto educativo, algunos pobladores jóvenes de Chimbote y Juliaca tienen la expectativa de ser profesional, en tanto que los adultos de las tres ciudades, en un buen número, esperan poder dar educación a los hijos y contribuir a este propósito. En el aspecto laboral, una proporción importante de la muestra, sobre todo los de Chimbote y Pucallpa, espera contar con un trabajo estable con remuneración fija y segura; mientras que, en el caso de los pobladores de Juliaca en su mayoría, esperan tener un trabajo independiente o negocio propio. Además, un buen número de participantes tiene la expectativa de contar con una vivienda propia y/o mejorar los ambientes de la vivienda en la que se habita. (24)

Robles F. (2018), en la investigación que tuvo como. Objetivo: evaluar la relación entre los factores socioeconómicos y la desnutrición en niños menores de cinco años atendidos en el puesto de Salud de Apurímac-Pisonaypata. Los métodos utilizados fueron descriptivos, el diseño de la investigación fue correlacional de corte transversal, de tipo cuantitativa, la población estuvo conformada por 107 madres de niños menores de 5 años, para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario, según los resultados mostraron que el 32,71% de las madres encuestadas mostró un nivel alto respecto



al variables socioeconómicas, el 43,93% mostró un nivel medio y el 23,36% mostró un nivel bajo, además se puede observar que el 29,91% de los niños menores de cinco mostraron un alto nivel, para las variables de desnutrición el 42,99% mostró nivel medio y el 27,10% nivel bajo. Según el coeficiente de correlación de Spearman, es 0,678, lo que significa que el resultado es medio y con significación estadística $p=0,001$, que es inferior a 0,01. Entonces, acepte la hipótesis principal y rechace la hipótesis principal la variable factor socioeconómico se correlaciona directamente de manera positiva con la variable desnutrición. (25)

Huamán Br. (2017), el propósito de este estudio fue investigar la relación entre hábitos alimentarios y nivel socioeconómico con el estado nutricional en preescolares de la I.E. N° 366 (ubicada en el centro poblado de y la I.E. San Juan Bautista de la Salle Iquitos). Este estudio es de tipo cuantitativo, no experimental, de diseño correlacional, la población total estuvo formada por 167 estudiantes menores de 5 años, se utilizaron encuestas, pesado, tallado e instrumentos como la báscula digital de pie, tallímetro y el hemoglobinómetro, como resultados obtenidos en la Institución Educativa N° 366, según los resultados el indicador antropométrico P/E, muestran que 91.3% está en el rango Normal, 7.5% con Desnutrición y 1.3% con Sobrepeso; según T/E, 82.5% presentó Talla Normal y 17.5% Talla Baja; según P/T, 100% fue Normal y según el indicador bioquímico hemoglobina 66.3% se encontró Normal, 1.3% con anemia moderada y 32.5% con anemia leve, concluyendo que existe relación significativa entre los hábitos alimentarios y el nivel socioeconómico con el estado nutricional en preescolares de las Instituciones Educativas N° 366 y San Juan Bautista de la Salle. (26)



Chambi Y. (2017), el presente trabajo de investigación tiene por. Objetivo: determinar la relación de actitud de las madres referente a la alimentación complementaria y el estado nutricional en niños CS. Ciudad Nueva - 2017. El diseño es tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal, con una muestra de 100 madres, se aplicó los instrumentos: cuestionario de componentes de la actitud y la valoración del estado nutricional mediante los indicadores de crecimiento infantil, el procesamiento de datos se realizó en el SPSS 20, según los resultados indican; la actitud de las madres referente a la alimentación complementaria: favorable (69,0%); el estado nutricional se evidencia: sobrepeso (43,0%), normal (41,0%), obesidad (13,0%), desnutrición aguda (3,0%), longitud normal (85,0%), longitud alta (10,0%) y longitud baja (5,0%). Existe una relación entre la actitud de la madre referente a la alimentación complementaria y el estado nutricional. Los indicadores se basan en (Correlación Person Rs $P=(0,000<0,05)$), concluyendo que existe una actitud favorable ante un estado nutricional normal se comprueba la hipótesis de la investigación. (27)

Castro S. (2018), en la investigación que tuvo como. Objetivo: determinar la relación entre el conocimiento de la madre sobre nutrición complementaria y el estado nutricional de los niños hasta los 2 años de edad. El tipo de estudio fue de tipo cuantitativo, diseño de correlación descriptivo, transversal no experimental, la población estuvo conformada de 123 madres, el métodos que se utilizó es la encuestas y/u observaciones son las herramientas y los cuestionarios se utilizan para medir el nivel de conocimiento, dando como resultados el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria es bajo con un 51.22% y el estado nutricional de los niños menores de 2 años es desnutrición con un 69.11%, luego de realizar el contraste de hipótesis, se llegó a la conclusión que



existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del menor de 2 años que asisten a los consultorios de CRED del Centro de Salud Santa Ana - Huancavelica 2018.(28)

Brito E. (2016), el presente estudio de investigación que tuvo como. Objetivo: determinar la relación que existe entre las prácticas de alimentación complementaria de las madres y la anemia en lactantes de 6 a 11 meses. Siendo el estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, descriptivamente relevante, transversal y prospectivo, la población estuvo conformada por 62 madres de lactantes de 6 a 11 meses, se utilizó como técnica para las prácticas de alimentación las encuestas y cuestionarios validados, para los valores de hemoglobina se utilizó el análisis de documentos con fichas de recolección de datos, dando como resultado 62,9%, prevalencia de anemia en los lactantes, en las prácticas de alimentación complementaria según dimensión calidad; el 72,6. % de madres realizan prácticas medianamente adecuadas, dimensión cantidad; el 67,7 % medianamente adecuadas, dimensión frecuencia; el 51,6 % inadecuadas, dimensión consistencia; el 59,7 % adecuadas y en las prácticas de higiene de los alimentos; el 51,6% tienen prácticas inadecuadas. Existe relación entre las prácticas de alimentación complementaria de las madres y la anemia, hay una alta tasa de prevalencia de anemia en los lactantes, en la dimensión calidad y cantidad; el mayor porcentaje de las madres realizan prácticas medianamente adecuadas, en la dimensión frecuencia; el mayor porcentaje de las madres prácticas inadecuadas, en la dimensión consistencia; el mayor porcentaje de las madres prácticas adecuadas, y el mayor porcentaje de las madres tienen prácticas de higiene de los alimentos inadecuadas. (29)



2.1.3. A nivel local

Alejo S. (2015), realizó la investigación titulada: “Relación entre los patrones de consumo de alimentos y el nivel socioeconómico y el estado nutricional de los escolares de la institución educativa 70114 Platería”. El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, analítico y transversal, la muestra estuvo conformada por 142 niños y sus madres, los instrumentos utilizados es el recordatorio de 24 horas, encuesta Graffar y se evaluó el estado nutricional mediante métodos antropométricos, según los resultados de los patrones de consumo de alimentos nutricionalmente adecuados, el 29% de las personas presentaba deficiencia energética, el 8% deficiencia de carbohidratos, el 38% deficiencia de proteínas, el 68% deficiencia de lípidos, el 73% deficiencia de carbohidratos y el 70%, las personas tienen deficiencia de hierro, el 72% tienen deficiencia de calcio, el 60% tienen deficiencia de zinc y el 69% tienen deficiencia de vitamina A. En cuanto a la frecuencia de consumo de alimentos, el consumo medio diario de alimentos fue de hortalizas 28,5%, cereales y sus derivados 17,9%, oleaginosas y sus derivados 25,9%, en cuanto a nivel socioeconómico el 44 % se encuentra en un nivel medio 42% en un nivel bajo, el 14% un nivel muy bajo, los resultados de la evaluación nutricional basados en la puntuación z de la altura para la edad mostraron que el 52 % eran altos para su edad, el 35 % eran bajos y el 7 % eran bajos. Según el IMC (índice de masa corporal), se encontró que el 94% se encontraba en un estado nutricional normal y el 4% era obeso. (30)

Mamani N. (2019), tiene como objetivo, determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 – 24 meses, beneficiarias del programa nacional JUNTOS en el Centro de Salud



Pomata. El estudio fue de tipo descriptivo, con diseño no experimental, de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 30 madres, la técnica empleada fue la entrevista, y como instrumento se utilizó un cuestionario, según los resultados mostraron: respecto al conocimiento de las madres beneficiarias sobre alimentación complementaria es regular en un 50%, seguido del 30 % con un conocimiento bueno y deficiente un 20%, en conclusión las madres beneficiarias del programa nacional JUNTOS que asisten al establecimiento de salud Pomata tienen un nivel de conocimiento entre regular y bueno acerca de la alimentación complementaria que brindan a sus hijos. (31)

Lozada D. (2018), en la investigación que tuvo como objetivo, determinar la relación entre el estado nutricional, conocimientos y hábitos alimentarios de los niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2018. El estudio fue descriptivo y transversal, la población estuvo conformada por 94 madres y sus respectivos hijos, se recogieron métodos antropométricos y de encuesta y 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, y una ficha de estado nutricional, los resultados 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 sobre peso; 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. 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. (32)

García H. (2019), en la investigación que tuvo como objetivo, determinar el conocimiento de las madres de niños de 6 a 11 meses sobre alimentación complementaria en el Puesto de Salud Canchi Grande en la ciudad de Juliaca 2016. El estudio fue descriptivo, no experimental y transversal, la población estuvo conformada de 30 madres, el instrumento utilizado es una guía de entrevista que consta de 20 preguntas de opción múltiple, como técnica la entrevista, los resultados obtenidos respecto al conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria es deficiente en un 50%, regular en un 43.33% y bueno en un 6.67%; así mismo el 70% conoce la definición, un 73.33% el inicio y 63.33% la importancia de la alimentación complementaria, referente a la cantidad el 60% conoce, relativo a la consistencia y frecuencia el 60% y 93.33% “no conoce” respectivamente, en la combinación alimentaria es 53.33% “conoce”; en función y alergia de los alimentos el 53.33% y 56.67% “no conoce” respectivamente el tema tratado. Se concluye que la mayoría de madres tienen un conocimiento deficiente acerca de la alimentación complementaria. (33)

Condori A. (2021), el objetivo del estudio era determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses y la anemia ferropénica en el Centro de Salud de Pampahalla -Sicuani 2019. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal, con diseño no experimental, la población estuvo conformada por 94 madres y sus



respectivos niños, se utilizó como técnica la entrevista, como instrumentos un cuestionario para procesar los resultados se utilizó el SPSS-25, a través de la Chi Cuadrado, según los resultados indica que el 56,4% de madres tienen nivel de conocimiento medio respecto a la alimentación complementaria, 36,2% conocimiento alto y el 7,4% conocimiento bajo; con respecto al grado de anemia de los niños se observó que el 58,5% de los niños evaluados no presentaron anemia, el 24,5% presentaba anemia leve y 17,0% de niños presentaba anemia moderada. Se determinó según el chi cuadrado que existe relación significativa ($p=0,000$). Entre el conocimiento sobre alimentación complementaria y la anemia ferropénica en niños de 6-24 meses atendidos en el Centro de Salud Pampahalla Sicuani 2019. (34)

Roque L. (2019), en la investigación que tuvo como. Objetivo: 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 estudio fue de tipo descriptivo, de diseño no experimental y de corte transversal, la población estuvo conformada por 92 madres, el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia según criterios de inclusión y exclusión, el instrumentos fue el cuestionario, como técnica se utilizó la encuesta, según 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 al relacionar las variables de estudio, actitudes y prácticas, frente a datos estadísticos logrados con la prueba estadística Chi Cuadrado, 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 en niños de 6 a 24 meses. (35)

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Nivel socioeconómico

Los factores socioeconómicos son considerados un componente integral e importante, actualmente debido a la falta de capacidades económicas de ciertos grupos sociales, las dificultades van en aumento y las personas de bajo nivel económico pueden tener más problemas en varios aspectos de la vida, por ejemplo: salud, empleo, educación y techo para vivir: “Por los escasos recursos que las personas de menor nivel socioeconómico brindan a sus seres queridos”. (36)

Los factores económicos se reflejan en los ingresos económicos y si estos recursos son capaces de cubrir las necesidades básicas de cada miembro de la familia. Sé resolutivo en la vida familiar porque puede traer paz no sólo física sino también mental, y esto sólo es posible si los miembros de la familia tienen trabajo y son buenos cabezas de familia. (36)

El nivel o estatus económico es un indicador económico compuesto que determina la voluntad de una persona para trabajar y la posición económica de un individuo o familia en relación con otros en función de los ingresos, la educación y el empleo. Al analizar el nivel económico de una familia, se analizan los ingresos



de la familia, el nivel educativo, la ocupación y el ingreso total en comparación con los individuos, así como las características personales de sus miembros. (37)

2.2.2. Dimensiones de la variable factores socioeconómicos.

Dimensión social: representada por la variable educación del sustentador principal (el miembro del hogar que más aporta al presupuesto y las finanzas del hogar desde su ocupación principal, aunque no sea necesariamente el miembro del hogar que más gana).

Dimensión Económica: se expresa en la ocupación del principal sostén del hogar y en el patrimonio del hogar: bienes (T.V, teléfono, refrigeradora, videograbador/reproductor, secarropas, lavarropas programable automático, tarjeta de crédito del principal sostén del hogar, computadora personal, acondicionador de aire y automóvil). (37)

Grado de enseñanza: Son investigaciones o aprendizajes basados en el nivel de conocimientos y habilidades cognitivas adquiridas en el Centro de Aprendizaje.

Sin grado: una persona que no ha completado la educación o la escuela primaria completa.

Nivel primario: una persona que ha recibido capacitación conjunta para desarrollar habilidades.

Nivel secundario: entrenamiento integral utilizando un programa para ayudar con el desarrollo físico, el autocontrol y el autoanálisis para verte a ti mismo y a tu vida de manera más objetiva.



Nivel de educación instituto superior: se refiere a quienes no han realizado estudios universitarios, pero se dedican a ocupaciones técnicas.

Nivel superior universitario: se refiere a la persona que ha realizado sus estudios en una universidad tiene base científica y es reconocido a través de un título profesional universitario. (36)

Número de hijos: es diverso en las comunidades locales, con familias que van desde 1 a 12 niños. Entonces es una decisión de cada familia, pero este objetivo afecta la calidad de vida tanto de la madre como del niño porque afecta la alimentación, la vivienda, la salud y los ingresos económicos.

Estado civil: es una característica de la conexión personal de una persona con el sexo opuesto. Los humanos crearon la institución del matrimonio. Existen diferentes tipos de estado civil que difieren según el tipo de relación que una persona mantiene.

Solteros: los que no tienen obligaciones legales con los demás.

Casado: aquella persona que ha contraído matrimonio civil o eclesiástico.

Conviviente: es el término que se utiliza para aquellas personas que conviven juntos por más de 2 años.

Divorciado: aquella persona que ha roto el vínculo legal con su pareja.

Viudo: aquella persona que no tiene pareja, producto de la muerte del cónyuge.

(36)



Procedencia: es un entorno natural donde la gente nace y vive con sus tradiciones y costumbres. Entonces tenemos gente de la costa, la sierra y la selva. Cada individuo tiene características únicas como miembro de su grupo, aunque estas reglas no pueden considerarse universales, ya que cambian a medida que se desplazan de un lugar a otro para adaptarse a la sociedad a la que migran. (36)

a) Características del hogar.

Tamaño del hogar: número total de miembros que pertenecen al hogar. Un hogar se define como un grupo de personas, ya sean parientes o no, que viven total o parcialmente en la misma vivienda, comen comidas juntas y satisfacen otras necesidades esenciales juntas.

Hacinamiento: El INEI define el hacinamiento como la ocupación de un espacio habitable es decir cuando viven más de tres personas en un cuarto: “El hacinamiento es el resultado de la cantidad de personas en relación con el total de cuartos de la casa. (20)

b) Características del jefe de hogar

Grado de instrucción del jefe de familia: lo define como el nivel de aprendizaje alcanzado por los padres o tutores; este indicador socioeconómico se calcula a partir del porcentaje de la población de 16 a 24 años que ha obtenido la educación básica, teniendo en cuenta que ha obtenido el nivel de educación básica, y se expresa como porcentaje de la población encuestada (37).

El nivel educativo está directamente relacionado con el aprendizaje, que es el promedio de horas de escolaridad de las personas de 24 años o más. El logro educativo indica el valor académico del conocimiento y las habilidades



individuales y varía según los grados con calificaciones establecidas internacionalmente (38)

Principal actividad económica: desde una perspectiva económica, el mundo del trabajo se refiere a las actividades humanas destinadas a producir bienes y servicios. A cambio de estos esfuerzos productivos, los trabajadores reciben un ingreso neto (trabajadores públicos o independientes) o salarios. Estas preguntas nos permiten observar que el mundo del trabajo puede y/o debe ser visto como un nexo que conecta aspectos del desarrollo económico y social, y que los indicadores de éxito o fracaso en el funcionamiento de la economía están directamente relacionados con las personas.

Ingresos económicos: se refiere al total de ingresos económicos recibidos por la familia en los últimos 30 días, los cuales pueden provenir de diversas fuentes: trabajo, remesas, ingresos, renta disponible, etc., dividido por el número de integrantes de la familia. El indicador de ingreso promedio mensual de los hogares se mide con referencia al precio de una canasta básica de alimentos.

Tras el brote de Covid-19, las estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2020) muestran que el número de desempleados en el mundo ha aumentado en 5,3 millones a 24,7 millones desde una base de 188 millones. Número de desempleados en 2019. En el escenario "promedio", el número de desempleados aumentaría en 13 millones. Esta pérdida de ingresos laborales significa un consumo reducido de bienes y servicios y puede empujar a muchos trabajadores a la pobreza. (38)



Acceso a servicios de salud: Esta variable capta las actitudes sociales de los hogares para abordar sus problemas de salud y, además, la situación económica actual de los hogares en relación con el acceso a la atención de la salud. (39)

c) Características de saneamiento

Acceso a agua potable: el acceso al agua potable se tiene en cuenta cuando los hogares tienen acceso a una red pública de suministro de agua que entrega agua potable a los hogares a través de un sistema de tuberías ubicado bajo tierra en la vía pública. Este indicador socioeconómico se correlaciona con el NBI de la población; la provisión de acceso a agua entubada a través de redes públicas en los domicilios está directamente relacionada con la salud de los usuarios, ya que contribuye a la reducción de enfermedades intestinales y parasitarias (39).

Servicios de Saneamiento Domiciliario: los servicios de saneamiento son sistemas utilizados para la disposición de excrementos y se pueden dividir en dos categorías: Disponible: la vivienda cuenta con servicio de saneamiento (conectado a un servicio público o fosa séptica), pero no disponible: cuando se presta el servicio, ubicado en el hogar. Si los métodos de eliminación inadecuados, como contenedores y zanjas, no están disponibles o no se utilizan en el hogar.

d) Características de la vivienda

Tenencia de la vivienda: según el censo de 2017, el 43% de las viviendas particulares con ocupantes se encuentran en el sector libre Puno, seguido del 36% de viviendas en propiedad, el 10% en alquiler, el 11% en traspaso y el 0,1% en otra tenencia de propiedad. (39)



Tipo de piso y de paredes: el conjunto de materiales con que ha sido construido la vivienda, predominantemente el piso del hogar, el cual refleja la situación económica y social de la familia.

Cuarto para cocina exclusiva: un espacio dedicado a la cocina es un indicador de la calidad de vida, y se considera una desventaja si el espacio de la cocina cumple esta función durante el día y se convierte en un dormitorio por la noche.

