

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA EN MADRES QUE ASISTEN Y NO
ASISTEN AL CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA
COMUNAL, SAN PEDRO – ZEPITA 2016.**

TESIS

PRESENTADA POR:

EVA ELIZABETH CANDRO QUENAYA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO - PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

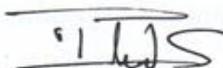
CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA EN MADRES QUE ASISTEN Y NO ASISTEN AL
CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL, SAN PEDRO
– ZEPITA 2016.

TESIS PRESENTADA POR:

EVA ELIZABETH CANDRO QUENAYA

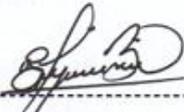
Fecha de sustentación: 29 – dic - 2016

PARA OPTAR EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN ENFERMERÍA
APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE : 
Mg. ROSA PILCO VARGAS

PRIMER MIEMBRO : 
Mg. FILOMENA LOURDES QUICAÑO DE LÓPEZ

SEGUNDO MIEMBRO: 
Mg. ANGELA ROSARIO ESTEVES VILLANUEVA

DIRECTORA DE TESIS: 
M Sc. ELSA GABRIELA MAQUERA BERNEDO

PUNO - PERÚ

2017

Área: Salud del recién nacido, del niño, del escolar y adolescente
Tema: Alimentación complementaria

DEDICATORIA

A Dios, quien estuvo conmigo en todo momento, me sustentó, me animó y me levanto, me dio ideas, fuerzas y paciencia cuando le pedí, nunca me desamparó, en todo este trayecto cuidó de mí y de mis seres queridos. No hubiera podido lograrlo sin él.

*A mi mamita **Hilda**, quien a lo largo de mi vida ha velado por mi educación y bienestar, por haberme apoyado emocional y económicamente, por la motivación constante y por todo su amor, porque me ha dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y la posibilidad de alcanzar mis objetivos.*

A mis hermanitos Jhon y Cristian, por ser mi motivación por estar siempre conmigo brindándome momentos de alegría, por su apoyo incondicional.

Con gratitud a mis maestras, por sus enseñanzas, gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales, por haberme transmitido los conocimientos y haberme guiado paso a paso en mi formación profesional.

A mis amigas y amigos, con quienes compartí momentos inolvidables durante mi formación profesional que siempre perdurarán en mi corazón, por su gran amistad.

Eva Elizabeth Candro Quenaya

AGRADECIMIENTO

Mi especial gratitud y reconocimiento:

- *A mi Alma Mater, la Universidad Nacional del Altiplano – Puno, por darme la oportunidad de formarme y realizarme como profesional.*
- *A la Facultad de Enfermería y cuerpo de docentes, por haberme acogido durante toda mi preparación profesional, a las autoridades, docentes y personal administrativo por haberme brindado su apoyo para poder desarrollar mis capacidades profesionales y así poder culminar mi preparación profesional.*
- *A mi directora de tesis M Sc. Elsa Gabriela Maquera Bernedo, asesora de tesis Lic. Teresa León Quispe, Asesor estadístico Dr. Reinaldo Paredes Quispe, por su confianza depositada en mi persona, por su orientación, exigencia y sus importantes aportes y participación activa en el desarrollo del presente proyecto de investigación, destacar su disponibilidad y paciencia.*
- *A los miembros de jurado Mg. Rosa Pilco Vargas, Mg. Filomena Lourdes Quicaño de Lopez, Mg. Ángela Rosario Esteves Villanueva; por sus sugerencias y aportes que brindaron para la culminación del presente trabajo de investigación.*
- *Al Personal del Centro de Salud Zepita I - 4, por haberme brindado las facilidades de realizar este estudio en su ámbito, así como a la Lic. Moshelein S. Solis Quispe responsable de la Estrategia de Promoción de la Salud por su gran apoyo en la ejecución de proyecto de investigación.*
- *A todas aquellas personas y/o amigos que me apoyaron con sus valiosas sugerencias en el desarrollo del estudio.*

Eva Elizabeth Candro Quenaya

ÍNDICE GENERAL

Pág.