2.2.3. Método GRAFFAR

El método de estratificación social ideado por el Profesor M. Graffar, es un Método compuesto que utiliza combinación de variables cualitativas y cuantitativas (multivariantes). (40)

2.2.4. Clasificación Graffar

Es un programa internacional de agrupación infantil basado en el estudio de las características sociales de la familia, la ocupación del padre, el nivel educativo, la fuente de ingresos familiares, el confort de la vivienda y la apariencia del área de residencia de la familia. El estándar fue desarrollado por el profesor Graffar en Bruselas, Bélgica, para determinar los diversos grados de bienestar de un grupo social. (41)

2.2.5. Criterio de evaluación

En la primera evaluación, a cada familia observada se le asignó un puntaje para cada uno de los cinco criterios enumerados en la clasificación, y en la segunda etapa de evaluación, en base a la suma de los resultados, de ahí que se establezca la escala en la que se la familia ocupa la sociedad se determina. Las familias con



los estratos más bajos (I y II) pertenecen al más alto nivel de bienestar, mientras que las familias en pobreza relativa y pobreza extrema o crítica pertenecen a los estratos más elevados (IV y V). (42)

Clasificación Social:

La puntuación total obtenida en la clasificación de cinco criterios da el nivel de clasificación final correspondiente a la clase social según la siguiente clasificación.

- 4 - 6 Puntos = Nivel alto
- 7 - 9 Puntos = Nivel medio alto
- 10 - 12 Puntos = Nivel medio
- 13 - 15 Puntos = Nivel bajo
- 16 - 18 Puntos = Nivel muy bajo

2.2.6. Determinación del nivel socioeconómico.

Emplea una escala tipo Likert del 1 al 5 (1 para muy bueno y 5 para muy malo). El puntaje obtenido en cada variable se suma y se obtiene un total, que puede ir desde 25 (nivel alto) hasta 125 (nivel bajo) de acuerdo a la siguiente escala. (43)

ESTRATO	NIVEL	PUNTAJE
SOCIOECONOMICO		
Estrato I	Muy alto	1-12 puntos
Estrato II	Alto	13-24 puntos
Estrato III	Medio	25-36 puntos
Estrato IV	Bajo	37-48 puntos
Estrato V	Muy bajo	49-60 puntos

Figura 1. Escala modificada para medir el nivel socioeconómico.

Fuente: Escala de Graffar modificada (44)

2.2.7. Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria.

2.2.8. Conocimiento.

El conocimiento es el cúmulo de información que la especie humana ha ido adquiriendo sobre la naturaleza y sobre sí mismo (45). Para Mario Bunge el conocimiento es como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, clasificándolos en conocimiento científico, ordinario o vulgar, también exige que este tipo de conocimiento sea racional, sistemático, exacto, verificable y fiable (46). Este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como, el conocimiento va depende de factores, demográficos, culturales, grado de instrucción, edad y experiencias previas en conocimientos que se adquieran del profesional de salud, entre otros, así también la idiosincrasia de las familias que maneja un conjunto de creencias, muchas veces erróneas, profundamente arraigadas en nuestra cultura. (46)



Según la OMS el conocimiento de la madre sobre alimentación infantil, es la noción y experiencia, lograda y acumulada por la madre sobre alimentación, que alcanza en el transcurso de vida mediante una buena recolección de datos e información, que ayudará a mantener la salud de sus hijos y prevenir enfermedades. El conocimiento depende de factores, como, el grado de instrucción, experiencias previas en el cuidado de niños y conocimientos que se adquieren del profesional de salud, entre otros. También influyen los consejos de la familia que manejan un conjunto de creencias, muchas veces, erróneas, profundamente arraigadas en nuestra cultura. (6)

El estudio de Wales y Sanger indican que el nivel de conocimientos de la madre es la suma de hechos y principios que se adquieren o retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje el que se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones y actividades de quien aprende y por ende la situación económica que le rodea. (47)

Tipos de conocimientos

Conocimiento Empírico: es llamado conocimiento popular, es el conocimiento que adquirimos a través de la observación y de la interacción del ser humano con el ambiente alrededor. Es resultado del sentido común, y puede estar basado en experiencias, sin la necesidad de una comprobación científica (48).

Conocimiento Filosófico: este tipo de conocimiento nace a partir de las reflexiones que el ser humano hace sobre cuestiones subjetivas. En este caso se parte de la introspección y la reflexión sobre la realidad y las circunstancias que nos rodean a nosotros y al mundo, en ocasiones basándose en la experiencia dada



por observaciones directas de fenómenos naturales o sociales. Así pues, se parte de la observación y la reflexión sin llegar a la experimentación, y de este conocimiento surgen diversas metodologías y técnicas que permiten que con el tiempo la especulación se convierta en conocimiento científico. (48)

Conocimiento Científico: semejante al conocimiento empírico en el sentido que parte de la observación de la realidad y se basa en fenómenos demostrables, en esta ocasión estamos ante uno de los tipos de conocimiento en los que se realiza un análisis crítico de la realidad a partir de la comprobación para poder originar conclusiones válidas. El conocimiento científico permite la crítica y la modificación de sus conclusiones y premisas básicas; procurando la demostración a través de la comprobación de los fenómenos en forma sistemática. (48)

2.2.9. Niveles de conocimiento.

Los puntos de evaluación para determinar el nivel de conocimiento son:

Conocimiento bueno: también conocido como "mejor" porque hay suficiente distribución cognitiva, la intervención es positiva, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la presentación es correcta y fundamentada, y el tema o caso de auditoría de fondo una idea.

Conocimiento regular: conocido como "conocimiento medio realizado" porque hay una fusión parcial de ideas, se expresan conceptos básicos y se refleja el logro de metas, y la conexión con el tema o las ideas subyacentes al tema es esporádica. Es difícil para las personas identificar parcialmente las ideas expresadas. (48)

Conocimiento deficiente: el desconocimiento es visto como "terrible" por confusión de ideas en términos de conceptos básicos, distribución cognitiva



insuficiente, terminología poco apreciada o inadecuada y falta de base lógica.

El nivel de conocimiento se define como las habilidades y comportamientos utilizados por las madres al preparar alimentos complementarios para niños de 6 a 4 meses; además, las actitudes son creencias afectivas, motivacionales, cognitivamente percibidas, que contribuyen a la evaluación de una alimentación sana y equilibrada. y los beneficios de influir positivamente, evitando situaciones nocivas relacionadas con la alimentación o influyendo negativamente en el comportamiento o la práctica de una persona. Las emociones, motivaciones, percepciones y pensamientos se ven afectados por la forma correcta de preparar e introducir los alimentos y su manipulación es parte de las prácticas y habilidades correctas para desarrollar buenos hábitos alimenticios para mantener y mejorar la salud, así que averigua qué tan bien sabe tu madre sobre alimentación complementaria. (48)

Calificación del conocimiento.

El propósito de la prueba de conocimiento es asignar un valor numérico a la respuesta generada por el ítem. La escala de medición es nominal o numérica, donde se suman valores unitarios para obtener una puntuación total y se asigna a una de las categorías de conocimiento.

Escala numérica (sistema vigesimal).

Es un instrumento para evaluar las características subjetivas del conocimiento, asignando un valor de 0 a 15, respectivamente, o asignando conocimiento a conocimiento utilizando una escala que indica el grado o intensidad de desarrollo, estancamiento o degradación del "conocimiento". Este

instrumento emite un juicio valorativo, como: muy bien, bien, regular o deficiente, el mismo que requiere capacidad evolutiva para ser interpretada en base a la siguiente tabla valorativa. (55)

Tabla 1. Escala numérica

CONOCIMIENTO	PUNTAJE
BUENO	12 – 15
REGULAR	8 – 11
DEFICIENTE	0 – 7

La calificación dentro de los intervalos de la escala enumerativa es al criterio del investigador, previo análisis y valoración de la información obtenida en el desarrollo de las competencias. (55)

2.2.10. Alimentación complementaria

La alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del bebé y se necesitan otros alimentos y líquidos además de la leche materna. La transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación domiciliaria (llamada alimentación complementaria) suele durar entre 6 y 24 meses. Este es un período crítico de crecimiento cuando las deficiencias nutricionales y las enfermedades contribuyen al aumento de la desnutrición entre los niños menores de cinco años en todo el mundo. (44)

Según la Organización Mundial de la Salud, la alimentación complementaria se define como la introducción de alimentos distintos a la leche materna. (45) El término alimentación complementaria puede considerarse como



un proceso que comienza con la introducción de cualquier tipo de productos no lácteos, es decir, alimentos semi sólidos y blandos en la dieta infantil.

Dimensiones de la variable de nivel conocimiento sobre alimentación complementaria.

El proceso comienza con la introducción gradual de alimentos al bebé, brindándole amorosamente los nutrientes que necesita para mantener su cuerpo sano y fuerte. Para que la comida sirva y nutra a un niño, se deben cumplir cinco requisitos:

Calidad: higiénicamente preparados y frescos.

Cantidad: de acuerdo con su edad y en su propio plato.

Frecuencia: mínimo cinco veces durante el día (desayuno, medias nueves, almuerzo, onces y comida).

Consistencia: de acuerdo con su edad, la consistencia de los alimentos debe ir variando: en puré, papilla, compota, machacados en trocitos. No se deben utilizar alimentos aguados, como caldos.

Amor: estimularlo y acompañarlo cuando coma. Es un momento educativo para compartir y combinar adecuadamente los alimentos y, así, lograr una alimentación balanceada.

Inicio de una alimentación complementaria.

Los bebés deben comenzar a agregar alimentos complementarios a partir de los seis meses, momento en el que resulta que los nutrientes de la leche materna



ya no son capaces de cubrir las necesidades nutricionales durante el crecimiento y el desarrollo. (41)

Según las “Guías de Nutrición Materna e Infantil”, los lactantes comienzan a ingerir alimentos sólidos a partir de los 6 meses de edad, incluyendo alimentos sólidos o semisólidos, siempre que el sistema nervioso y el tracto gastrointestinal sean capaces de responder adecuadamente a la administración de suero, (papilla y puré de frutas) y hay que soportarlo. Alimenta, pica, trocea para ajustar hasta que formen parte de la dieta familiar, y añade una cucharadita de aceite u otra grasa a la comida de tu hijo ya que aporta grasa. Requerimientos de ácido y energía hasta que las comidas de su hijo sean más abundantes. (42)

6-7 meses: unas dos cucharadas son suficientes para empezar. Puede ocurrir que al principio el niño no pueda sostener la comida o no se la pueda llevar a la boca, y se le caiga o la escupa, lo cual es normal. Lo mejor es ofrecer purés de un alimento sin azúcar, sal ni especias añadidas, por ejemplo: patatas hervidas o arroz o cereales sin gluten diluidos con un poco de leche materna o agua, una o dos veces al día y siempre después de la mama.

8-11 meses: la mayoría de los bebés de esta edad son capaces de comer alimentos blandos que pueden recoger, llevarse a la boca (migas, palomitas de maíz, zanahorias cocidas y patatas). Las verduras deben estar cocidas y blandas, la carne debe picarse y hacerse puré no muy finamente. En cada comida se deben ofrecer alimentos simples (zanahorias hervidas, peras, pan) que se pueden untar con mantequilla, margarina o aceite.

12-23 meses: considere que necesitan alimentos nutritivos y alimente los durante este tiempo en lugar de alentarlos a que se alimenten solos. La leche materna sigue



siendo un componente nutricional importante, idealmente el principal suministro de líquidos en el segundo año y más allá. La comida se puede picar o picar y picar. Es importante ofrecerle alimentos que pueda llevarse a la boca con las manos, como rebanadas de pan, cereales, queso, frutas blandas o verduras.

Clasificación de la alimentación complementaria según grupos de edad. Carnet de CRED.

GRUPO DE EDAD (MESES)	CONSISTENCIA	CANTIDAD	FRECUENCIA	
			CON LM	SIN LM
6-8 meses	Comidas espesas: Papillas, puré o mazamorras.	Empezar con 2 a 3 cucharadas por comida incrementando gradualmente y hasta llegar a 5 cucharadas o ½ de un plato mediano.	2 a 3 comidas al día.	3 comidas al día más 2 refrigerios que incluyan lácteos
9-11 meses	Comidas espesas, pero ahora los alimentos desmenuzados o picados para que pueda comer con los dedos	de 5 a 7 cucharadas o ¾ plato tendido mediano.	3 comidas al día, más 1 refrigerio.	3 comidas al día más 2 refrigerios que incluyan lácteos.
12-23 meses	Preparaciones sólidas, variadas utilizando alimentos de la olla familiar (segundo)	De 7 a 10 cucharadas o 1 plato tendido mediano.	3 comidas al día, más 2 refrigerios	3 comidas al día más 2 refrigerios que incluyan lácteos (39)

Fuente: Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú.



Consistencia de la alimentación complementaria.

Alrededor de los 6 meses, los músculos y los nervios de la boca están lo suficientemente desarrollados para poder masticar. Los niños a esta edad tienen un mejor control de la lengua, pueden mover la mandíbula hacia arriba y hacia abajo, comienzan a mostrar los dientes, se llevan cosas a la boca y están interesados en aprender nuevos sabores. (45) De esta forma, los niños pueden ir adaptándose poco a poco a diferentes alimentos asociándose a nuevos estímulos (sabor, olor, textura, consistencia, etc.). Los alimentos deben incorporarse de forma gradual, de menor a mayor consistencia. (50)

LÍQUIDOS ----- SEMISÓLIDOS (papillas) ----- SÓLIDOS

A partir de los 6 meses, los niños deben empezar a añadir papillas con una densidad energética no inferior a 0,8 kcal/g, papillas o purés de frutas y otros complementos nutricionales semisólidos. La consistencia y variedad de los alimentos que se ofrecen aumentarán gradualmente para cumplir con sus requisitos y habilidades a medida que envejecen. (44)

Las preparaciones líquidas (jugo, caldo, soda) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. Por otro lado, los alimentos más espesos como los purés o la mazamorra tienen la ventaja de poder concentrar altas cantidades de nutrientes en una pequeña porción para cubrir las necesidades nutricionales de niñas o niños. (44)

A medida que su bebé crece, aumente gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos para satisfacer las necesidades y habilidades de su bebé.



Cuando se ofrecen alimentos de consistencia inapropiada, es posible que el niño no logre consumir una cantidad significativa. (48)

El MINSA ha propuesto que la consistencia de la alimentación del niño debe tener una consistencia espesa y suave (49)

- A los 6 a 8 meses de edad el lactante debe comer alimentos aplastados tipo purés o papillas.
- Los bebés de 9 a 11 meses deben comer alimentos triturados.
- Entre los 12 y 24 meses, los bebés deben comer diferentes consistencias de alimentos o alimentos de la olla familiar.

Frecuencia de la alimentación complementaria.

Se recomienda comenzar poco a poco y aumentar el tamaño de la porción a medida que el niño crece, continuando con la lactancia frecuente. El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de la comida y de la cantidad consumida en cada comida. En general, se recomienda a los bebés sanos amamantados que:

- 2 a 3 comidas por día entre los seis y ocho meses
- 3 a 4 comidas entre los nueve y once meses.
- 3 a 4 comidas y 2 años “aperitivos nutritivos” (pequeñas cantidades de alimentos a comer entre comidas, fáciles de preparar y que puedan comer por sí solos: pieza de fruta, pan con queso, etc.) durante todo el segundo año. (52)



Importancia de la alimentación complementaria.

Los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) informan que la nutrición de un niño es la base del desarrollo normal de un niño, por lo que su dieta generalmente debe estar enfocada adecuadamente a las necesidades y habilidades digestivas del niño. La alimentación debe ser sana y equilibrada. El lactante por la primera infancia, es periodo de crecimiento, desarrollo y de gran actividad, por ello es de gran importancia que la dieta cubra todas las necesidades que exigen esta fase de la vida. (44)

La importancia de iniciar la alimentación complementaria en el momento adecuado no solo está relacionada con la necesidad de satisfacer las necesidades nutricionales del niño, sino también con el hecho de que este período ofrece una oportunidad para construir los primeros cimientos para el futuro. Patrones de hábitos alimentarios individuales. (45)

Este período es el mejor para: estimular la masticación; desarrollar un gusto por diferentes sabores, olores y texturas; y alimentos ricos en nutrientes, especialmente hierro, para evitar su carencia y la anemia ferropénica, desde el principio. Esto crea una oportunidad crítica para asegurar el crecimiento y desarrollo adecuado de los niños y evitar el retraso psicomotor a través de una nutrición óptima. (46)

Composición de los alimentos.

Los alimentos contienen varios nutrientes que los componen. Una dieta nutritiva puede ayudarlo a ser más saludable y productivo. Estos nutrientes se describen a continuación (47).



Proteínas: son los componentes básicos de todas las células vivas. Constituyen las tres cuartas partes del peso seco de la mayoría de las células del cuerpo. Carbohidratos o hidratos de carbono; Los carbohidratos son la fuente de energía más rápida y rentable para el cuerpo. Las bacterias las utilizan como combustible y obtienen energía de ellas.

Lípidos o grasas: lípidos es el término comúnmente utilizado para denominar las grasas consumidas en la dieta. Los lípidos consisten en bloques de construcción más pequeños llamados ácidos grasos.

Vitaminas: son compuestos orgánicos esenciales para el desarrollo de la vida, incluso en pequeñas cantidades. Su ausencia o deficiencia puede causar problemas de salud e incluso la muerte.

Minerales: al igual que las vitaminas, los minerales son cofactores en el metabolismo humano y participan en todas las reacciones bioquímicas. Además, forman parte de muchas estructuras corporales (como el calcio y el fósforo en los huesos) y realizan varias funciones fisiológicas, como la contracción y relajación muscular, así como la transmisión de los impulsos nerviosos, el mantenimiento del pH y la osmótica. (47)

Alimentos que se deben incluir en la alimentación complementaria.

Las ayudas consisten en alimentos sólidos o semisólidos (papilla o puré), así como alimentos líquidos (agua). Desde el punto de vista de la lactancia, en esta etapa se recomienda seguir amamantando o ya recibir fórmula. Alimentos vegetales, animales, granos, tubérculos, frutas, carne, carbohidratos y agua. (53)



Fruta y verdura: se recomienda ir añadiendo poco a poco las diferentes frutas y verduras disponibles y variar la presentación (troceadas, troceadas, cortadas en trocitos) para cualquier comida del día. (54)

Cereales: al iniciar la alimentación complementaria, los cereales se pueden ofrecer de diversas formas; conviene explorar los gustos y necesidades de cada niño. Dependiendo de la edad del niño, se pueden agregar granos a los purés en forma de polvo disueltos en leche, arroz cocido, pan, pasta, tortillas, quinua o copos de avena. (54)

Alimentos ricos en proteínas: este grupo se compone principalmente de carnes rojas, pollo, pescado, mariscos, huevos y frijoles. Están disponibles en puré, hervidos y picados o en trozos pequeños para bebés mayores. (54)

Alimentos ricos en hierro: la carne roja es una fuente principal de hierro con buena biodisponibilidad, así como el pescado. (54)

Lácteos: de los 6 a los 12 meses, la leche materna sigue siendo la dieta principal, por lo que es preferible seguir alimentando según las necesidades y no reducir la frecuencia de las tomas. (54)

Consumo de sal y azúcares: la recomendación de la OMS de limitar el consumo de sal a menos de 5 gr por día (2 gr de sodio) se aplica a adultos y niños mayores de 2 años. Sin embargo, los bebés necesitan muy poco porque sus riñones no están lo suficientemente maduros para procesar el exceso de sal.

- Hasta los 12 meses: menos de 1 gr de sal (menos de 0,4 gr de sodio) al día. 1 a 3 años: 2 g por día (0,8 g de sodio).



- Consejos sobre el azúcar recomendados por la OMS. Limite el consumo de productos con alto contenido de azúcar: bebidas azucaradas, batidos de frutas comerciales y bebidas o postres lácteos azucarados. (54)

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

Se refieren a comportamientos específicos que caracterizan las interacciones de alimentación (número de bocados ofrecidos, respuesta de los padres a la aceptación/rechazo del bebé). La evaluación de las interacciones de consejería y alimentación a menudo se enfoca en la práctica (cuándo introducir los platos, qué hacer si un niño se niega a comer). Ha habido 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. (56)

Por ello, el MINSA, a través de los Institutos Nacionales de Salud/CENAN, ha elaborado un documento técnico (2022) sobre consejería nutricional en el contexto de la atención a la salud materno infantil. Dado que los determinantes del estado nutricional son multifacéticos, las prácticas a promover están relacionadas principalmente con la alimentación, la salud, la higiene y el apoyo psicoemocional. (57) A continuación, para describir los aspectos más importantes relacionados con la alimentación, este estudio utilizará el rango de edad de 6 meses a 24 meses.

Para prevenir enfermedades del tracto gastrointestinal, es importante seguir las reglas de higiene durante la cocción. Martinez (58), mencionan en: “The magnitude of the global problem of diarrhoeal disease: a ten-year update” y “la



incidencia más elevada de enfermedades diarreicas ocurre durante la segunda mitad del primer año de vida, es decir a los 6 meses de vida puesto que la ingesta de alimentos complementarios aumenta, siendo esto un motivo para que la madre tenga mayor cuidado en la preparación”. (58)

Prácticas alimentarias de la madre en lactantes de 6-8 meses

A partir de los 6 meses, las niñas o los niños necesitan comenzar a agregar alimentos complementarios además de continuar con la lactancia materna, lo que dificulta que los niños alimentados exclusivamente con leche materna satisfagan sus necesidades nutricionales solo con leche materna. A continuación, práctica de alimentación del bebé. (59)

Leche materna: las veces que la niña o el niño quiera o pide, al menos ocho veces al día y noche.

Consistencia: comidas espesas como papillas, purés y mazamorras.

Cantidad: iniciará con dos o tres cucharadas hasta llegar a cinco.

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

Calidad: incluya al menos un alimento de origen animal en sus comidas cada día: pescado, hígado, “sangrecita”, pollo, etc. Introducir los alimentos nuevos uno a la vez, aumentando poco a poco la variedad de los alimentos.

Frecuencia: 2 a 3 comidas al día (media mañana, mediodía y media tarde).



Suplementos de hierro, vitamina y uso de sal yodada:

- Consumo del suplemento de hierro a partir del sexto mes.
- En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A.
- Promover el consumo de sal yodada.

Otras consideraciones: incluir alimentos recomendados de diferentes categorías cada día: cereales, tubérculos y legumbres, carnes y huevos, lácteos, frutas y verduras de color verde, naranja o amarillo. Agregar una cucharadita de aceite vegetal a una comida principal puede aumentar la densidad energética. Prepara guisos desgranados (lentejas, alubias, guisantes, soja). Por cada cucharada de líquido menestra, añada dos cucharadas de cereales (arroz, quinua, trigo, etc.).

Cada niña o niño debe tener su propio plato, taza y cubiertos. Lave los alimentos crudos (frutas y verduras) con abundante agua limpia (hervida, purificada, filtrada o clorada). Lavarse las manos con agua limpia y jabón o detergente, niñas o niños, madres y/o padres o cuidadores: antes de preparar y servir alimentos, antes de alimentar a niñas o niños, después de ir al baño y después de cambiar pañales. Lave los platos, cubiertos y otros utensilios para comer con agua limpia. Es importante brindarle un ambiente cómodo y tranquilo al niño cuando come, y es muy importante ofrecerle la comida con cariño, hablando, cantando, acariciando. Es importante que el padre participe en los cuidados, controle el crecimiento y desarrollo de la niña o niño y fortalezca el vínculo afectivo. (59)

Prácticas alimentarias de la madre en el lactante de 9 a 24 meses



Leche materna: continúe amamantando al bebé tanto como el bebé quiera, al menos seis veces al día y por la noche.

Consistencia: comidas sólidas: picados y desmenuzados.

Cantidad: la porción de aperitivo está casi completa (3/4), 5 a 7 cucharadas de alimento = $\frac{3}{4}$ plato mediano = 1 taza - granel. Agregue al menos un alimento de origen animal a sus comidas todos los días: huevo, queso, pescado, cuy, hígado, “sangrecita”, pollo, etc.

Frecuencia: 4 comidas por día (temprano, media mañana, mediodía y media tarde).

Suplementos de hierro, Vitamina A y uso de sal yodada:

- Uso de suplementos de hierro.
- Suplementación de vitamina A en zonas abiertas.
- Fomentar el consumo de sal yodada. (56)

Es en esta etapa que la madre debe considerar que la nutrición del niño es de gran importancia, por lo que debe aplicar los principios de la atención psicosocial a la nutrición sensorial. Alimentar a los bebés directamente, respondiendo específicamente a sus señales de hambre y saciedad; alimente los lentamente, con paciencia y anime los a comer; pero no los fuerces; anímalo si se resiste a probar diferentes alimentos en diferentes combinaciones, sabores, texturas y enfoques, trata de minimizar las distracciones en las comidas y si el bebé pierde el interés rápidamente, recuerda que la hora de la comida es un



momento de aprendizaje y amor; hable con su hijo y mantenga el contacto visual.
(60)

Por lo tanto, el hambre y la saciedad de los niños están controladas por procesos regulatorios internos e influenciados por los cuidadores y el entorno de alimentación, ¿cuándo y cómo? La dieta de un niño está determinada en gran medida por diversos determinantes y procesos familiares, incluidas las creencias y los modelos culturales sobre la alimentación infantil; disponibilidad de alimentos; el tiempo requerido para preparar y servir la comida; las preferencias de gusto y el entorno del cuidador y, finalmente, las percepciones y preocupaciones sobre el tamaño, la salud, las preferencias y los métodos de alimentación de su bebé. (61)

Los adultos son los encargados de alimentar y enseñar a los menores sobre la alimentación adecuada, en especial las madres y cuidadores en general, quienes determinan el código de conducta que adoptarán posteriormente los niños, incluyendo su alimentación personal y atención médica, sí, los adultos es deber de facilitar o limitar este proceso. (61)

Los cuidadores, por otro lado, aprendieron formas de cuidar a los niños de diferentes grupos (principalmente familias); así replicaron una práctica popular en su barrio inmediato. Estas costumbres dependen de las creencias, conocimientos, valores y costumbres de la familia cuando se transmiten culturalmente, que a su vez permean el contexto de las actividades de consumo de alimentos. Además de esto, las características específicas de cada bebé, como el género, la edad y la salud, también ayudan a determinar tales prácticas. (62)

Interacción durante la alimentación complementaria



"La alimentación sensorial es un conjunto de principios que una madre imparte a su hijo al cuidarlo física y mentalmente". (66) La interacción durante la alimentación es un momento muy importante, porque fortalece el vínculo entre la madre y el niño, y el bebé come bien, muy feliz. Una buena interacción depende no solo de quién lo alimenta, sino también de dónde y cuándo se alimenta, porque muchas veces las madres tienden a comer primero y luego alimentar a su bebé.

Una alimentación perceptiva tiene los siguientes principios:

- Aprovechar los signos de hambre que tenga el lactante para alimentarlo, de forma paciente animando a comer, pero sin forzarlo.
- Los cambios de sabores, combinaciones y texturas van a influir mucho en el apetito que pueda tener el lactante.
- Una forma de estimular a los lactantes a comer con cubiertos es ofreciéndole cubiertos apropiados para el tamaño de su boca.
- Se deben de mantener los televisores apagados, ya que es una gran distracción para los lactantes, además se debe tener en cuenta que los momentos de la comida son pequeños periodos de aprendizaje para ellos, por lo que se le recomienda a la madre hablarle y usar.
- El contacto táctil y visual con el sonido asegura una comunicación exitosa entre madre e hijo. La presión que la madre le toca mientras le ayuda a comer, o la velocidad a la que se alimenta, es percibida por el bebé. Si el contacto es suave, no forzado y sin prisas, el niño sentirá que mamá lo ama, lo acepta, merece ser amado y comerá mejor sus alimentos. (66)



Manejo de utensilios y alimentos en las practicas alimentarias en responsable de la alimentación del niño

Las bacterias patógenas pueden colonizar cualquier lugar de la cocina, ya sean superficies, platos, esponjas, tablas de cortar o incluso las manos. Es un excelente "hogar" para las bacterias. Cabe señalar que tocar la superficie contaminada puede contaminar otra superficie u objeto. (29)

Por lo tanto, usar una botella puede causar una mayor propagación de la infección que usar un vaso o una taza. En definitiva, es muy importante limpiar y desinfectar a fondo los utensilios que entran en contacto directo con la comida del bebé antes de su uso, para evitar enfermedades del sistema digestivo del niño. (32)

Las creencias sobre la alimentación resultan ser un conjunto de generalizaciones que las personas hacen o dicen sobre la alimentación de los niños, pero para muchos responsables de la alimentación forman parte de la herencia en la que se forma la experiencia de esta manera. En otras palabras, cada sistema cultural diferente corresponde a un sistema alimentario diferente.

Uso del agua en las preparaciones de alimentación complementaria de los niños

Al preparar alimentos para niños, es importante usar el agua correctamente, es decir, agua limpia y absolutamente segura, como agua embotellada o hervida, porque los niños entre 6 meses y 6 años son un grupo vulnerable. Los bebés menores de 11 meses son propensos a las infecciones y beber agua adecuadamente puede prevenir algunas infecciones transmitidas por los alimentos y se puede evitar enfermedades causadas por la contaminación. (62)



Higiene Personal

Lava las manos con jabón y agua a chorro, según al pase de lavado de mano:

- Antes y durante la preparación de alimentos para bebés.
- Antes de alimentar a los bebés, recuerde lavarse las manos incluso cuando come con los dedos.
- Después de cambiar pañales.

Secarse las manos:

- Use una toalla personal o preferiblemente una toalla desechable y séquese las manos cuidadosamente para evitar el crecimiento microbiano.

Tener las uñas bien cortas y limpias

- No sople sobre alimentos para bebés o agua fría.
- Mantener el baño muy limpio para evitar la presencia de moscas.
- En caso de tener animales, se deben limpiar sus residuos de forma inmediata y bañarlos cada cierto tiempo. (63)

Almacenamiento de los Alimentos

El almacenamiento adecuado de alimentos para bebés y niños pequeños es esencial para su salud y bienestar. El almacenamiento inadecuado puede provocar el crecimiento de bacterias que pueden dañar a los bebés. Para garantizar un buen almacenamiento, se recomienda seguir las siguientes instrucciones:



- Los alimentos frescos (preferiblemente alimentos para mascotas) deben mantenerse en el refrigerador.
- Si la mamá no tiene refrigerador, la carne o el pescado deben comprarse el día del uso.
- Las harinas y legumbres deben almacenarse secas y cerradas para evitar la presencia de insectos y roedores.
- Las sobras del bebé no deben almacenarse para su posterior consumo ya que aún se encuentran en etapa de adaptación.
- Los alimentos enlatados o envasados deben ser consumidos según el orden de fecha de vencimiento. (64)

Lugar adecuado para la alimentación del niño.

Es importante proporcionar un ambiente cómodo y tranquilo para el niño mientras come, y es muy importante ofrecerle la comida con cariño, hablando, cantando, acariciando. Es importante que el padre se involucre en el cuidado, controle el crecimiento y desarrollo de la niña o niño y fortalezca el vínculo afectivo. (64)

Manipulación y preparación de los Alimentos

La preparación de alimentos para bebés le permite realizar un seguimiento de cada ingrediente en el nuevo menú ampliado de su bebé. No necesitas ningún equipo sofisticado para cocinar en casa. Con unas cuantas herramientas, algunos productos agrícolas frescos se puede preparar una comida o bocadillo nutritivos para el bebé (65). Del mismo modo, no se deben añadir especias a las comidas de



los bebés, ya que la comida que se le sirva inicialmente a los bebés puede afectar a su sabor futuro, es decir, si servimos alimentos con un alto contenido en sal y azúcar, es posible que se acostumbren, consuman más azúcar. y sodio y formar un hábito en consecuencia.

Rol de la madre en las prácticas alimentarias.

El rol de madre que se asume con la llegada del niño será un proceso lento, interactivo y evolutivo, que se llevará a cabo durante un período de tiempo hasta que se complete la relación madre-hijo, y con el tiempo aprenderá las habilidades para cuidar. su hijo se siente en armonía con la felicidad hasta la maternidad. (68)

Sin embargo, algunas investigaciones han mencionado que "Las interacciones madre-bebé durante la alimentación" en el primer año de vida tienen efectos duraderos en la regulación del apetito y el desarrollo de la obesidad actual y posterior en los individuos. (68)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

(a) Nivel socioeconómico.

Nivel socioeconómico: está íntimamente ligado a la ocupación de los que aportan los ingresos en la familia. En todo grupo familiar la supervivencia implica trabajo para la satisfacción de las necesidades básicas, como son la alimentación, ropa, habitación, combustible, recreación y otras. (33)

Escala de Graffar: nos ayuda a clasificar el estrato socioeconómico de las familias. Surgido en Venezuela, por los años de los 80's en busca de simplificar los estratos socioeconómicos en el censo de población. Consta de la evaluación



de 5 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, y condiciones del alojamiento. (33)

(b) Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria.

Conocimiento: es la respuesta expresada por la madre a toda la información sobre alimentación complementaria que tiene a su disposición en cuanto a inicio, frecuencia, cantidad, consistencia y tipo de alimentación complementaria para el niño de 6 a 12 meses.

La alimentación complementaria: es la incorporación de otros alimentos adicionales junto con la leche materna que se inicia a los seis meses hasta los veinticuatro meses de edad. (40)

(c) Prácticas alimentarias.

Son todas aquellas acciones y / o actividades que refiere realizar la madre primeriza de los niños de 6 meses a 24 meses. (69)

Las prácticas alimentarias son los comportamientos específicos que reflejan el conocimiento práctico que tienen las madres sobre la manipulación de los alimentos y utensilios e higiene que se utilizan durante la alimentación. (69)



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación es de tipo descriptivo analítico, ya que se buscará detallar las propiedades importantes sobre la alimentación complementaria, los conocimientos y prácticas que poseen los responsables de la alimentación. Es de tipo prospectivo y de corte transversal, ya que va describir el problema tal como se encuentra al momento del recojo de la información.

3.2. UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL ESTUDIO

El trabajo de investigación se realizó en el servicio de Nutrición del Centro de Salud Cabana I-3 distrito de Cabana, se encuentra situado en el oeste de la provincia de San Román Juliaca, Región de Puno altitud 3,901msnm.

El lugar del campo en el que se ejecutó el proyecto fue en el centro de salud de Cabana I-3, en el cual se aplicó la encuesta a las madres.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se realizó en madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al centro de salud Cabana I-3. Distrito de Cabana y Provincia de San Román y Departamento de Puno.



3.3.1. Población

La población estuvo conformada por 120 madres de niños de 6 a 11 meses de edad atendidas en el Centro de Salud Cabana I-3. La unidad de análisis se conforma por las familias de la zona, que asisten al centro de salud Cabana.

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por 75 madres de niños de 6 a 11 meses de edad asistentes al centro de Salud Cabana.

Aleatoria: debido a que la muestra será obtenida por un procedimiento de elección aleatoria. Con un nivel de confianza del 95% y margen de error del 5 %.

Se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple, se utilizó la siguiente fórmula estadística.

DONDE:

n = total muestral

N = tamaño de la población (120)

Z = valor de la distribución normal 95% (1.96)

p = probabilidad de éxito (en este caso 5% = 0.5)

q = probabilidad de fracaso (0.5)

E = máximo error permisible (0.10)



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

$$n = 75$$

3.4. CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

3.4.1. Criterios de inclusión

- Madres de niños de 6 a 11 meses de edad atendidas en el Centro de Salud Cabana I-3.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Madres de niños de 6 a 11 meses de edad que no acepten voluntariamente participar en el estudio de investigación.
- Madres de niños de 6 a 11 meses que no asistieron durante el desarrollo de la investigación al centro de salud Cabana i-3.

3.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Al ser un estudio descriptivo en el cual se trabajó con seres humanos aplicando encuestas, muy a pesar de no ejecutar pruebas invasivas. Dentro de las consideraciones éticas se les informó el motivo de la investigación y a su vez resguardar su identidad como participantes. Así mismo los participantes que desearon conscientemente participar firmaron una declaración de consentimiento informado. (Anexo 2)



3.6. VARIABLE DE LA INVESTIGACIÓN

3.6.1. Identificación de variable

1.- Variable independiente

- Nivel socioeconómico

2.- Variable independiente

- Conocimientos sobre alimentación complementaria.

3.- Variable dependiente

- Prácticas sobre alimentación complementaria.

3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DIFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONE	INDICADOR	ESCALA
S					
Nivel socioeconómico	Clasificaciones de nivel de (escala de Graffar)	Estrato I Estrato II Estrato III Estrato IV Estrato V	Características	Muy alto Alto Medio Bajo Muy bajo	1-12 puntos 13-24 puntos 25-36 puntos 37-48 puntos 49-60 puntos
Conocimiento sobre alimentación complementaria	Es el conjunto de ideas conceptos enunciados comunicables que presentan las madres acerca de la alimentación complementaria para satisfacer las necesidades Nutricionales	Son elementos que influyen en el conocimiento acerca de los conceptos, enunciados acerca de los aspectos generales sobre la alimentación complementaria	Características	Conocimiento alto: Conocimiento medio: Conocimiento bajo:	12 – 15 puntos. 8 – 11 puntos. 0 – 7 puntos.
práctica sobre alimentación complementaria	Práctica sobre alimentación cooperativa, establecida socialmente, a través de la cual se logran bienes internos a esa forma de actividad	Son las disposiciones a realizar que tienen las madres acerca de la alimentación complementaria.	Características	Prácticas favorables Prácticas desfavorables	13 – 18 puntos. 0 – 12 puntos.



3.8. MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

3.8.1. Características socioeconómicas de la familia

Para poder elaborar el presente trabajo de investigación se llevó a cabo el siguiente proceso:

- Se obtuvo el permiso del centro salud de Cabana para la respectiva ejecución del Proyecto de Investigación específicamente de servicio de CRED, del centro de salud de Cabana I-3. (Anexo 1)
- Se realizó la coordinación con la coordinadora del programa CRED del centro de salud Cabana.

A. **MÉTODO:** descriptivo.

B. **TÉCNICA:** se utilizó la entrevista como herramienta aplicable a las madres responsables de alimentación de los niños de 6^a11 meses.

- Se determinó el nivel socioeconómico mediante la encuesta de Graffar a las madres, para ello se coordinó y trabajó con las madres.

- Esta escala de Graffar aplica puntajes según las respuestas seleccionadas por las madres.