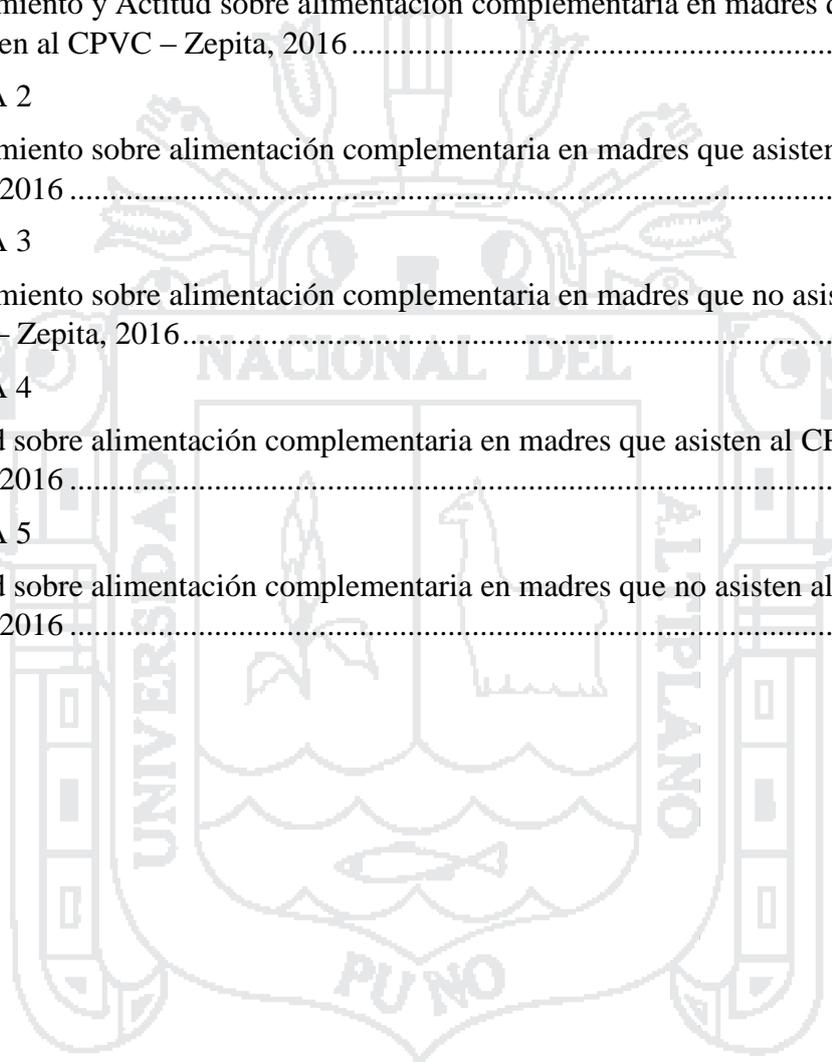
ÍNDICE DE TABLAS

ACRÓNIMOS

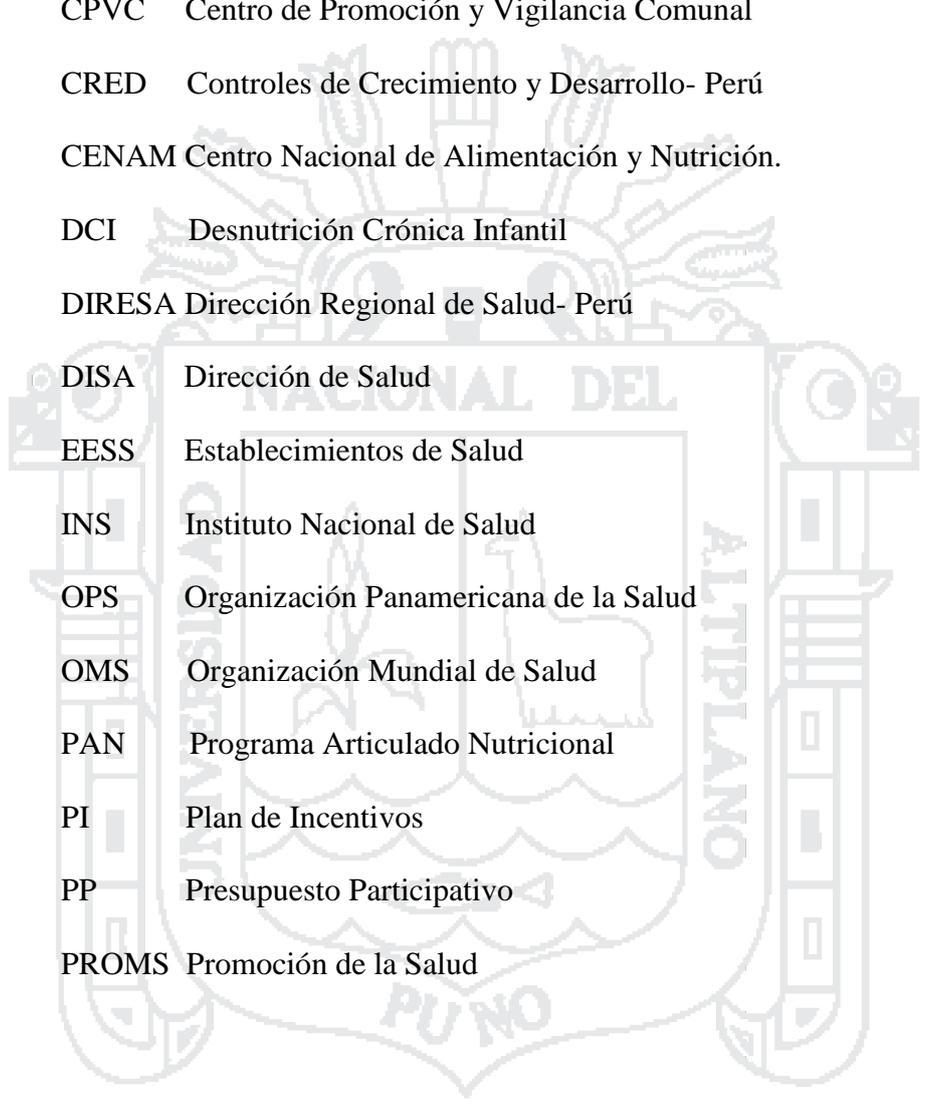
RESUMEN	8
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1 El problema de la investigación	11
1.2 Antecedentes de la investigación	13
1.3 Formulación del problema	15
1.4 Importancia y utilidad del estudio	15
1.5 Objetivos de la investigación	16
1.6 Caracterización del área de la investigación	16
II. REVISIÓN DE LITERATURA	17
2.1 Marco teórico	17
2.2 Marco conceptual	46
2.3 Hipótesis de la investigación	48
III. MATERIALES Y MÉTODO	49
3.1 Tipo y diseño de investigación	49
3.2 Población y muestra	49
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	50
3.4 Procedimiento de recolección de datos	51
3.5 Procesamiento y análisis de datos	53
IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	54
4.1 Resultados	54
4.2 Discusión	59
V. CONCLUSIONES	67
VI. RECOMENDACIONES	68
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	70
ANEXOS	74

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág
TABLA 1	
Conocimiento y Actitud sobre alimentación complementaria en madres que asisten y no asisten al CPVC – Zepita, 2016.....	54
TABLA 2	
Conocimiento sobre alimentación complementaria en madres que asisten al CPVC– Zepita, 2016.....	55
TABLA 3	
Conocimiento sobre alimentación complementaria en madres que no asisten al CPVC – Zepita, 2016.....	56
TABLA 4	
Actitud sobre alimentación complementaria en madres que asisten al CPVC – Zepita, 2016.....	57
TABLA 5	
Actitud sobre alimentación complementaria en madres que no asisten al CPVC – Zepita, 2016.....	58



ACRÓNIMOS



ACS	Agentes Comunitarios de Salud
APS	Atención Primaria de Salud
CPVC	Centro de Promoción y Vigilancia Comunal
CRED	Controles de Crecimiento y Desarrollo- Perú
CENAM	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.
DCI	Desnutrición Crónica Infantil
DIRESA	Dirección Regional de Salud- Perú
DISA	Dirección de Salud
EESS	Establecimientos de Salud
INS	Instituto Nacional de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de Salud
PAN	Programa Articulado Nutricional
PI	Plan de Incentivos
PP	Presupuesto Participativo
PROMS	Promoción de la Salud