C. **PROCEDIMIENTO:** primero se le pide a la madre o apoderado prestar atención y responder las preguntas con absoluta sinceridad, segundo se realizó como si fuera una conversación normal, amena, cordial y así los entrevistados no sientan que es un procedimiento invasivo, tercero la



comunicación debe ser directa con mirada a los ojos y vocalización correcta de las palabras.

- La encuesta se realizó en forma individual con la madre de familia
 - La encuesta tuvo una duración de 20 minutos aproximadamente
- D. **INSTRUMENTO:** encuesta socioeconómica específica (Graffar). (Anexo 3)

3.8.2. Métodos nivel de conocimiento de las madres.

- A. **MÉTODO:** se utilizó la encuesta, se entrevistó a la madre para recoger información respecto al nivel de conocimiento.
- B. **TÉCNICA:** entrevista mediante cuestionario. La recolección de información se efectuó a través de la entrevista previa explicación respecto a las preguntas.
- C. **INSTRUMENTO:** se utilizó el cuestionario conformado por 15 preguntas, para su elaboración se basó en dos instrumentos relacionados a nivel de conocimientos de las madres. (Anexo 3)

3.8.3. Métodos de prácticas sobre alimentación complementaria

- A. **MÉTODO:** se utilizó encuesta porque se entrevistó para recoger información respecto a las prácticas sobre alimentación complementarias a los responsables de la alimentación de los niños de 6 a 11 meses.



- B. **TÉCNICA:** La entrevista mediante el cuestionario, la recolección de información a través de la entrevista previa explicación con respecto a las preguntas.
- C. **INSTRUMENTO:** cuestionario la cual está conformada de 18 preguntas, para su elaboración se basó en dos instrumentos relacionados a prácticas y conocimientos de alimentación complementaria. (Anexo 3)

3.8.4. Validez del instrumento

Para la recolección de datos se tomó el instrumento de Cárdenas (2010). Sometido a validez de contenido y constructo a través del juicio de expertos, con la participación de 8 profesionales de salud de los cuales 2 son docentes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), 5 enfermeras que tienen a su cargo el consultorio Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y 1 nutricionista, cuyos aportes y opiniones sirvieron para mejorar el instrumento, los mismos que son presentados en la tabla de concordancia y sometidos a la prueba binomial obteniéndose una concordancia significativa para $p < 0.05$. Posteriormente a ello se realizó la prueba piloto en una población de 10 madres que no están incluidas en la población de estudio; para determinar la validez y confiabilidad estadística del instrumento se realizó las pruebas de coeficiente de correlación de Pearson y prueba de coeficiente de Kuder Richarson. El instrumento estructurado es un cuestionario elaborado para evaluar el nivel de conocimientos y prácticas de las madres frente a la alimentación complementaria el cual fue elaborado en base a las variables de estudio. El cuestionario estuvo elaborado en base a 33 ítems, Para medir las variables



conocimientos y prácticas se le asignó un punto por cada respuesta correcta y cero por cada incorrecta. (Anexo 3)

3.9. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS

3.9.1. Para determinar el nivel socioeconómico

Para procesar los datos obtenidos de la encuesta y determinar el nivel socioeconómico se aplicó la escala de Graffar, se sumó el puntaje de cada pregunta de la encuesta, los puntajes asignados a cada variable fluctuaron entre uno y seis puntos. Se estableció el puntaje total y se clasificó a las familias en: nivel socioeconómico alto cuando el puntaje de la familia oscile entre.

Escala modificada para medir el nivel socioeconómico

- Muy alto 1-12 puntos
- alto 13-24 puntos
- medio 25-36 puntos
- bajo 37-48 puntos
- Muy bajo 49-60 puntos

Los datos obtenidos sobre las características socioeconómicas fueron almacenados en Microsoft Excel y la tabulación de datos se procesó con el paquete estadístico SPSS versión 25, lo cual permitió generar tablas, gráficos para formular frecuencias de conteo y porcentajes directos, luego se realizó la prueba estadística.



3.9.2. Técnica e instrumento de recolección de datos de nivel de conocimiento y prácticas.

TÉCNICA: entrevista.

INSTRUMENTO: encuesta

Para la categorización de la variable nivel de conocimientos:

- Conocimiento alto: 12 – 15 puntos
- Conocimiento medio: 8 – 11 puntos
- Conocimiento bajo: 0 – 7 puntos

Para la categorización de la variable prácticas se realizó de acuerdo a los siguientes puntajes:

- Prácticas favorables: 13 – 18 puntos
- Prácticas desfavorables: 0 – 12 punto

Para establecer la relación entre las variables se utilizó la prueba CHI Cuadrado obteniéndose como resultado que existe relación entre ambas.

3.9.3. Tratamiento estadístico

Se utilizó como software para el procesamiento de la información el programa estadístico SPSS v.22 y Microsoft Excel (Anexo 5) para analizar los porcentajes de las características socioeconómicas, conocimiento y características de uso de los consumidores. También, se utilizó la prueba estadística chi-cuadrado de Pearson, lo cual permite comprobar las hipótesis cuya fórmula es:



PRUEBA CHI CUADRADA (χ^2)

La prueba chi-cuadrada (χ^2) es una prueba de hipótesis que determina si dos variables están relacionadas o no.

Planteamiento de Hipótesis:

H₀: Las variables son independientes.

H_a: Las variables no son independientes.

Fórmula de la prueba chi-cuadrada:

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

Donde:

- χ^2 = Chi cuadrada calculada.
- O_{if} = Valor observado.
- E_{if} = Valor esperado.
- r = Número de filas.
- c = Número de columnas.

REGLA DE DECISIÓN:

Si p (valor probabilístico) $> \alpha$ (0.05), se acepta hipótesis H_0 .

Si p (valor probabilístico) $\leq \alpha$ (0.05), se rechaza la hipótesis H_0 .

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIONES

4.1. NIVEL SOCIOECONÓMICO DE MADRES DE NIÑOS DE 6 A 11 MESES DE EDAD QUE ASISTENTES AL CENTRO DE SALUD CABANA.

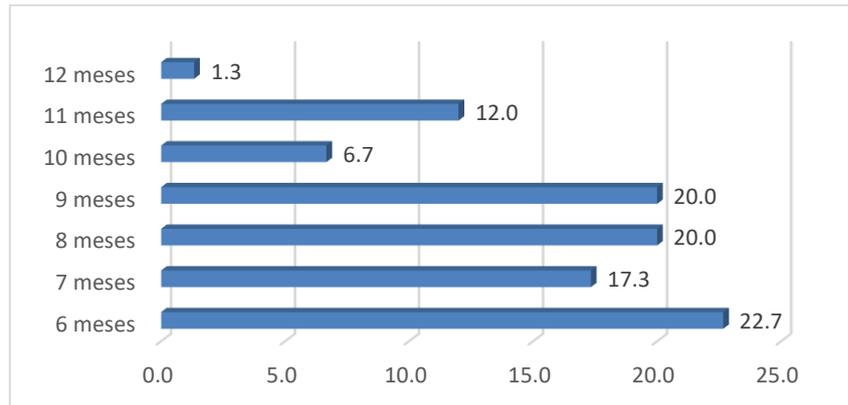


Figura 2. Edades del niño

Fuente: Elaborado en base a cuestionario sobre nivel socioeconómico.

En el gráfico 1, podemos observar que el mayor porcentaje (22,7%) de los niños tenía 6 meses de edad, un 20,0% tenía una edad de 9 meses y el otro 20,0% tenía 8 meses de edad, siendo estos los mayores porcentajes.



NIVEL SOCIOECONOMICO

Tabla 2. Número de personas que duermen en casa.

Nª Personas	N	%
1 a 3	27	36.0
4 a 6	47	62.7
7 a 9	1	1.3
10 a 12	0	0.0
13 a 15	0	0.0
16 a más	0	0.0
Total	75	100.0

Fuente: Elaborado en base a cuestionario sobre nivel socioeconómico.

En la tabla 2, podemos observar que el 62,7% de las madres indicó que en su casa viven de 4 a 6 personas, el 36,0% indicó que en su casa viven de 1 a 3 personas y solo el 1,3% indicó que en su casa viven de 7 a 9 personas.

En el estudio de investigación realizado por Añacata J.(2017), indica que el 58.6% tienen 1 hijo por familia, un 33.6% de los entrevistados cuentan con 2 hijos, un 5.9 % con 3 hijos por familia, el 1.2% de 4 a 6 hijos y un 0.6% de 7 a más hijos, la interpretación posible es que en promedio las familias optan en tener 1 o 2 hijos debido a patrones sociales comunes y su condición de pobreza se entiende porque siendo personas pobres al aumentar el número de integrantes, los recursos se hacen insuficientes, al respecto, Coronado Z. (2019), en su estudio indica que el 40% tienen 3 niños por familia, un 20% de las madres cuentan con 4 y 5 hijos esto significa riesgo de seguridad 72 alimentaria

para niños menores de 5 años, entonces, el tamaño familiar tiene mucho que ver con el riesgo de seguridad alimentaria. (70)

El tamaño familiar puede influir en los factores socioeconómicos en el estado nutricional de las familias, mientras menor sea el tamaño familiar se tendrá un consumo de calidad y cantidad del alimento. Los resultados mostrados en nuestra investigación, guarda similitud con el estudio de Añacata J. (23) y Coronado Z (70) podemos decir que cuanto mayor sea el tamaño de la familia, el nivel educativo de los miembros de la familia es bajo y los ingresos familiares no cubrirán las necesidades básicas.

Tabla 3. El padre del niño vive en el hogar con ustedes.

	N	%
Si, vive con la familia	55	73.3
No vive en casa, pero ayuda económicamente	2	2.7
Abandono parcial (ayuda esporádicamente)	4	5.3
No vive en casa, no apoya económicamente	14	18.7
Total	75	100.0

Fuente: Elaborado en base a cuestionario sobre nivel socioeconómico.

En la tabla 3, podemos observar que el 73,3% de las madres indicó que el padre del niño vive con la familia, el 18,7% indicó que el padre del niño no vive en casa y tampoco apoya económicamente, seguidamente, se observa que el 5,3% de las madres señaló que el padre del niño solo ayuda esporádicamente y el 2,7% de ellas mencionó que el padre del niño no vive en casa, pero ayuda económicamente.



Según los resultados del censo 2017, según tipo de vivienda, revelan que 8 millones 763 mil 360 (86,7%) son casas independientes, 820 mil 605 (8,1%) viviendas son departamentos en edificio, 166 mil 374 (1,6%) viviendas son chozas o cabañas y en menor porcentaje se observan viviendas en quinta, viviendas en casa de vecindad, viviendas improvisadas y locales no destinados para habitación humana (71). En el Departamento de Puno total de madres 315 305, de madres solteras es de 22 006 el porcentaje es de 7,0%, según al resultado que obtuvimos el 18,7% no cuenta con apoyo económico de su esposo tampoco viven según el censo del 2017 del total de madres solteras es el 7,0%.

Según Jiménez B, explican que, si bien el ámbito económico es importante, los padres deben velar por el desarrollo emocional de los hijos, su presencia dentro y fuera del hogar es importante; es decir, la familia continúa siendo el pilar de apoyo para los hijos, debe propiciar un contexto social, emocional que ayude a su desarrollo humano y personal. la familia nuclear está perdiendo su posición de referente en la sociedad, y gracias a los cambios sociales. Cada vez son más las mujeres que deciden voluntariamente ser madres solteras, sin embargo, esta decisión puede convertirlas en un grupo social vulnerable desde el punto de vista económico, social y psicológico. (72)



Tabla 4. Profesión del jefe de hogar.

	N	%
Universitaria completa	16	21.3
Universitaria incompleta	4	5.3
Secundaria completa	39	52.0
Primaria completa	1	1.3
Primaria incompleta	2	2.7
Analfabeto	13	17.3
Total	75	100.0

Fuente: Elaborado en base a cuestionario sobre nivel socioeconómico.

En la tabla 4, se muestra la profesión del jefe de hogar, del 100% de ellos, el 52,0% estudió secundaria completa, el 21,3% de ellos tiene estudios universitarios completo, el 17,3% son analfabetos, el 5,3% de ellos tiene estudios universitarios incompleto, el 2,7% estudió primaria incompleta y finalmente el 1,3% de ellos estudió la primaria completa.

Los resultados del trabajo de investigación muestran una similitud con la investigación de Añacata J. (2017), nos muestra que, 6 de cada 10 personas han llevado o culminado el nivel secundario, sin embargo, casi un 20 % está estancado en los niveles: analfabeto, primaria completa e incompleta, lo que confirma que este segmento humano no pudo terminar la educación básica, de cada 10 personas 2 tienen educación técnica o superior, esto puede deberse a la baja calidad educativa por parte de las instituciones



públicas, según Callo R,(2020), encontró que el 3,6% de las madres de niños menores de cinco años son analfabetas, el 16,1% de las madres tienen un grado de instrucción primaria, el 75,6% de las madres tienen secundaria y el 4,8% un grado de instrucción superior (73). Por otra parte, Díaz G. (2019) encontró que la mayoría de los niños en edad preescolar tienen madres con un nivel de instrucción: primaria completa e incompleta (con 43,1% y 30,0% respectivamente), seguidos de niños con madres analfabetas, con un 19,3%, por otro lado, Díaz G. menciona que los hijos de madres sin educación tienen tres veces más probabilidades de morir que los hijos de madres educadas, la mayoría de los problemas de salud de los niños están asociados a un apoyo deficiente de los padres, una educación de calidad mejora los conocimientos sobre nutrición y salud pública. (74)

De lo mencionado, se desprende que en el actual estudio existe una relación con los resultados de Díaz G. (74) y Callo (73), debido a que el nivel educativo de los padres especialmente de la madre, podría afectar el estado nutricional de sus familias, un mayor nivel educativo para las madres mejora la salud y el estado nutricional de los niños, en la investigación, podemos notar que un buen porcentaje de padres (padre y madre), tienen estudios secundarios, esto es debido a la falta de oportunidades o a una baja economía, es necesario vincular la educación de los padres con los factores que determinan la conducta alimentaria de los niños.

Tabla 5. Grado de instrucción de la madre y/o conyugue.

Grado de instrucción	N	%
Universitaria completa	10	13.3
Universitaria incompleta	1	1.3
Secundaria completa	53	70.7
Primaria completa	10	13.3
Primaria incompleta	1	1.3
Analfabeto	0	0.0
Total	75	100.0

Fuente: Elaborado en base a cuestionario sobre nivel socioeconómico.

En la tabla 5, se aprecia que el 70,7% de las madres y/o cónyuges estudió la secundaria completa, el 13,3% tiene estudios universitarios completo y el otro 13,3% estudió la primaria completa, seguidamente, se observa que el 1,3% de ellas tiene estudios universitarios incompleto y de igual porcentaje 1,3% de ellas estudió la primaria incompleta.

Un buen nivel de educación mejora los conocimientos sobre nutrición y el estado de salud en general, la educación mejora el nivel de salud en la medida que dota a las personas de conocimiento, capacidades y actitudes para guiar y controlar muchas de sus circunstancias vitales. (75)

Analizando los porcentajes de estudios un 70% tienen estudios de secundaria completa, hay que destacar que lógicamente un mayor nivel de educación en las madres



incide en un mejor estado de salud y nutrición de los niños.

Tabla 6. El trabajo del jefe del hogar

	N	%
Profesional que ejerce libremente la profesión, director de empresa, gerente cargo directo, alta graduación FF.AA. y de orden, dueño de empresa mayor, de fundo, etc.	4	5.3
Empleado de mediana calificación (jefe de servicio), empresario de mayor capital que los anteriores (dueño de predio más grande, no fundo) grande medio de FF. AA. Y de orden.	3	4.0
Obrero estable calificado, pequeño taller, almacén, empleada de baja calificación o bajo FF.AA. y de orden, pequeño empresario agrícola (dueño de predio, parcela, etc.)	15	20.0
Obrero estable (agrícola), empleada doméstica, oficio estable (zapatero, gasfitero), jubilado pensionado.	10	13.3
Trabajo independiente no estable respecto al ingreso.	43	57.3
Cesante absoluto (sin auxilio de cesante).	0	0.0
Total	75	100.0

Fuente: Elaborado en base a cuestionario sobre nivel socioeconómico.

En la tabla 6, se observa que el 57,3% de los jefes de hogar trabaja independientemente no estable respecto al ingreso, el 20,0% es obrero estable calificado, pequeño taller, almacén, empleada de baja calificación o bajo FF.AA. y de orden,



pequeño empresario agrícola (dueño de predio, parcela, etc.), el 13,3% es obrero estable (agrícola), empleada doméstica, oficio estable (zapatero, gasfitero), jubilado pensionado, el 5,3% es profesional que ejerce libremente la profesión, director de empresa, gerente cargo directo, alta graduación FF.AA. y de orden, dueño de empresa mayor, de fundo, etc., y el 4,0% es empleado de mediana calificación (jefe de servicio), empresario de mayor capital que los anteriores (dueño de predio más grande, no fundo) grande medio de FF. AA.

El estudio de investigación realizado por Callo R. (2020), muestra que un total de 336 niños y niñas, el 53,6% de los jefes de hogar tienen ocupación agricultora, 29,8% se dedican a la ganadería, 8,6% de los jefes de hogar tienen trabajos eventuales, el 7,4% son comerciantes y el 0,6 de los jefes de hogar tienen ocupación como profesionales (73). Según Surco D, (2019) en su investigación indica que, la ocupación del padre, 38% se dedica a actividades relacionadas con el trabajo no calificados (jornaleros, servicio doméstico, etc.), el 25% son trabajadores calificados (tractorista, chofer, pintor, albañil), el 20% son fabricantes o pequeños comerciantes y el 5% son distribuidores o fabricantes que ocupan puestos directivos, la ocupación de la madre 60% actividades para hacer en casa y actividades relacionadas con la producción, las actividades productivas de las mujeres se limitan a las del pastoreo la mayor parte del día y un 20% de actividad simple comerciantes o productores (76), según datos de INEI mencionan que, a nivel nacional, el 35,8% de mujeres de 15 a 49 años de edad que trabajan se dedican a las ocupaciones de ventas y servicios; en segundo lugar, está el grupo profesional/técnico/gerente (21,5%) en tercer lugar, el trabajo de las mujeres en otros grupos de ocupación alcanzó menores porcentajes en el año 2020, el 61% de las mujeres se dedican a labores agrícolas (8), el empleo es un determinante social para una buena nutrición porque asegura un regularizado nivel de ingresos también puede ser factor de equilibrio individual y la



satisfacción es muy importante. (8)

Estos resultados indican que, en este estudio, al igual que en el estudio de Callo R. (73) y Surco (76), existe un predominio en la ocupación del padre donde se observa que son obreros, agricultores, jornaleros y en las madres son amas de casa.

Basado en lo anterior, se observa que los ingresos económicos provenientes de la ocupación del padre o madre en la familia inciden directa o indirectamente en la adquisición y distribución de alimentos en el hogar; porque la deficiencia en la recepción de la distribución de alimentos genera problemas básicos de salud, alimentación y nutrición del niño.

En la investigación las familias en el mayor porcentaje en su ocupación eran trabajadores independiente, seguido de ser ama de casa, agricultor y comerciante, en muchos casos se observa que las madres son amas de casa otras se dedican a la agricultura estas madres también se dedican al comercio venden sus productos en las ferias dominical como verduras zanahoria, cebolla, y otros productos que producen en Cabana, con esto podemos decir que el empleo es un determinante social para una buena nutrición.

Tabla 7. Tipo de seguro de salud del jefe de familia.

	N	%
FF. AA y de orden	0	0.0
AFP y otras cajas	0	0.0
Servicio de seguro social	72	96.0
Sin seguridad social	3	4.0
Total	75	100.0

Fuente: Elaborado en base a cuestionario sobre nivel socioeconómico.

En la tabla 7, se visualiza que el 96,0% de los jefes de hogar cuenta con servicio de seguro social y sólo el 4,0% se encuentra sin seguro social.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI, en el marco de su política de difusión de información estadística presenta el documento “Población afiliada a algún seguro de salud” desde una perspectiva sociodemográfica y geográfica de esta población. Asimismo, visibiliza el crecimiento significativo del aseguramiento en salud (77). Corroborando los datos de cobertura de seguro de salud se ha incrementado en forma significativa en el Censo 2017 revela que 22 millones 173 mil 663 personas están aseguradas a algún seguro de salud; en tanto que, 7 millones 208 mil 221 aún no tienen seguro de salud; en términos porcentuales, representan 75,5% y 24,5%, respectivamente. Entre 2007 y 2017, aumentaron 10 millones 574 mil 965 personas con seguro de salud; es decir, 33,2 puntos porcentuales (de 42,3% a 75,5%) (77). Y en la región de Puno la población censada afiliada únicamente al SIS según el censo de 2017

es de del 100% el 11,7% quiere decir que el 11% solo está afiliada, Emergencia Nacional, el Seguro Integral de Salud (SIS) está afiliando en forma virtual para permitir que la población sin un seguro de salud tenga protección financiera y de esta manera se garantice su atención en los males provocados por el Covid 19.

Se hace la comparación de los datos estadísticos del SIS que el 11% de la región de Puno tiene seguro, según el resultado que obtuvimos el 96,0% de los jefes de hogar cuenta con servicio de seguro social y sólo el 4,0% se encuentra sin seguro social, quiere decir que la mayoría de la población Cabana cuenta con seguro de SIS esto se debe por la emergencia decretada por el ministerio de salud por el COVID-19 que la mayoría de la zona se aseguraron.

Tabla 8. El sitio en el que vive lo ocupa en calidad.

	N	%
Dueño o propio	36	48.0
Pagando dividendo para adquirirlo	10	13.3
Arrendamiento	12	16.0
Uso fructuario, préstamo	14	18.7
Toma de sitio o terreno	0	0.0
Allegado	3	4.0
Total	75	100.0

Fuente: Elaborado en base a cuestionario sobre nivel socioeconómico.

En la tabla 8, podemos observar que el 48,0% de las madres indicó que el sitio en



el que vive lo ocupa en calidad de dueño o propio, el 18,7% indicó que es de usufructuario, préstamo, el 16,0% indicó que es en calidad de arrendamiento, el 13,3% señaló que es pagando un dividendo para adquirirlo y solo el 4,0% manifestó que es en calidad de allegado.

Rodríguez D y Sánchez Y. En su estudio de investigación respecto a la dimensión de la vivienda difiere del presente estudio, condiciona de manera indirecta en alimentación complementaria que proporcionan las madres a su niño menor de 2 años, el 82,1% de las familias viven en una vivienda encargada y brindan alimentación complementaria inadecuada relacionada de manera directa al bajo ingreso económico familiar que dificultan a la familia construir o adquirir su propia vivienda.

Además, las contribuciones económicas no están destinadas al núcleo familiar, pero también se aplica a otros miembros de la familia, no les garantiza seguridad, estabilidad y funcionamiento de las relaciones familiares obtener suficiente comida para mantener a sus hijos alimento complementario de alta calidad. (78)

Tabla 9. Tipo de vivienda.

	N	%
Sólida unifamiliar con más de 140 m ²	1	1.3
Sólida unifamiliar con menos de 140 m ² de buena construcción	3	4.0
Casas construidas por apoyo del estado	0	0.0
Autoconstrucción (ladrillo con más de 3 habitaciones)	28	37.3
Adobe con más de 3 habitaciones	17	22.7
Adobe con 1 a 2 habitaciones	26	34.7
Total	75	100.0

Fuente: Elaborado en base a cuestionario sobre nivel socioeconómico.

En la tabla 9, se observa que el 37,3% de las madres señaló que su vivienda es de autoconstrucción (ladrillo con más de 3 habitaciones), el 34,7% indicó que su vivienda es de adobe con 1 a 2 habitaciones, el 22,7% mencionó que su vivienda es de adobe con más de 3 habitaciones, un 4,0% indicó que es sólida unifamiliar con menos de 140 m² de buena construcción, y solo el 1,3% manifestó que es sólida unifamiliar con más de 140 m².

Basado en estudio realizado de Condori N.(2021), menciona que las consecuencias del servicio de agua potable en el distrito de Atuncolla la mayoría de las infraestructuras consideradas se encuentran en deterioro leve, los índices porcentuales califican el servicio de agua potable como no sostenible (79), relacionando estos estudios con los últimos censos del Perú en el año 2017 nos proporciona información valiosa sobre el material que



predomina en construcciones de viviendas del distrito de San Antón el 71.4% son construidas con material de adobe, en tanto el 26.7% con piedra y barro, y con otro material 1.5%. Generalmente el techo en viviendas de la población urbana es de calamina y en el área rural de paja, en el estudio de investigación realizado por Surco D. (2020), se observa que el 70% de las familias viven en casas de material de adobe, el 15% sus casas son de estera de dos amas habitaciones y el 13% son autoconstruidas con material de ladrillos según la referencia, una de las condiciones para que se relacione con la calidad son los materiales de la vivienda. (80)

Entonces en el actual estudio como en el de Condori (79) y Surco D.(80), se observa un predominio en el material de vivienda que es de adobe, analizando que las infraestructuras de la localidad de estudio el 37.3% la construcción es de ladrillo y el 34.7% las casas son de adobe y no son adecuados esto hace que las enfermedades infecciosas tenga una importancia de prevalencia en la localidad, la salud de los lugareños se ve desquebrajada debido a las inadecuadas prácticas de higiene por parte de la población, que trae consigo enfermedades que afectan principalmente a los niños del lugar y esta a su vez influye directamente en la economía de los hogares, al destinar más recursos económicos en la compra de medicamentos lo cual deteriora la calidad de vida de cada familia de la localidad.

Tabla 10. Abastecimiento de agua de la vivienda.

	N	%
Red publica	33	44.0
Llave en el mismo sitio (pozo). Que se acarrea.	42	56.0
Total	75	100.0

Fuente: Elaborado en base a cuestionario sobre nivel socioeconómico.

En la tabla 10, se visualiza que el 56,0% de las madres manifestó que el abastecimiento de agua para su vivienda proviene de una llave en el mismo sitio (pozo) que acarrea y el 44,0% indicó que proviene de la red pública.

Según Santillana P. (2021), en su investigación en cuanto al abastecimiento de agua y saneamiento, la mayoría cuenta con red pública dentro de sus viviendas con un 68,9%, con menor rango de porcentaje en el abastecimiento de agua por cisternas, pozos ciegos o letrinas, con un 31,1% de la población, para el uso del agua de las familias, que en su mayoría está conectada a la red domiciliaria, las familias utilizan el agua de las piletas, a menudo con equipos de conducción de agua deficientes, antihigiénicos e inseguros (81), en otra investigación de Díaz G. (2019), encontró que un 40,4%, cuentan con agua potable un 57,2%, pozo o manantial, río 0,9 %, acequia 1,5 % (82), corroborando con los datos de INEI Perú Encuesta Demográfica y de Salud familiar ENDES 2020, indica que las viviendas que disponían de fuente de agua, para beber conectada a red pública alcanzaron una cobertura de 82,8% siendo mayor en el área urbana que en el área rural 75,9%. (83)

Estos resultados indican que, en este estudio, al igual que en el estudio de

Santillana P. (81) y Díaz G. (82), y con los resultados del Instituto Nacional de Estadística e Informática (83) existe un predominio en los servicios de agua potable, los resultados obtenidos que el 44% tiene red pública y el 56% solo tiene pozo, la gran mayoría de familias disponen de agua de red pública (agua potable), y otro porcentaje menor no tiene consume agua de pozo/manantial, por lo tanto, según el resultado ayuda a determinar que el servicio de agua es muy importante considerando que el agua del subsuelo no tiene la desinfección recomendada, esto conlleva a enfermedades es necesario saber si el agua se trata con cloro, agua potable y tratada para el consumo humano.

Tabla 11. Servicios higiénicos en la vivienda.

	N	%
Alcantarillado o fosa séptica	38	50.7
Pozo negro letrina	30	40.0
Campo abierto	7	9.3
Total	75	100.0

Fuente: Elaborado en base a cuestionario sobre nivel socioeconómico.

En la tabla 11, podemos observar que el 50,7% de las madres mencionó que los servicios higiénicos de su vivienda es un alcantarillado o fosa séptica, el 40,0% indicó que cuenta con un pozo negro letrina y el 9,3% manifestó que es a campo abierto.

Los excrementos son los depósitos orgánicos de humanos y animales, si no se manipulan adecuadamente, pueden ser perjudiciales para la salud humana, los excrementos contienen una amplia variedad de microorganismos, muchos de los cuales pueden causar diarrea, cólera, enfermedades parasitarias, hepatitis, fiebre tifoidea y otras



enfermedades que pueden matar a adultos y niños. (84)

En el estudio de Callo R. (2017), nos muestra que de un total de 336 niños/as beneficiarios del programa Vaso de Leche, el 65,5% cuentan con letrina, el 25,3% tienen desagüe conectada a una red pública y el 9,2% no cuentan con un espacio adecuado para la eliminación de excretas (73), y en otra investigación de Cáceres L y Carmen J, un 91.6% tienen saneamiento básico y sin saneamiento básico 8.4%. (85), corroborando con el Instituto Nacional de Estadística e Informática, Acceso a los servicios básicos en el Perú 2018-2021, el mayor porcentaje de viviendas con servicio de alcantarillado u otras formas de disposición sanitaria de excretas son: Provincia de Lima (96,2%), seguida de Provincia Constitucional del Callao (95,6%), Tacna (89,7%), Arequipa (88,1%), mientras que menores porcentajes se registró en los departamentos Cajamarca, Loreto, Huancavelica y Huánuco. A nivel del área urbana observamos con mayor porcentaje con servicio de alcantarillado son: Tacna y Cusco con (97.6%), Cajamarca (96.5%) y Moquegua con 96.5%, mientras que en un porcentaje más bajo se registró en el departamento de Ucayali (59,5%). De igual manera, en el área rural el área con mayor porcentaje con servicio de alcantarillado u otras formas de disposición higiénica son: Moquegua (52,1%) y Áncash (51,8%). (85), según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar ENDES 2020 indica que en 1991-1992, el 46,2% de viviendas contaba con servicio sanitario conectado a red pública (dentro y/o fuera de la vivienda), en el área rural solo un 3,3% tenía acceso a este servicio y en el área urbana fue 63,5%. Para el año 2020 la cobertura de este servicio se fue incrementando a nivel nacional con el pasar de los años, llegando a cubrir a un 73,8%. (86), el saneamiento debe apuntar a proporcionar a las personas agua potable segura, ambiente limpio, alimentos no contaminados y vivienda digna, todo esto requisitos para el suministro, recolección y evaluación adecuados de agua potable, desechos humanos, construcción de viviendas y educación para la salud.

Entonces en el actual estudio con los resultados del Instituto Nacional de Estadística e Informática (83), se observa predominio de eliminación de excretas con red pública.

Finalmente, sintetizando los hallazgos expresados en la tabla encontramos que más del 50,7% de las familias disponen de servicio de red pública en la vivienda y el 40,0% letrina/pozo séptico. Podemos comprender que, con el manejo adecuado de las excretas, las enfermedades se pueden prevenir o reducir, estos son resultantes de la contaminación una sociedad debidamente organizada será capaz de ser responsable de las intervenciones de salud individual y colectivas para resolver este problema de saneamiento básico.

Tabla 12. Manejo de residuos que se genera en la vivienda.

	N	%
Lo recogen 4 vez por semana	0	0.0
Lo recogen 3 vez por semana	0	0.0
Lo recogen 2 vez por semana	0	0.0
Lo recogen 1 vez por semana	38	50.7
Lo recogen menos de 1 vez por semana	0	0.0
Nunca lo recogen (queman, entierran)	37	49.3
Total	75	100.0

Fuente: Elaborado en base a cuestionario sobre nivel socioeconómico.

En la tabla 12, se observa que el 50,7% de las madres, la basura que genera en su vivienda la recoge 1 vez por semana y el 49,3% nunca la recoge (queman, entierran).

La Organización Panamericana de la Salud señala, que los residuos que se



depositan en cualquier lugar, en la calle, campo abierto o al aire libre, fomenta la aparición de vertederos que provoquen problemas de salud y la degradan, el paisaje y los animales que tienen acceso a estos lugares pueden enfermarse y a su vez causar muchas enfermedades a las personas, los residuos sólidos mal manejados provocan la propagación de moscas, cucarachas, mosquitos, ratas, portadores de gérmenes que causan enfermedades (87). También menciona el INEI Acceso a los servicios básicos en el Perú 2013-2018 indica que el mal manejo de los residuos sólidos es una de las principales causas de contaminación en nuestras ciudades y barrios, empeorando el paisaje y poniendo en peligro la salud de las personas (85), por otra parte, en su investigación Santillana P, indica que la pobreza está asociada con un consumo insuficiente de alimentos y una cultura alimentaria inadecuada, condiciones de vivienda precarias, bajos niveles de educación y saneamiento deficiente específicamente, la pobreza extrema ha sido identificada como una de las causas profundas de la desnutrición, siendo el síntoma más visible (81). Se menciona en la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, promover estrategias de la vivienda y del entorno saludable como estrategia de acción ambiental para mejorar las condiciones de vida de las familias que viven en viviendas precarias e inseguras, las estrategias se basan en la comprensión de que todo ser humano necesita un buen ambiente para desarrollarse física, mental y emocionalmente, el hogar es el espacio vital para su felicidad (87). En nuestro País, un gran número de familias vive en viviendas con factores de riesgo para su salud, tales como: ubicación en áreas insalubres, falta de instalaciones de infraestructura de servicios públicos, falta de acceso al agua potable, deficiente eliminación de excretas y residuos sólidos donde el hacinamiento y problemas sociales son cosas de todos los días, estos hogares no protegen la salud de las personas que viven allí y fomentan enfermedades. La falta de conocimiento de la familia sobre los factores de riesgo hace que se incrementen la tasa de enfermedades

entre su población, especialmente en la población más vulnerable. (87)

Frente al análisis de las organizaciones que lo menciona este estudio podemos decir que un buen porcentaje de los hogares eliminan los residuos quemándolos o enterrándolos en el suelo y esto puede deberse a factores que impiden que los camiones recolectores de basura lleguen a las áreas urbanas, la recolección de basura es el paso más importante dentro del manejo de residuos sólidos, debido a los problemas de la estancia prolongada de estos en las viviendas y lugares en general. Los desechos sólidos no deben almacenarse por más de dos días dentro de los hogares. Puede causar muchas enfermedades a las personas y en especial al niño.

Tabla 13. Ambientes exclusivos para la preparación de alimentos.

	N	%
Si	63	84.0
No	12	16.0
Total	75	100.0

Fuente: Elaborado en base a cuestionario sobre nivel socioeconómico.

En la tabla 13, se aprecia más del 100% que, el 84,0% de las madres cuenta con un lugar exclusivo para la preparación de alimentos y el 16,0% no cuenta con ello.

La calidad básica de la vivienda incluye la infraestructura y servicios que son necesarios para que una vivienda sea habitable. Incluye aspectos como el acceso al agua, saneamiento, y fluido eléctrico dentro de la vivienda. La presencia de estos servicios de manera regular eleva la calidad de vida, reduce la pérdida de tiempo en tratar de conseguirlo, y ayuda a la salud y a la educación. Si la vivienda cumple con estas

características, podrá proveer bienestar en el sentido más amplio. En el caso de las viviendas subsidiadas, se esperaría que el Estado favorezca que éstas cuenten con estos servicios.

Tabla 14. Nivel socioeconómico

Nivel	N	%
socioeconómico		
Muy bajo	4	5.3
Bajo	36	48.0
Medio	30	40.0
Alto	5	6.7
Muy alto	0	0.0
Total	75	100.0

Fuente: Elaborado en base a cuestionario sobre nivel socioeconómico.

En la tabla 14, se muestra el nivel socioeconómico de las familias de los niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al Centro de Salud Cabana, el 48,0% de ellos se encuentra en un nivel socioeconómico bajo, el 40,0% se encuentra en un nivel socioeconómico medio, el 6,7% se encuentra en un nivel socioeconómico alto y el 5,3% se encuentra en un nivel socioeconómico muy bajo, podemos destacar que el mayor porcentaje de ellos se encuentra en un nivel socioeconómico bajo (48,0%).

Los resultados de la presente investigación de Morales L. (2017), quienes encontraron que la población de Juliaca en su mayoría, esperan tener un trabajo independiente o negocio propio ya que la mayoría no cuenta con ingreso estable. Además, un buen número de participantes tiene la expectativa de contar con una vivienda propia



y/o mejorar los ambientes de la vivienda en la que se habita, por otro lado con nuestros resultados encontramos una similar a la de Robles F. (2018), que el 32.71% de las madres encuestadas presentan un nivel alto, respecto a la variable factores socioeconómicos, el 43.93% presentan un nivel medio y un 23.36% un nivel bajo, también se evidencia que el 29.91% de los niños menores de cinco años presentan un nivel alto, con respecto a la variable desnutrición, el 42.99% presentan un nivel medio y un 27.10% un nivel bajo, se obtuvo que la variable factores socioeconómicos está relacionada directa y positivamente con la variable desnutrición (25), en el estudio de Alejo V. (2015), encontramos una similitud con el estudio anterior, en cuanto a nivel socioeconómico el 44 % se encuentra en un nivel medio 42% en un nivel bajo, el 14% un nivel muy bajo, en cuanto al nivel socioeconómico se encontró que si existe relación con el estado nutricional de los escolares con el indicador talla/edad; mientras que con el IMC no existe relación, porque la X^2 calculada es menor que la X^2 tabulada (30), en cuanto al estudio de Huamán B. (2017), en su trabajo de investigación quienes encontraron que existe relación significativa entre los hábitos alimentarios y el nivel socioeconómico con el estado nutricional en preescolares de las Instituciones Educativas. (26)

Analizando estos resultados sobre el ingreso económico familiar podemos observar que un alto porcentaje de familias tienen un ingreso económico menor, en un 48% lo que significaría que puede influir en la alimentación complementaria de los niños, esto considerando que el indicador ingreso económico mensual de los hogares se mide en referencia al precio de la canasta básica de los alimentos (38). Según fuentes de investigación citadas, el ingreso económico en el distrito de Cabana no es estable ya que la población trabaja independientemente, esto en gran medida está influenciada por la ocupación de los padres, puesto que según los resultados observados la mayoría de las madres son amas de casa y los padres agricultores, lo que llevaría a que la familia no

tenga un ingreso económico fijo, porque el padre trabaja en sus terrenos sembrando, papa, ollucos entre otros además también se dedican a la crianza de animales menores y ganado, pero no en mucha cantidad y por lo tanto no tendrá un sueldo estable. Si un niño no tiene acceso a una calidad en alimentación tendrá serios problemas en cuanto a desarrollo físico, intelectual y emocional. Todos debemos de contribuir a que no se disminuyan esos problemas que son de salud pública.

4.2. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 11 MESES DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO SALUD CABANA.