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de comparar el conocimiento y actitud sobre la alimentación complementaria en madres de la jurisdicción del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC) San Pedro – Zepita; la población y muestra de estudio estuvo constituida por la totalidad de madres con niños de 6 a 24 meses (50 madres), de las cuales 20 son madres que asisten al CPVC, en función a ello, se eligió 20 madres que no asisten al CPVC de las 30 restantes. El estudio fue de tipo descriptivo, de corte transversal y diseño descriptivo – comparativo. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario sobre el conocimiento y la escala sobre la actitud; ambos instrumentos fueron sometidos a prueba de validación mediante Juicio de expertos y la confiabilidad mediante la prueba de concordancia de jueces, alcanzando un puntaje de 0.85 ambos instrumentos, según la prueba binomial. Los resultados muestran que del total de madres que asisten al CPVC, el 90% conocen sobre la alimentación complementaria al comparar esta cifra con el porcentaje de madres que no asisten al CPVC se encontró que solo el 20% conocen sobre la alimentación complementaria; respecto a la actitud frente a la alimentación complementaria, en madres que asisten al CPVC el 80% tiene actitud de aceptación y 20% tienen actitud de indiferencia, sin embargo en las madres que no asisten al CPVC el 70% tienen actitud de indiferencia y 30% de aceptación y no se evidencia actitud de rechazo en ninguno de los grupos de madres, se realizó la prueba estadística de T student donde la T_C fue de 2.53 > T_T fue de 1,69, se rechaza la H_0 y se acepta la H_a ; lo que significa que los promedios de conocimiento y actitud de ambos grupos son diferentes estadísticamente, siendo mejor el conocimiento y la actitud de la madres que asisten al Centro de Promoción y Vigilancia Comunal.

PALABRAS CLAVES: alimentación complementaria, conocimiento, actitud, centro de promoción y vigilancia comunal.

ABSTRACT

The present research was carried out with the objective of comparing the knowledge and attitude about complementary feeding in mothers of the San Pedro - Zepita Center for Promotion and Communal Surveillance (CPVC); The population consisted of 50 mothers and the study sample consisted of 20 mothers attending the San Pedro - Zepita Center for Promotion and Communal Surveillance (CPVC), using non - probabilistic sampling, 20 mothers were selected Do not attend CPVC. The hypothesis was: There is a difference between the knowledge and attitude of mothers who attend and do not attend CPVC; Evidencing that the mothers who attend the CPVC will have better knowledge and better attitude than the mothers who do not attend, regarding complementary feeding. The results show that of the total number of mothers attending CPVC, 90% are aware of complementary feeding. Comparing this figure with the percentage of mothers who do not attend CPVC, only 20% are aware of complementary feeding; regarding the attitude towards complementary feeding, in mothers who attend CPVC, 80% have an attitude of acceptance and 20% have an attitude of indifference. However, in mothers who do not attend CPVC, 70% have an attitude of indifference and 30 % Of acceptance and no attitude of rejection in any of the groups of mothers, it is concluded that the knowledge and attitude of both groups are statistically different, being better the knowledge and the attitude of the mothers who attend the Center for Promotion and Surveillance Communal.

KEY WORDS: complementary feeding, knowledge, attitude, promotion center and communal surveillance.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, se ha estimado que los alimentos complementarios frecuentemente son introducidos demasiado temprano o demasiado tarde y en general son nutricionalmente inadecuados e inseguros, en consecuencia se produce la desnutrición infantil que ha sido catalogada por la UNICEF como una emergencia silenciosa que genera efectos muy dañinos los que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona, la primera señal de este problema es el bajo peso, seguido por la baja talla; sin embargo ellas son solo las manifestaciones más superficiales del problema, hasta el 50% de la mortalidad infantil se origina, directa o indirectamente por un pobre estado nutricional,⁽¹⁾ siendo una de sus posibles causas de la inadecuada alimentación complementaria en el niño y niña de 6 a 24 meses (durante el destete).

Se reafirma que la alimentación complementaria es aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla, revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de la vida, es particularmente importante para el crecimiento, el desarrollo y para prevenir la desnutrición, ya que este problema ocurre durante la infancia ocasionando graves problemas de salud en las situaciones de recursos escasos.