Tabla 15. Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria

Nivel de conocimiento	N	%
Conocimiento bajo	14	18.7
Conocimiento medio	39	52.0
Conocimiento alto	22	29.3
Total	75	100.0

Fuente: Elaborado en base a cuestionario sobre alimentación complementaria.

En la tabla 15, se observa que el 52,0% de las madres obtuvo un nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria, el 29,3% obtuvo un nivel de conocimiento alto y el 18,7% obtuvo un nivel de conocimiento bajo. Podemos destacar que el mayor porcentaje de las madres obtuvo un nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria.



Al respecto, García H. (2019), en su estudio cuyo objetivo fue determinar el conocimiento de las madres de niños de 6 a 11 meses sobre alimentación complementaria, obtuvo como resultado respecto al conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria es deficiente en un 50%, regular en un 43.33% y bueno en un 6.67%; así mismo el 70% conoce la definición, resultados que coinciden en la presente investigación, de igual forma estos resultados son similares a lo encontrado por Mamani N. (2018), en su investigación respecto al nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 – 24 meses, encontró que el conocimiento es regular en un 50%, seguido del 30 % con un conocimiento bueno y deficiente un 20%, existen diversos estudios que refuerzan nuestros resultados como los de Rojas M. (2018), quien reporta que el 49% de madres tiene un nivel de conocimiento bueno, 30 % medio y 21,0 % conocimiento malo, igualmente, a nivel nacional Izquierdo J. (2020), se mostró que los resultados obtenidos fueron que el 67,3% de madres participantes tuvieron adecuados conocimientos acerca de alimentación complementaria y solo el 32,7% presentaron inadecuado conocimiento del tema. A si también, otro estudio realizado por Castro S. (2018), reportó resultados contradictorios encontrando que 18 madres que representa el 28.6% presentaron un conocimiento bajo, seguido por 34 madres que representa el 54% conocimiento medio y por último 11 madres que representa el 17.5% presentaron conocimiento alto (28). Según el MINSA menciona que la alimentación complementaria es vital para el desarrollo de los niños durante los primeros años de vida, por ser una etapa de gran velocidad de crecimiento en ese sentido es esencial promover la alimentación complementaria (12). Podemos indicar que el conocimiento va depender de cómo la madre capte la información brindada mediante las experiencias personales, patrones de alimentación de los padres, acceso a programas de salud, a través de la educación informal en medios de comunicación radial, televisivos y por el personal de salud y como pueda



llegar a utilizar esta información.

Analizando los resultados de las investigaciones citadas, y contrastando con los resultados de nuestra investigación podemos deducir que las decisiones de las madres sobre alimentación complementaria resultan un proceso complejo, en el cual intervienen recomendaciones del personal de salud, los consejos de las familias, experiencias previas sobre alimentación en niños, pero también influyen notablemente el grado de instrucción, nivel económico situaciones que interfieren y limitan negativamente en la alimentación. Por ello podemos decir que mientras más bueno sea el nivel de conocimientos de las madres los niños tendrán un adecuado desarrollo; mientras más deficiente sea el nivel de conocimientos, los niños(as) tendrán problemas de malnutrición por defecto(desnutrición) y/o malnutrición por exceso(sobrepeso); por lo tanto, mientras más conocimiento tenga la madre sobre el tema de alimentación complementaria, mejores serán sus prácticas en cuanto a tipo de alimento, cantidad, edad de introducción y por ende mejores resultados se evidenciaron en el niño y niña, tanto en su crecimiento como desarrollo, de ahí la importancia de una adecuada, suficiente y oportuna educación nutricional a las madres.

4.3. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 11 MESES DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD CABANA.

Tabla 16. Prácticas alimentarias

Prácticas alimentarias	N	%
Prácticas desfavorables	13	17.3
Prácticas favorables	62	82.7
Total	75	100.0

Fuente: Elaborado en base a cuestionario sobre alimentación complementaria.

En la tabla 16, se muestra las prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 11 meses de edad, se observa que el 82,7% de las madres realiza prácticas alimentarias favorables y el 17,3% realiza prácticas alimentarias desfavorables.

Al comparar nuestro resultado con otras investigaciones citadas al respecto, Brito E. (2018), en su estudio encontró que el 72,6% de madres realizan prácticas adecuadas; el 27,4 % realizan prácticas inadecuadas, por su parte Rosales E. (2017), describió que el 59.8% de madres realizan prácticas adecuadas de alimentación complementaria y el 40.2% de madres realizan prácticas inadecuadas (82), estos resultados guardan relación con la investigación de Cárdenas N. (2018), que el 58.8% si tiene buenas prácticas, además tienen buenas prácticas con respecto a la utilización del agua para la preparación de alimentos con un 81,5% y con las prácticas inadecuadas 41,2%, de la misma forma los



resultados son similares a Galindo (2019), en su investigación presentó un 61% de prácticas adecuadas y el 39% prácticas inadecuadas sobre alimentación complementaria (89), por otro lado, Losada C. (2018), en su estudio refiere que las prácticas de la madre sobre la alimentación complementaria, 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, resultados que no coinciden al comparar con otros estudio, Izquierdo S.(2019), quien reporto, en cuanto a las prácticas de alimentación complementaria el 63,6% de madres realizaron prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria y solo el 36,4% realizo inadecuadas prácticas, ya que en algunas investigaciones realizadas son de zonas urbanas y nuestro estudio es de zona rural hay una diferencia en ambos poblaciones. Según la OMS, la alimentación complementaria inicia desde los 6 meses en esta etapa es donde la madre debe tener en cuenta que la alimentación de su hijo es importante, por lo tanto debe alimentar a los lactantes directamente respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción; alimentar despacio, pacientemente y animarlos a comer; pero sin forzarlos; si rechazan varios alimentos experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos, minimizar las distracciones durante las horas de comida, si el lactante pierde interés rápidamente recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor; hablar con los niños y mantener el contacto visual. (90)

De lo anterior mencionado respecto a las prácticas sobre alimentación complementaria varían de acuerdo al lugar de estudio de cada investigador. En nuestra investigación se encontró un mayor porcentaje de madres con prácticas adecuadas teniendo mayor similitud con el estudio de Brito E. Con respecto a la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria, Lozada y Cárdenas (22), en su estudio de investigación determinó que la relación que existe entre

ambas variables, puesto que encontró que las madres tienen un nivel de conocimiento medio y prácticas adecuadas en la alimentación complementaria. Situación similar a nuestro estudio donde las madres con niños de 6 a 12 meses presentaron un nivel de conocimiento medio y las prácticas favorables sobre alimentación complementaria estableciendo así que existe una relación, por lo tanto, decimos según estudios y resultados obtenidos que las prácticas de alimentación no en todos los lugares son buenas ya que suelen transmitirse culturalmente, dependiendo de las creencias, conocimientos, valores y costumbres de la familia, que a su vez son traspassadas por el contexto en el que se desarrollan las actividades relacionadas con el consumo de alimentos.

4.4. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Tabla 17. Relación entre el nivel socioeconómico y nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria.

Nivel socioeconómico	Nivel de conocimiento						Total	
	Conocimiento		Conocimiento		Conocimiento			
	bajo		medio		alto			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muy bajo	3	4.0	1	1.3	0	0.0	4	5.3
Bajo	4	5.3	19	25.3	13	17.3	36	48.0
Medio	7	9.3	17	22.7	6	8.0	30	40.0
Alto	0	0.0	2	2.7	3	4.0	5	6.7
Muy alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	14	18.7	39	52.0	22	29.3	75	100.0

Fuente: Elaborado en base a cuestionario sobre alimentación complementaria



Valor prob	P	A	Regla	Decisión
de Chi-cuadrada	0.027	0.05	$p < \alpha$	Rechazar H_0

En la tabla 17, podemos destacar que el mayor porcentaje (25,3%) de las madres que se encontró en un nivel socioeconómico bajo, su nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria fue media, y el menor porcentaje (1,3%) de ellas que se encontró en un nivel socioeconómico muy bajo, su nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria también fue media.

Según el análisis estadístico de la chi-cuadrada se obtuvo el valor p (0.027), que es menor o inferior al valor de significancia o error (0.05), es significativa, por lo tanto, existe suficiente evidencia estadística para determinar que existe relación entre el nivel socioeconómico y nivel de conocimiento en alimentación complementaria con las prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al Centro de salud Cabana I-3 -2022, con un nivel de confianza del 95%.

En su investigación de Álvarez M. (2018), dice que los factores socioeconómicos se relacionan con el nivel de instrucción académica, el número de hijos en la familia, ingreso económico familiar y el régimen de tenencia de vivienda, en otra investigación según Rodríguez D y Chávez H. (2019), en su trabajo de investigación encontraron resultados similares al presente estudio, se observa que de las familias que tienen un ingreso económico menor al ingreso mínimo, el 72,3% brindan una alimentación complementaria inadecuada, en el estudio de Gamboa R. (2006), donde dice que el factor socioeconómico es determinante del patrón alimentario y el estado nutricional de los niños, y existe asociación entre ingresos familiares mensuales mínimo y déficit nutricional, según Galindo F. (2019), en su estudio relacionado si el factor



socioeconómico influye en el nivel de conocimiento, según los datos que sí existe una relación en madres con hijos en edades de 6 meses a 1 año, por otro lado, Lozada (2018), es su estudio dice que existe una relación estadística significativa entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento de la madre sobre la alimentación complementaria y la educación, según Plan Nacional para la Reducción y control de la Anemia Infantil en el Perú: 2017- 2021. Esto indica que las mujeres juegan un papel importante en la salud y la alimentación de su familia porque su participación es necesaria para el desarrollo económico y social del hogar, en la producción contribuye con mayor probabilidad a la buena nutrición infantil y aquellas madres con una mejor educación, tienen niños sanos. (6)

Analizando en otras investigación citadas, se encontró que existe suficiente evidencia estadística para determinar que existe relación entre el nivel socioeconómico, nivel de conocimiento corroborando a nuestro estudio de investigación, según nuestros resultados podemos observar un alto porcentaje de familias que su ingreso económico es menor al mínimo vital, esto se debería a la ocupación de los padres ya que en la mayoría de los casos la madre se dedica a las labores del hogar y el padre a la agricultura, lo cual no garantiza un ingreso económico fijo, el nivel de ingreso familiar influye debido a que sin estos ingresos no podrán comprar sus alimentos adecuados para sus hijo y por ende darán de alimentar al niño lo que tengan a su alcance sabiendo que una buena alimentación conlleva a niños sanos y fuertes, la mayoría de niños se enferman en la primera etapa de alimentación complementaria, la alimentación complementaria óptima no solo depende de qué alimento se le proporciona al niño en su dieta (qué alimentar), sino que también es importante cómo, cuándo, dónde y quién alimenta al niño.

Tabla 18. Relación entre el nivel socioeconómico y prácticas alimentarias.

Nivel socioeconómico	Prácticas alimentarias				Total	
	Prácticas desfavorables		Prácticas favorables		N	%
	N	%	N	%		
Muy bajo	1	1.3	3	4.0	4	5.3
Bajo	2	2.7	34	45.3	36	48.0
Medio	10	13.3	20	26.7	30	40.0
Alto	0	0.0	5	6.7	5	6.7
Muy alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	13	17.3	62	82.7	75	100.0

Fuente: Elaborado en base a cuestionario sobre alimentación complementaria.

Valor prob	P	A	Regla	Decisión
de Chi- cuadrada	0.018	0.05	$p < \alpha$	Rechazar H_0

En la tabla 18, se logra destacar que el mayor porcentaje (45,3%) de las madres que se encontraron en un nivel socioeconómico bajo, sus prácticas alimentarias fueron favorables, y el menor porcentaje (1,3%) de ellas que se encontraron en un nivel socioeconómico muy bajo, sus prácticas alimentarias fueron desfavorables, según el análisis estadístico de la chi-cuadrada se obtuvo el valor p (0.018), que es menor o inferior al valor de significancia o error (0.05), es significativa, por lo tanto, existe suficiente evidencia estadística para determinar que existe relación entre el nivel socioeconómico y prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al Centro



de salud Cabana I-3, con un nivel de confianza del 95%.

Según Mendoza A. Y Jiménez R. (2020), encontró que el aumento de la pobreza, promueve el limitado acceso a los alimentos para los niños, especialmente de 6-11 meses de edad, generando así desnutrición, por lo tanto, las prácticas de alimentación inapropiadas y sus consecuencias son grandes obstáculos al desarrollo socioeconómico sostenible y a la reducción de la pobreza (13), según nivel de pobreza registrado por el INEI, censo 2017 el nivel de pobreza total fue de 37%, pobreza extrema 6.3%, hogares con servicios básicos, 43.1%, vulnerabilidad a pobreza 40.5%, ejecución de gasto social 10.0% (SIAF MEF 2021) población en zona urbana 57.5% (9). La región Puno cuenta con 108 distritos, de los cuales 57 son pobres, 40 muy pobres y 8 en extrema pobreza, la desnutrición en Puno afecta al 25,5% de los niños menores de cinco años, las provincias de Puno con mayor incidencia son: San Román con 6,266 niños desnutridos, Azángaro con 6,052 niños y Carabaya con 5,128 niños (10), según la OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento (3), por otro lado, practicas alimentarias de la madre sobre alimentación infantil se logra a través de la experiencia que es alcanzada en el transcurso de la vida mediante una buena recolección de datos e informaciones, que ayudarán a mantener la salud de sus hijos y prevenir enfermedades, conocimiento que se expresa en las prácticas adecuadas o inadecuadas de alimentación del niño (15), según Mamani F. (2019), en su estudio encontraron que presentan actitudes favorables hacia la alimentación complementaria, pero no tienen prácticas adecuadas, según Chambi Y. (2017), en su estudio dice que existe suficiente evidencia estadística para determinar la relación entre el nivel socioeconómico y prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 11 meses.

Analizando en la región Puno cuenta con 108 distritos, de los cuales 57 son pobres, 40 muy pobres y 8 en extrema pobreza (11). Así mismo también se conoce que las provincias con mayor incidencia de desnutrición son San Román, Azángaro y Carabaya (10). Considerando ello la situación afectaría a la población investigada ya que ellos no tienen un ingreso económico estable y tendrían una dificultad en las prácticas alimentaria, porque las madres no podrán comprar algunas herramientas e insumos para la adecuada preparación de alimentos, y respecto a las prácticas inadecuadas sobre la alimentación complementaria del niño son a menudo un determinante de la ingesta insuficiente para la disponibilidad de alimentos en el hogar. La OMS ha elaborado un protocolo para adaptar las recomendaciones alimentarias que permite a los gestores de programas identificar las prácticas alimentarias locales, los problemas frecuentes relacionados con la alimentación y los alimentos complementarios adecuados. (65)

Tabla 19. Relación entre el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria y prácticas alimentarias.

Nivel de conocimiento	Prácticas alimentarias				Total	
	Prácticas desfavorables		Prácticas favorables		N	%
	N	%	N	%		
Conocimiento bajo	8	10.7	6	8.0	14	18.7
Conocimiento medio	4	5.3	35	46.7	39	52.0
Conocimiento alto	1	1.3	21	28.0	22	29.3
Total	13	17.3	62	82.7	75	100.0

Fuente: Elaborado en base a cuestionario sobre alimentación complementaria.



Valor prob	P	A	Regla	Decisión
de Chi-cuadrada	0.000	0.05	$p < \alpha$	Rechazar H_0

En la tabla 19, podemos destacar que el mayor porcentaje (46,7%) de las madres que obtuvo un nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria, sus prácticas alimentarias fueron favorables, y el menor porcentaje (1,3%) de ellas que obtuvo un nivel de conocimiento alto, sus prácticas alimentarias fueron desfavorables, según el análisis estadístico de la chi-cuadrada se obtuvo el valor p (0.000), que es menor o inferior al valor de significancia o error (0.05), es significativa, por lo tanto, existe suficiente evidencia estadística para determinar que existe relación entre el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria y prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 11 meses de edad, con un nivel de confianza del 95%. Concluimos de acuerdo al valor p (0.027, 0.018, 0.000) es menor o inferior al valor significancia o error (0.05), por lo tanto, existe relación entre el nivel socioeconómico y nivel de conocimiento en alimentación complementaria con las prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al centro de salud Cabana I-3, 2022.

Similares resultados son reportados por Brito E. (2016), menciona en su estudio que existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del menor de 2 años, así también Cárdenas N. (2018), en su estudio encontró que sí existen muchos factores que afectan tanto las prácticas como los conocimientos sobre alimentación complementaria y que, a través de los indicadores de la OMS, se pudo analizar los resultados, por otro lado Lozada D. (2018), en su estudio menciona que existe relación entre el nivel de conocimientos y prácticas de la madre sobre alimentación del niño, al igual que Condori



A. (2021), menciona que se determinó según el chi cuadrado que existe relación significativa entre el conocimiento sobre alimentación complementaria y la anemia ferropénica en niños de 6-24 meses, en su estudio de Roque L. (2019), al relacionar sus variables de estudio se concluye que la actitud desfavorable de las madres tiene relación con las prácticas inadecuadas sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses, de la misma forma Escobar N. (2014), en su estudio presento que los resultados encontrados son relacionados directamente con el nivel de conocimiento así como también el nivel de instrucción de las madres, considerando estos como factores que influyen directamente en las prácticas.

Analizando los datos mencionados de diferentes autores, que en la mayoría tiene una relación de ambas variables al comparar con nuestros resultados, se observa que a pesar de que las madres poseen un nivel de conocimiento medio, no garantiza que estas tengan prácticas adecuadas, por ello es importante brindarles consejerías y sesiones demostrativas sobre alimentación complementaria según la edad de su niño, la alimentación complementaria es una necesidad básica del infante, así como los componentes emocionales que la rodean, por ello las actitudes de la familia y en especial de la madre al alimentar al niño, serán en buena parte responsables de un adecuado desarrollo del infante. Considerando también que las prácticas alimentarias dependen de la creencia, conocimientos, valores, costumbres de la familia que se transmiten culturalmente. (68)



V. CONCLUSIONES

- El nivel socioeconómico es bajo en el 48,0%, medio en el 40,0%, alto en el 6,7% y muy bajo en el 5.3% de madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al centro de Salud Cabana.
- Con respecto a nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria es medio el 52,0%, alto en el 29,3% y muy bajo 18,7% de madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al centro de Salud Cabana.
- Los resultados obtenidos sobre las prácticas alimentarias son favorables 82,7% y desfavorables el 17,3% de madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al centro de Salud Cabana.
- Se ha evidenciado que existe equivalencia entre las variables de estudio respecto al nivel socioeconómico con el nivel de conocimiento en la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al Centro Salud Cabana, en la que se estableció que el 48% de las madres de niños de 6 a 11 meses de edad, revela que el nivel socio económico es bajo, de igual forma respecto al nivel de conocimiento de las madres, podemos sostener que el 52% de las madres evidencia un nivel de conocimiento medio, así mismo frente al análisis inferencial de la prueba no paramétrica de la prueba chi-cuadrada, se obtuvo el nivel de significancia $p = 0.027$, que es menor al valor de significancia o error (0.05), donde es significativo, por lo tanto, existe suficiente evidencia estadística para determinar que existe relación entre ambas variables de estudio, con un nivel de confianza al 95%.
- Respecto al nivel socioeconómico y las prácticas alimentarias, se revelo que 48% de las madres de niños de 6 a 11 meses de edad, expresa que el nivel



socioeconómico es bajo, de igual forma respecto a las prácticas alimentarias se evidencio que el 82.7% de las madres de niños de 6 a 11 meses de edad, manifiesta tener practicas favorables respecto a las practicas alimentarias, de igual forma frente a datos estadísticos obtenidos con la prueba no paramétrica de chi-cuadrada, se obtuvo el valor de significancia de $p= 0.018$, que es menor o inferior al valor de significancia o error (0.05), es significativa, por lo tanto, existe suficiente evidencia estadística para determinar que existe relación entre variable del nivel socioeconómico, respeto a las practicas alimentarias, con un nivel de confianza del 95%.

- Respecto al nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria con las prácticas alimentarias, se revelo que el 52% de las madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al centro de salud Cabana I-3, manifiestan que tienen un nivel conocimiento medio, de igual forma respecto a la alimentación complementaria con las prácticas alimentarias, se revela que el 82.7% de las madres de niños de 6 a 11 meses de edad, manifiesta que tiene practicas favorables respecto a la alimentación complementaria con las prácticas alimentarias, es así que frente a datos estadísticos obtenido con la prueba de chi-cuadrada se obtuvo el valor de significancia $p=0.000$, que es menor o inferior al valor de significancia o error (0.05), es significativa, por lo tanto, existe suficiente evidencia estadística para determinar que existe relación entre la variable del nivel de conocimiento, respecto a la alimentación complementaria con las prácticas alimentarias, con un nivel de confianza del 95%.



VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar estudios similares a la presente investigación en otros ámbitos y otros Centros de Salud de la Red San Román para tener una visión más amplia de los factores relacionados con las variables de estudio de la presente investigación.
- Se recomienda al personal de Salud, realizar sesiones demostrativas y sesiones educativas con los padres de familia enfocando la importancia de la alimentación complementaria y los beneficios que implica en su desarrollo por las diferentes etc.
- Se recomienda a las madres de familia con niños de 6 a 12 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).



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Alimentación complementaria. [Consultado 16 de julio del 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Malnutrición [Internet]. OMS;2021 [Citado 19 enero 2021]. Disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/malnutrition>
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Alimentación complementaria. [Consultado 17 de Julio de 2021] Disponible en: <https://www.unicef.org/es>
4. Sánchez A. Prácticas de Alimentación complementaria en lactantes de 6 a 11 meses 29 días de edad que asisten al centro de 39 salud del municipio de San Juan Sacatepéquez, Guatemala. Universidad Rafael Landívar, Facultad de ciencias de la salud. Tesis para optar al grado de licenciada en enfermería. (2018)
5. INEI. <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/pobreza-monetaria-alcanzo-al-301-de-la-poblacion-del-pais-durante-el-ano-2020> 12875/#:~:text=Pobreza%20monetaria%20alcanz%C3%B3%20al%2030,Estad%C3%ADstica%20e%20Inform%C3%A1tica%20(INEI).
6. SCIELO. Modelo de rol materno en la alimentación del lactante: Teoría del rango medio.2015 [en línea] [fecha de acceso 18 de julio de 2021], disponible en:<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/57/706>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES Perú 2016. [Consultado 19 de julio del 2021]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf.
8. Barboza C, Malca K, Mendoza E. Conocimiento de las Madres sobre Alimentación Complementaria del niño de 6 a 12 meses que acuden al Programa de Crecimiento y Desarrollo del Policlínico Agustín Gavidía Salcedo- Essalud, Lambayeque- 2014
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú. Lima: 1998-201.pp 334- 336.



10. La Primera Infancia en Puno. (n.d.). Retrieved December 3, 2022, from Inversionenlainfancia.net website: <https://inversionenlainfancia.net/?blog/entrafa/noticia/514>
11. Organización Panamericana de la Salud OPS. Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica. Lima, Perú. 2021
12. Chávez P. Factores Socioeconómicos y Estado Nutricional de los Niños de 5-6 Años de la Institución Educativa Inicial N°384 Rosa De America - Santa Maria, 2014.” Presentado. 2017;1–74. Available from: nicef.org/media/62486/file/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf
13. Mendoza A, Jiménez R. Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2019. UNMSM.
14. Bunge, M. La ciencia su método y filosofía. Editorial Siglo Xx. Buenos Aires. Argentina., 23.
15. León, O. Y Montero, S. Métodos de investigación en psicología y educación. España: Editorial: S.A. MCGRAW-HILL; 2020
16. María E, Julieta F, Solange P, Eliana P, Esteban C. Diferencias en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, según los indicadores básicos propuestos por la OMS, en niños con diferentes condiciones sociodemográficas de Rosario, Argentina. Eur J Clin Nutr [Internet]. 2015 May 27 [cited 2019 Jun 30];67(5):501–6. Available from: <http://www.nature.com/articles/ejcn201346>
17. Robles Diaz F. Factores Socioeconómicos y Desnutrición de Niños Menores De Cinco Años, Puesto De Salud Pisonaypata, Apurímac, 2017. 2018;1–104.
18. MINSA-documento técnico. Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la DCI en el Perú: 2017- 2021. 2ª ed. Lima; 2017
19. Comisión de Salud y Población Período Anual de Sesiones 2017-2018.http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Dictámenes/Proyectos_de_Ley/00795DC21MAY20180118.PDF.(Último acceso 30 de noviembre 2018).
20. Álvarez M. factores socioeconómicos relacionados al estado nutricional de niños de 12 a 36 meses de edad que asisten a los centros de desarrollo infantil del Mies (CDI) pertenecientes al sector de Toctiuco. world dev. 2018;1(1):1–15.



21. María Zapata, Julieta F, Celeste. Diferencias en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, según los indicadores básicos propuestos por la OMS, en niños con diferentes condiciones sociodemográficas de Rosario, Argentina. *Eur J Clin Nutr* [Internet]. 2015 May 27 [cited 2019 Jun 30];67(5):501–6. Available from: <http://www.nature.com/articles/ejcn201346>
22. Cárdenas N, Paredes K. factores de riesgo que influyen en las prácticas y conocimientos de alimentación complementaria de las responsables de la alimentación de los niños de 6 a 11 meses del centro de salud “la rumiñahui” en el periodo de octubre 2017 a enero 2018. *pontificia universidad católica del ecuador*; 2018.
23. Añacata Perez J. Análisis situacional de los beneficiarios del programa vaso de leche en el distrito de Cayma, 2015. 2017;1–88Chambi Apaza, Y. M. (2017). Actitud de las madres referente a la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional en niños C.S. Ciudad Nueva – 2017. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3114/1270_2017_chambi_apaza_ym_fac_s_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Consultado el 31 de enero de 2022.
24. N.d. Edu.Pe. Accessed December 19, 2022. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8613/Expectativas_MoralesLopez_Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
25. Robles Diaz F. Factores socioeconomicos y desnutrición de niños menores de cinco años, puesto de salud Pisonaypata, Apurimac, 2017. 2018;1–104.
26. Huamán Br 2017 De, Facultad, et al. “UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO.” Edu.Pe, http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/3125/GUERRA%20%26%20RIVEROS_TESIS2DA_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
27. Chambi A, Actitud de las madres referente a la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional en niños C.S. Ciudad Nueva – 2017. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3114/1270_2017_chambi_apaza_ym_fac_s_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Consultado el 31 de enero de 2022.
28. Castro Sulca KV. 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. Repos Tesis - UNMSM [Internet]. 2016;116. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4699>
29. Elvia, j., & Brito, p. (2016). facultad de obstetricia y enfermería sección de posgrado trabajo académico prácticas de alimentación complementaria de las madres y anemia en lactantes de 6 a 11 meses. recuperado el 1 de febrero de 2022, de edu.pe website: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4657/brito_pej.pdf?sequence=3&isallowed=y
 30. Alejo V. Relación entre patrón alimentario, nivel socioeconómico y estado nutricional en escolares de instituciones educativas primarias 70114 plateria y 70040 vilque Universidad Nacional Del Altiplano -Puno. Elvia Edu.Pe, http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/1680/Alejo_Visa_Silvia_Elizabeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Accessed 2 Jan. 2023.
 31. Carlo Lozada 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.” Universidad Nacional Del Altiplano; 2018.
 32. Nilian, M. Universidad Nacional Del Altiplano -Puno. Edu.Pe. Retrieved May 11, 2022, from http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/10498/Mamani_Yujra_Nilian_Maritza.pdf?sequence=3
 33. García H, Pérez G. (s/f). Universidad Nacional Del Altiplano -Puno. Recuperado el 1 de febrero de 2018, de Edu.pe website: <http://repositorio.unap.edu.pe/Silvia>
 34. Condori A. conocimientos sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses con relación anemia ferropénica centro de salud de pampahalla sicuani 2019 http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/16251/Condori_Aragon_Maria_Del_Pilar.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 35. Edu.Pe, <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/13968>. Accessed 2 Jan. 2023.
 36. Wiese Gutierrez G. Factores socioeconómicos que influyen en la calidad de vida de inmigrantes venezolanos en una Institución Migratoria, 2019;1–89. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/31392/Wiese_GL_G.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 37. Robles Diaz F. factores socioeconómicos y desnutrición de niños menores de cinco años, puesto de salud pisonaypata, apurimac, 2017. 2018;1–104.



38. Cabeza P. Ponte D. La comercialización de frutas y su relación con el nivel socioeconómico de los agricultores del Distrito de Huaranchal-Trujillo, 2020; Universidad Cesar Vallejo; 2020.
39. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. Cuerpo Med [Internet]. 2013 [citado 7 de agosto de 2021];6(1):5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4262712.pdf>
40. Maldonado BP. Relación del nivel de seguridad alimentaria con indicadores socioeconómicos caso: familias de productores de quinua de la parroquia de San Isidro, cantón Espejo, provincia del Carchi [Internet]. [Ecuador]: Pontificia Universidad Católica de Ecuador; 2015 [citado 7 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/10108>
41. Callo CCallata R. Influencia de factores sociales, culturales y de salud en la desnutrición crónica en niños menores de 05 años beneficiarios del programa vaso de leche en el distrito de Ilave, provincia de “el Collao”, departamento de Puno 2015. 2015;1–85.
42. Esperilla Velázquez L. Factores socioeconómicos que inciden en el consumo de pescado en las familias de la urbanización 3 de mayo - Juliaca, 2014”. “. 2015;1–87.
43. Surco Ccaccia D. “influencia de las características socioeconómicas en la estructura de la canasta básica de alimentos de las familias del distrito de huata – Puno. 2016.” 2017;1–92.
44. Méndez Castellano G. escala de estratificación social de graffar (modificado). :1–5. available from: <https://es.scribd.com/doc/51769383/graffar> .
45. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Glosario de Nutrición. Gobierno de Estados Unidos [Internet] Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2021. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_ES.pdf
46. Organización Mundial de Salud OMS, Organización Panamericana de Salud OPS. La alimentación del lactante y del niño pequeño. [En línea]. 2010 [Citado el 6 de junio del 2018], Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944_spa.pdf.
47. Dewey K y Brown K. Actualización sobre cuestiones técnicas sobre la alimentación complementaria de niños pequeños en los países en desarrollo y las



- implicaciones para programas de intervención. Boletín de Alimentación y Nutrición, 2003, 24: 5-28.
48. Dewey K. Revisión sistemática de La eficacia y eficacia de los complementarios. Intervenciones alimentarias en países en vías de desarrollo. Nutrición materno infantil, 2008, 4 (s1): 24–85.
 49. Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación y nutrición en madres de niños menores de tres años, gestantes y escolares. 2009” [En línea]; [Citado 1 de octubre del 2018]. Disponible desde: http://www.ins.gob.pe/RepositorioAPS/0/5/par/Publicacion04022011/Estudio_CAP.pdf
 50. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. [Online]; 2004 [Citado 24 de octubre del 2018]. Disponible desde: http://bvs.minsa.gob.pe/local/ins/158_linnut.pdf
 51. Benites Castañeda J. Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja. Tesis de grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
 52. Pardo-López J, Alimentación complementaria del niño de seis a 12 meses de edad, Acta Pediatr Mex 2012; 33(2):80-88.
 53. Rodríguez, P., & Larrosa, A. Desnutrición y Obesidad en Pediatría. México: Alfil. (2018).
 54. Hernández Aguilar MT. Alimentación complementaria. En: AEPap ed. Curso de actualización, pediatría 2006. Madrid; Exlibris Ediciones. 2006. p 249-256.
 55. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. [En línea]. Washington D.C: Informe realizado por un grupo de científicos de la OPS; 2003. (Actualizado el 25 de febrero del 2015)
 56. MINSA, documento técnico de sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materna infantil, Lima 2013.
 57. Daza W, & Dadan S. Alimentación Complementaria en el primer año de vida. Universidad El Bosque.



58. Hernández MT. Alimentación complementaria. En: AEP ap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. [Consultado 15 de noviembre de 2016]. pp. 249-56. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/complementaria.pdf>
59. Lutter, C. Macro_level aproaches to improve the availability of complementary food. Nutrición. Consultado el 22 de octubre del 2018. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12664528>
60. Marín, A. & Cols. Manual de pediatría ambulatoria. Colombia. Edit. Médica Panamericana 2019.
61. Ministerio de Educación. Evaluación de los aprendizajes. 2001.
62. Tamirez, T. & Sifuentes, R. (2009). Conocimiento de las madres sobre nutrición y estado nutricional en el lactante mayor de 1 a 2 años de edad en una comunidad rural de la sierra liberteña. Tesis para optar al título de Licenciada en Enfermería.
63. OPS/OMS. (2002). Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington DC. Consultado el 7 de octubre del 2018. En: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96355/1/9789275327951_spa.pdf
64. Ministerio de Salud. (2010). La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud -ENNyS 2010. Ministerio de Salud. Buenos Aires. Consultado el 22 de setiembre del 2018. En: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000258cnt-a09-alimentacion-de-ninos-menores-de-2-anos.pdf>
65. MINSA, Documento técnico orientaciones para la promoción de la alimentación y nutrición saludable. Lima, 2005
66. Lutter, C. Macro_level aproaches to improve the availability of complementary food. Nutrición. Consultado el 22 de octubre del 2018. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12664528>
67. Marin, A. Manual de pediatría ambulatoria. Colombia. Edit. Médica Panamericana.
68. Gainza, G. (2002). La práctica Alimentaria y la Historia. Revista electrónica semestral de estudios semióticos de la cultura. Consultado el 9 de setiembre del 2018. En: <http://www.ugr.es/~mcaceres/Entretextos/entre2/gainza1.htm>



69. Cárdenas Alfaro, L “Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2009” [Tesis de licenciatura] Lima. UNMSM
70. FAO. Cómo mantener los alimentos limpios e inocuos. 2006 [en línea] [fecha de acceso 5 de junio del 2018], disponible en: <http://www.fao.org/tempref/docrep/fao/008/y5740s/y5740s08.pdf>
71. Coronado Z. Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años. (estudio realizado en el puesto de salud del valle de palajunoj, quetzaltenango, guatemala durante los meses de julio 2012 a febrero 2013). 2014;1–76.
72. INEI. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1544/00TOMO_01.pdf
73. Jiménez-Benítez D, Rodríguez-Martín A, Jiménez-Rodríguez R. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutr Hosp* [Internet]. 2010;25(SUPPL. 3):18–25. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900003#back
74. Callo Ccallata R. Influencia de factores sociales, culturales y de salud en la desnutrición crónica en niños menores de 05 años beneficiarios del programa vaso de leche en el distrito de ilave, provincia de “el Collao”, departamento de Puno 2015. 2015;1–85.
75. Díaz Bustamante G. Estado nutricional y algunas características socioeconómicas y alimentarias de los preescolares beneficiarios de la ong civesmundi - Chota, 2007. 2013;1–47. Available from: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/unc/2055/tesis_maestria_díaz_bustamante_gladys.pdf?sequence=1&isallowed=y
76. Jiménez-Benítez D, Rodríguez-Martín A, Jiménez-Rodríguez R. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutr Hosp* [Internet]. 2010;25(SUPPL. 3):18–25. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900003#back
77. SurcoSurco Ccajia D. “Influencia de las características socioeconómicas en la estructura de la canasta básica de alimentos de las familias del distrito de huata – puno. 2016.” 2017;1–92



78. INEI. <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/censos-2017-departamento-de-puno-tiene-1-172-697-habitantes>.
79. Rodríguez D & Sánchez Y. Características socioeconómicas de la familia y alimentación complementaria en niños menores de 2 años. Puesto de Salud Chuyabamba- Chota 2013. [Tesis de grado]. Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad Ciencias de la Salud. [Internet]; 2016. Perú. [Consultado 05 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/108/T%20301%20R696%202013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
80. Carrillo, Magali S. “Censos 2017: departamento de Puno tiene 1 172 697 habitantes.” Gob.pe, <https://censo2017.inei.gob.pe/censos-2017-departamento-de-puno-tiene-1-172-697-habitantes/>. Accessed 19 Dec. 2022.
81. Surco Ccajia D. “Influencia de las características socioeconómicas en la estructura de la canasta básica de alimentos de las familias del distrito de huata – puno. 2016.” 2017;1–92.
82. Santillana Chávez P. “Factores socioeconómicos y estado nutricional de los niños de 5-6 años de la institución educativa inicial no 384 rosa de america - santa maria, 2014.” presentado. 2017;1–74. available from: [nicef.org/media/62486/file/estadomundial-de-la-infancia-2019.pdf](https://www.nicef.org/media/62486/file/estadomundial-de-la-infancia-2019.pdf)
83. Díaz Bustamante G. Estado nutricional y algunas características socioeconómicas y alimentarias de los preescolares beneficiarios de la ong civesmundi - Chota, 2007. 2013;1–47. Available from: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/unc/2055/tesis_maestria_diaz_bustamante_gladys.pdf?sequence=1&isallowed=y
84. INEI. Peru Encuesta Demografica y de Salud familiar ENDES 2020. Inei [Internet]. 2021;101–14. Available from: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INFOR
85. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Guía Técnica Manejo adecuado de las excretas en situaciones de emergencias y desastres. 2010;1–16.
86. Cáceres L. & Carmen J. Estado nutricional en niños menores de 5 años y su participación en programas alimentarios, 2017. 2019;1–32.
87. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Acceso a los servicios básicos en el Perú 2013-2018. :2–52. available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1_706/libro.pdf



88. Organización Panamericana de la Salud Hacia una vivienda saludable [Internet]. 114 Available from: https://www.paho.org/mex/dmdocuments/1_Hacia_una_vivienda_saludable_guia_para_el_facilitador.pdf
89. Rosales E. Prácticas alimentarias que adoptan las madres en lactantes con persistencia de anemia en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari 35 [Internet] distrito de Amarilis. Huánuco – Perú: Universidad de Huánuco; 2017. [con sulta el 20 de marzo de 2018]. Disponible en:
90. Galindo, Zapata. Julieta, Celeste, Palmucci. Solange, Padrós. Eliana P. Agustina V. Esteban C. Diferencias en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, según los indicadores básicos propuestos por la OMS, en niños con diferentes condiciones sociodemográficas de Rosario, Argentina. Eur J Clin Nutr [Internet]. 2015 May 27 [cited 2019 Jun 30];67(5):501–6. Available from: <http://www.nature.com/articles/ejcn201346>
91. 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. Washington: OMS; 2010. p. 85–8. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/es



ANEXOS



ANEXO 1. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN DE PROYECTO

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

**SOLICITO: AUTORIZACION PARA
EJECUCION DE PROYECTO**

SEÑOR JEFE DEL CENTRO SALUD CABANA I-3



Yo ALDO RONAL MOROCCO VILCA, Identificado con DNI N° 72079955 con domicilio en Jr. Progreso N° 225 de la ciudad de Puno, egresado de la escuela profesional de Nutrición Humana de la Universidad Nacional del Altiplano-Puno, ex interno de centro salud de Cabana I-3 y ante usted con el debido respeto me presento y expongo.