Actualmente, la información acerca de actitudes de las madres con respecto a la alimentación de sus niños durante los 2 primeros años de vida es limitada, por lo que se conoce poco sobre por qué realizan ciertas prácticas y por qué no otras, siendo esta información la que nos ayudaría a darle un enfoque real y útil a las intervenciones educativo nutricionales que se realizan en los CPVC en busca de una mejora del estado de salud y nutrición de los niños. En el estudio realizado por Cárdenas concluyó que el 70% de las madres presentaban una actitud negativa con respecto a la ablactancia.

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La desnutrición es uno de los problemas de alcance mundial relacionado con más de la mitad de los casos de mortalidad infantil, en el Perú existe 14.2% de desnutrición crónica infantil (DCI) y 43% de anemia, en Puno existe 18.3% de desnutrición crónica y 71.9% de anemia y en la provincia de Chucuito – Juli se reporta 19.4% de desnutrición crónica y 81.4% de anemia en niños, en el distrito de Zepita se reporta 23% de desnutrición crónica y 76% de anemia, cifras que superan al promedio nacional y regional,⁽²⁾ estos indicadores grafican la realidad en la que se encuentran las niñas y niños, por lo que genera menor productividad laboral y un inferior crecimiento económico y subdesarrollo del país, lo que conlleva a costos sociales directos debido a una disminución de la habilidad cognitiva de los niños, el ingreso tardío al sistema educativo, mayor deserción escolar.⁽³⁾ La desnutrición crónica está entre los principales retos que enfrenta el país debido a la mayor mortalidad y morbilidad infantil; siendo una de sus posibles causas la inadecuada alimentación complementaria en el niño y niña de 6 a 24 meses (durante el destete) en cantidad, calidad y frecuencia, lo que se constituye en un problema infantil prioritario, pues incide en el estado nutricional del niño y niña justamente en la etapa crítica en que se completa la mayor parte del desarrollo del sistema nervioso;⁽⁴⁾ por ello estos problemas requieren urgente atención; frente a los problemas nutricionales el Estado Peruano ha ido implementando diferentes intervenciones, una de las más importantes es el Programa Articulado Nutricional (PAN), que constituye un esfuerzo multisectorial con un enfoque preventivo para reducir la desnutrición; asimismo, se implementaron herramientas para canalizar los recursos públicos desde el nivel local, regional y nacional tales como el Presupuesto Participativo (PP), Plan de Incentivos a la mejora de la Gestión y Modernización Municipal (PI) para el fortalecimiento de los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal la cual es una estrategia comunitaria que contribuye en la vigilancia del control y crecimiento del niño, mejora las prácticas saludables, incluye la detección de manera precoz de los riesgos y alteraciones para el cuidado de la salud del niño garantizando la disminución de la desnutrición crónica infantil y anemia.⁽⁵⁾

Desde el punto de vista de la Atención Primaria en Salud (APS), la educación para la salud (EPS), se entiende como un instrumento que sirve a los profesionales y a la población para controlar, mejorar y tomar decisiones con respecto a su Salud o enfermedad por lo que se debe brindar una buena educación a la madre en el periodo de ablactación ya que una falta de conocimiento sobre el tema de alimentación complementaria puede generar algunas consecuencias posteriores que afecten al niño⁽⁶⁾ como la desnutrición infantil, que continúa siendo un grave problema para el país, a pesar de haberse implementado una serie de programas para combatirla,⁽¹⁾ en el Distrito de Zepita en el año 2015 se realizaron 12 sesiones demostrativas en alimentación complementaria, además que el estado peruano ha venido invirtiendo en Zepita en el año 2015 S/.447.383.00 por el plan de incentivos a la mejora de gestión y modernización municipal, puesto que no se encontró estudios de investigación en CPVC a nivel local, se estima por tanto que el conocimiento y actitud de la madre deben ser mejor frente a la alimentación complementaria.