Que habiendo culminado satisfactoriamente mis estudios universitarios de pregrado del I al X semestre en la escuela profesional de Nutrición Humana de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad Nacional del Altiplano-Puno, solicito a su despacho se me autorice y brinde las facilidades para ejecutar mi proyecto de tesis titulado "RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN MADRES DE NIÑOS DE 6 a 11 MESES DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD CABANA I-3. 2022" en los meses de julio y agosto del presente año, para poder obtener el grado de título profesional en licenciatura en Nutrición Humana.

Se le adjunta documento del acta de la aprobación de tesis por la universidad nacional del altiplano-Puno.

POR LO EXPUESTO:

Solicito a usted, señor jefe acceder a mi petición por ser justa y legal.

Puno, 31 de JULIO del 2022

DNI: N° 72079955
ALDO RONAL MOROCCO VILCA



ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de Consentimiento Informado está dirigido a padres (padres y madres de familia) niños de 6 a 11 meses que acuden al centro salud de Cabana. quienes se les invita a participar en la investigación titulada **RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN MADRES DE NIÑOS DE 6 a 11 MESES DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD CABANA I-3. 2022.**

"Nombre del investigador

Aldo R Morocco Vilca soy bachiller de la Universidad Nacional del Altiplano Puno de la Escuela Profesional de Nutrición Humana y estoy investigando sobre. **RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN MADRES DE NIÑOS DE 6 a 11 MESES DE EDAD QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD CABANA I-3. 2022.** A través de este documento le voy a dar información e invitar a participar en esta investigación. Antes de decidirse puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación; puede que haya algunas palabras que no entiende. Por favor, si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí o a del equipo.

El propósito de la investigación es conocer la situación nutricional de **RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN MADRES DE NIÑOS DE 6 a 11 MESES DE EDAD.** Esta investigación incluirá realizar preguntas a la madre, padre o cuidador del niño (persona que cuida al niño a).

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, usted puede decidir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, usted cambiar de idea más tarde y dejar de participar, aun cuando haya aceptado antes.



HOJA DE CONSENTIMIENTO

YO.....padre/madre,
identificado con DNI.....domiciliado en
.....N.º..... de la provincia de
.....doy pleno consentimiento de participar en el estudio de
investigación titulado: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON
LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS EN MADRES DE NIÑOS DE 6 a 11 MESES DE
EDAD. He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar
sobre ella y se ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento
voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo
el derecho a retirarme de la investigación en cualquier momento.

*Estando de acuerdo, doy fe a la siguiente acta, por cual firmo en conformidad y
aceptación de participar en dicho estudio.

FECHA/...../2023 PUNO

FIRMA.....

DNI:



ANEXO 3. ENCUESTA SOCIOECONÓMICA DE GRAFFAR

Fecha de nacimiento:..... Edad:.....

Sexo..... Grado:.....

1. ¿Cuántas personas comen y duermen en su casa?

- 1) 1 a 3 ()
- 2) 4 a 6 ()
- 3) 7 a 9 ()
- 4) 10 a 12 ()
- 5) 13 a 15 ()
- 6) 16 a más ()

2. ¿El padre del niño está viviendo en el hogar con ustedes?

- 1) Si, vive con la familia.....()
- 2) No vive en casa pero ayuda económicamente.....()
- 3) Abandono parcial (ayuda esporádicamente).....()
- 4) No vive en casa, no apoya económicamente.....()

3. ¿Profesión del jefe de hogar?

- 1) Universitaria completa ()
- 2) Universitaria incompleta ()
- 3) secundaria completa ()
- 4) primaria completa ()
- 5) primaria incompleta ()
- 6) analfabeto ()

4. ¿Profesión de la madre y/o conyugue?

- 1) Universitaria completa ()
- 2) Universitaria incompleta ()
- 3) secundaria completa ()
- 4) primaria completa ()
- 5) primaria incompleta ()
- 6) analfabeto ()

5. ¿Cuál es el trabajo del jefe del hogar? Jefa del hogar () Jefe del hogar ()

- 1) Profesional que ejerce libremente la profesión, director de empresa, gerente cargo directo, alta graduación FF.AA. y de orden, dueño de empresa



mayor, de fundo, etc.

- 2) Empleado de mediana calificación (jefe de servicio), empresario de mayor capital que los anteriores (dueño de predio más grande, no fundo) grande medio de FF. AA. Y de orden.
- 3) Obrero estable calificado, pequeño taller, almacén, empleada de baja calificación o bajo FF.AA. y de orden, pequeño empresario agrícola (dueño de predio, parcela, etc.)
- 4) Obrero estable (agrícola), empleada doméstica, oficio estable (zapatero, gasfitero), jubilado pensionado.
- 5) Trabajo independiente no estable respecto al ingreso.
- 6) Cesante absoluto (sin auxilio de cesante)

6. ¿El jefe del hogar cuenta con seguro social o algún tipo de servicio de salud?

6. () sin seguridad social
4. () servicio de seguro social.
2. () AFP y otras cajas
1. () FF.AA y de orden.

7. El sitio en el que vive lo ocupa en calidad de:

6. () allegado
5. () toma de sitio o terreno
4. () uso fructuario, préstamo
3. () arrendamiento
2. () pagando dividendo para adquirirlo
1. () dueño o propio

8. La vivienda es de:

6. () adobe con 1 a 2 habitaciones
5. () adobe con más de 3 habitaciones
4. () autoconstrucción (ladrillo con mas de 3 habitaciones)
3. () casas construidas por apoyo del estado
2. () solida unifamiliar con menos de 140 m² de buena construcción.
1. () solida unifamiliar con más de 140 m².

9. ¿De dónde proviene el abastecimiento de agua de la vivienda?

6. () llave en el mismo sitio (pozo). Que se acarrea.
1. () red publica

10. ¿Cuentan con servicios higiénicos en la vivienda?



- 6. () campo abierto
 - 4. () pozo negro letrina
 - 1. () alcantarillado o fosa séptica.
- 11. ¿Qué hacen con la mayor parte de la basura que se genera en la vivienda?4**
- 6. () nunca lo recogen (queman, entierran)
 - 5. () lo recogen menos de 1 vez por semana
 - 4. () lo recogen 1 vez por semana
 - 3. () lo recogen 2vez por semana
 - 2. () lo recogen 3 vez por semana
 - 1. () lo recogen 4 vez por semana
- 12. ¿Cuenta con un lugar exclusivo para la preparación de alimentos?**
- 1.- () Si 6.- () no



ANEXO 4. CUESTIONARIO DE SOCIOECONÓMICO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

Cuestionario, lo cual permitirá realizar un proyecto acerca de las relaciones entre el nivel socioeconómico y nivel de conocimiento en alimentación complementaria con las prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al centro de salud. De antemano le agradezco su colaboración.

DIMENSION: NIVEL DE CONOCIMIENTO

DATOS GENERALES EN RELACIÓN AL NIÑO

Sexo:..... Fecha de nacimiento:../...../.....

DATOS GENERALES

1. La alimentación complementaria en el niño consiste en:

- a) Leche materna y calditos
- b) Leche materna e introducción de otros alimentos.
- c) Leche materna y otro tipo de leches.
- d) Alimentarlo con la comida de la olla familiar
- e) Alimentarlo únicamente con papillas y calditos.

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

- a) Al mes
- b) Dos meses
- c) Cuatro meses
- d) Seis meses
- e) Al año

3. ¿A qué edad el niño debe comer todos los alimentos?

- a) Menos de seis meses
- b) Seis meses



- c) Al año
- d) Al año y medio
- e) Dos años

4. La forma como debe cumplir la madre para dar de comer a su niño es:

- a) Integrarlo a la familia con amor, paciencia y mucha dedicación.
- b) Integrarlo a la familia, amor.
- c) Integrarlo a la familia con paciencia.
- d) Paciencia y tranquilidad.
- e) No sabe.

5. El lugar ideal donde se debe alimentar el niño es:

- a) En la cocina con muchos colores y juguetes,
- b) En la cama con juguetes y televisión prendida.
- c) En el cuarto, con música y juguetes.
- d) En el comedor sin juguetes, ni televisión prendida.
- e) En el comedor con los juegos y televisor prendido.

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

- a) Tubérculos, Cereales
- b) Verduras, Leche
- c) Frutas, Grasas.
- d) Frutas, verduras
- e) Carnes, Frutas

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

- a) Frutas, verduras
- b) Verduras, Leche
- c) Frutas, Grasas.
- d) Tubérculos, Cereales
- e) Carnes, Frutas

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



- a) Frutas, verduras
- b) Verduras, Tubérculos
- c) Frutas, Grasas.
- d) Carnes, Leche
- e) Cereales, Frutas

9. La preparación que nutre más al niño es:

- a) Caldos
- b) Sopas
- c) Segundos
- d) Mazamorras

10. La cantidad de alimento que debe ingerir el niño al iniciar la alimentación

complementaria está dada por:

- a) Una tasa.
- b) Media tasa
- c) Cuarto de tasa
- d) Unas cucharadas
- e) Una a dos Cucharaditas.

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

- a) Según lo que pida.
- b) Dos veces al día
- c) Tres veces al día
- d) Cuatro veces al día
- e) Cinco veces al día

12. La consistencia de los alimentos de los niños menores de dos años debe ser:

- a) Bien Aguado.
- b) Aguado
- c) Espeso
- d) Muy espeso



13. Para evitar que el niño se enferme es importante que en la preparación de los

alimentos se debe tener en cuenta la:

- a) Higiene de utensilios
- b) Higiene de los alimentos.
- c) Higiene del niño.
- d) Todos
- e) Ninguno.

14. Los beneficios psicológicos de una adecuada alimentación complementaria está

dada por:

- a) Seguridad
- b) Dependencia
- c) Inseguridad

15. Los beneficios físicos de una adecuada alimentación complementaria hacia el niño menor de dos años está dada por:

- a) Mayor crecimiento
- b) Menor peso
- c) Baja estatura
- d) Se enferma con facilidad

DIMENSION: PRACTICAS ALIMENTARIAS

16. qué edad comenzó a darle a su niño el primer alimento

- a) 4 meses
- b) 5meses
- c) 6meses
- d) 7meses
- e) 1año

17. El primer alimento que le dio a su niño fue:

- a) Pures



- b) Papillas
- c) Picadas
- d) Líquidos

18. La cantidad que le dio a su niño fue:

- a) Una tasa.
- b) Media tasa
- c) Cuarto de tasa
- d) Unas cucharadas
- e) Una a dos Cucharadita

19. qué edad le dio a su niño de la olla familiar y/o todos los alimentos

- a) 1 año
- b) 6 meses
- c) 7 meses
- d) 8 meses
- e) 1 año y medio

20. Para la alimentación o dar de comer a su niño Ud. lo hace:

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

21. El lugar donde se alimenta su niño es:

- a) En la cocina
- b) En la cama
- c) En el cuarto
- d) En el comedor
- e) Otro:

22. Para que su niño coma sus alimentos Ud. utiliza:



- a) Juguetes
- b) Música
- c) Televisor prendido.
- d) Le habla

23. Los alimentos que emplea en la preparación para el desayuno de su niño son:

.....

24. Los alimentos que le da a su niño a media mañana son:

.....

25. Los alimentos que le da a su niño en el almuerzo son:

.....

26. Los alimentos que le da a media tarde a su niño son:

.....

27. Los alimentos que utiliza en la preparación de la cena del niño son:

.....

28. La cantidad de alimentos que le da actualmente a su niño es:

- a) De acuerdo a la edad de niño
- b) 3 cucharadas
- c) 5 cucharadas
- d) 6 cucharadas
- e) 7 cucharadas a mas

29. Su niño tiene sus propios utensilios para alimentarse (plato, cuchara, taza)

- a) Si
- b) No

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

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



31. ¿Con que frecuencia da de comer a su niño?

- a) Según lo que pida.
- b) Dos veces al día
- c) Tres veces al día
- d) Cuatro veces al día
- e) Cinco veces al día

32. Por lo general la consistencia de sus alimentos para su niño es:

- a) Bien Aguado.
- b) Aguado
- c) Espeso
- d) Muy espeso
- e) Otros

33. Qué hace Ud. para evitar que el niño contraiga diarrea:

- a) todos
- b) Higiene de utensilios
- c) Higiene de alimentos
- d) Higiene del niño

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO 5. DIGITACION DE DATOS EN EXEL

Formato2 - Excel

Inicio Insertar Dibujar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Ayuda Acrobat ¿Qué desea hacer?

Portapapeles Pegar Fuente Fuente Alineación Combinar y centrar Ajustar texto General Número

Calibri Fuente Alineación Combinar y centrar Ajustar texto General Número

Insertar Eliminar Formato Celdas

Formato Dar formato Estilos de condicional como tabla Estilos

Formato Estilos de condicional como tabla Estilos

Insertar Eliminar Formato Celdas

Ordinary filtrar seleccionar Ordinary filtrar seleccionar

Inicio ses.

Nº	Edad	Sexo	Preg1	Preg2	Preg3	Preg4	Preg5	Preg6	Preg7	Preg8	Pr		
1	6 MESES	M	1	a	3	3	c	4	d	1	a	4	d
2	8 MESES	F	2	b	0	3	c	5	e	4	d	4	d
3	7 MESES	M	2	a	3	4	d	5	e	4	f	5	e
4	8 MESES	F	2	b	3	3	c	5	e	4	a	6	f
5	6 MESES	M	1	a	1	3	c	5	e	3	c	6	f
6	9 MESES	F	1	a	2	3	c	5	e	4	a	4	d
7	7 MESES	F	1	a	3	3	c	5	e	4	d	4	d
8	11 MESES	F	2	b	3	3	c	5	e	4	d	4	d
9	9 MESES	F	2	b	1	3	c	5	e	4	d	4	d
10	6 MESES	M	2	a	0	3	c	5	e	4	f	4	d
11	8 MESES	M	2	b	0	3	c	5	e	4	d	4	d
12	7 MESES	M	2	b	3	4	d	5	e	4	d	5	e
13	8 MESES	F	2	b	3	3	c	5	e	4	d	6	f
14	6 MESES	M	1	a	1	3	c	5	e	4	d	6	f
15	9 MESES	F	1	a	2	3	c	5	e	4	d	4	d
16	7 MESES	M	2	b	4	3	c	5	e	4	d	6	f
17	9 MESES	M	2	b	3	3	c	5	e	4	d	6	f
18	11 MESES	M	2	b	0	3	c	5	e	4	d	6	f
19	7 MESES	F	3	c	3	3	c	5	e	4	d	6	f
20	10 MESES	F	3	c	3	3	c	5	e	4	d	2	b
21	11 MESES	M	2	b	3	3	c	5	e	4	d	4	d
22	9 MESES	F	2	b	1	3	c	5	e	4	d	4	d
23	6 MESES	M	2	a	0	4	d	5	e	4	d	6	f
24	9 MESES	M	1	a	3	3	c	5	e	4	d	2	b
25	6 MESES	M	1	a	3	3	c	5	e	4	d	2	b
26	7 MESES	F	2	b	3	3	c	5	e	4	d	2	b
27	7 MESES	F	2	b	4	3	c	5	e	4	d	6	f

Hoja1

Accesibilidad: es necesario investigar

17°C 19/10/2022



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
23	6MESES	M	2	b	a	4	d	0	no	4	d	5	e	4	d	3	c	6	f
24	9MESES	M	1	a	3	1	a	3	c	1	a	3	c	4	d	1	a	2	b
25	7MESES	F	2	b	4	4	d	3	c	3	c	2	b	4	d	1	a	6	f
26	8MESES	M	2	b	1	1	a	3	c	3	c	4	d	4	d	1	a	5	e
27	10MESES	F	2	b	1	1	a	1	a	1	a	5	e	4	d	1	a	6	f
28	11MESES	F	1	a	1	1	a	1	no	1	a	1	a	4	d	1	a	4	d
29	8MESES	F	1	a	3	3	c	0	no	3	c	5	e	4	d	3	c	6	f
30	6MESES	M	1	a	1	1	a	3	c	3	c	5	e	4	d	1	a	5	e
31	9MESES	F	1	a	1	1	a	2	b	3	c	5	e	4	d	1	a	4	d
32	7MESES	F	1	a	1	1	a	3	c	3	c	3	c	4	d	4	d	4	d
33	11MESES	M	2	b	1	1	a	3	c	3	c	3	c	4	d	4	d	4	d
34	9MESES	F	2	b	1	1	a	3	c	3	c	3	c	6	f	2	b	4	d
35	6MESES	M	2	b	4	4	d	0	no	4	d	5	e	4	d	3	c	6	f
36	8MESES	F	2	b	4	4	d	0	no	3	c	5	e	4	d	2	b	4	d
37	7MESES	M	2	b	1	1	a	3	c	4	d	5	e	4	d	4	d	5	e
38	10MESES	F	1	a	1	1	a	3	c	3	c	5	e	4	d	1	a	4	d
39	6MESES	F	1	a	2	2	b	3	c	4	d	5	e	4	d	4	d	5	e
40	6MESES	M	2	b	1	1	a	3	c	3	c	4	d	4	d	3	c	6	f
41	6 MESES	M	2	b	4	4	d	0	no	4	d	5	e	4	d	3	c	6	f
42	8MESES	F	2	b	4	4	d	0	no	3	c	5	e	4	d	2	b	4	d
43	7MESES	M	2	b	1	1	a	3	c	4	d	5	e	4	d	4	d	5	e
44	8MESES	F	2	b	1	1	a	3	c	3	c	5	e	4	d	1	a	6	f
45	6MESES	M	1	a	1	1	a	1	a	3	c	5	e	4	d	3	c	6	f
46	9MESES	M	2	b	3	3	c	1	a	2	b	4	d	4	d	4	d	6	f
47	11 MESES	F	2	b	4	4	d	5	e	3	c	5	e	4	d	1	a	4	d
48	9MESES	F	2	b	1	1	a	1	a	2	b	4	d	4	d	4	d	6	f
49	12MESES	F	2	b	1	1	a	1	a	1	a	1	a	4	d	1	a	4	d
50	7MESES	F	1	a	1	1	a	3	c	3	c	4	d	4	d	1	a	6	f
51																			

Hoja1

Accesibilidad: es necesario investigar

85%

17°C

08:31

19/10/2022

ESPA

40)

X

P

W

G

E

M

X

W

E

M

W

E

M

W

E

M

W

E

M

W

E

M

E



DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo Plido Ponel Moracco Vilca
identificado con DNI 72079955 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

Nutrición Humana
informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación para la obtención de Grado
 Título Profesional denominado:

“Relación entre el nivel Socioeconómico y nivel de conocimiento en alimentación complementaria con las prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 11 meses de edad.”

” Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 30 de Marzo del 2023

FIRMA (obligatoria)



Huella



AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo Albo Peral Moroco Ulca.
, identificado con DNI 72079955 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

Obtención Humana
, informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación para la obtención de Grado

Título Profesional denominado:

"Relación entre el nivel socioeconómico y nivel de conocimiento en alimentación complementaria con las prácticas alimentarias en madres de niños de 6 a 24 meses de edad."

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 30 de Marzo del 2023

FIRMA (obligatoria)



Huella