El conocimiento de la madre sobre las necesidades nutricionales constituye la base teórica indispensable para determinar la alimentación ideal de un individuo en cualquier periodo de vida y en diferentes condiciones ambientales, donde a su vez desarrollara actitudes de aceptación o rechazo, determinando conductas que intervendrán de alguna manera en optar por decisiones y comportamientos que irán en dirección a favor o en contra de la adecuada alimentación complementaria. Actualmente se desconoce la influencia que ejercen los CPVC en el conocimiento y actitud de las madres respecto a la alimentación complementaria, se observó el vacío de este tipo de pesquisa que aborde la problemática mencionada en los CPVC.

Durante las prácticas pre-profesionales en la asignatura de “Enfermería en salud familiar” e “Internado comunitario”; al valorar el estado de salud de las familias; al interrogar a las madres, informan lo siguiente: “no tenemos suficiente tiempo para darle su comidita cada rato”, “mi niño come bastante en las mañanas”, “come con sus hermanitos en el cuarto, mirando tele”. Por lo que surgieron algunas interrogantes sobre: ¿Cuánto conocen y que actitud tienen las madres sobre la alimentación complementaria?

Es probable que la madre, no tenga el comportamiento o actitud de aceptación frente a la alimentación complementaria, ni conozcan sobre la adecuada

alimentación complementaria, sabiendo que la madre es el soporte social que vela el desarrollo del niño.

1.2 ANTECEDENTES

Desde el punto de vista de la Atención Primaria en Salud (APS), la educación para la salud (EPS), se entiende como un instrumento que sirve a los profesionales y a la población para controlar, mejorar y tomar decisiones con respecto a su Salud o enfermedad por lo que se debe brindar una buena educación a la madre en el periodo de ablactación ya que una falta de conocimiento sobre el tema de alimentación complementaria puede generar algunas consecuencias posteriores que afecten al niño ⁽⁶⁾ por lo que desde el año 2012 se implementaron en el país los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC) bajo la dirección de los Establecimiento de Salud con el objetivo de potenciar la implementación de municipios y comunidades saludables frente a la desnutrición crónica infantil en los cuales se realizan acciones de promoción de la salud orientada al mejoramiento de las prácticas saludables y la generación de entornos favorables para propiciar un adecuado crecimiento y oportuno desarrollo. ⁽⁷⁾

Se conoce lo siguiente:

A nivel Internacional se encontró un estudio en Guatemala – 2014, en el cual se identificó que el 63.63% de las madres desconocen la edad a la que se inicia la introducción de otros alimentos aparte de la lactancia materna, el 36.36% tienen conocimientos respecto a la edad de inicio, pero tienen un nivel bajo de conocimiento sobre la consistencia, la cantidad y frecuencia de los alimentos, el 85% indicaron que la consistencia del alimento al momento del inicio de la alimentación complementaria era machacado y un 15% indico que le daba papilla, sin embargo, el 85% de las madres de los niños (as) entre 6 meses a 1 año no conocen la edad en que se recomienda dar comida machacada y la edad que se recomienda dar en papilla al niño. ⁽⁸⁾

A nivel nacional en Trujillo – 2013, se concluyó que el 67.6% de madres presentan inadecuado nivel de conocimiento sobre nutrición infantil ⁽⁹⁾ y en Chiclayo el año 2014 se encontró que el nivel de conocimiento de las madres en el pre test, fue de nivel bajo con un 3.3%, mientras que el 53.3% y 43.3% obtuvieron

un nivel de conocimiento Medio y Alto respectivamente; las actitudes de las madres sobre alimentación complementaria de niños de 6 – 24 meses, en el pre test, fue 66.7% mostraron actitudes adecuadas; después de la aplicación del mismo programa educativo, el 93.3 % de las madres mostraron actitudes adecuadas.⁽¹⁰⁾

En Lima en el 2011 se realizó un estudio con el objetivo fue identificar los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria como resultados el 55% de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% desconocen. En cuanto a las prácticas 61 % tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% tienen prácticas inadecuadas se concluyó que la mayoría de las madres que acuden al centro de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria.⁽¹¹⁾

En Lima en el 2004, se realizó un estudio sobre “Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas Santa Anita. 2004”, el cual los resultados encontrados entre otros, fueron: “El 70 % de las madres tienen actitudes de indiferencia hacia el inicio de la alimentación complementaria, la consistencia de los alimentos, tipos de alimentos, finalización de lactancia materna exclusiva, frecuencia de la alimentación y tiempo especial para alimentar a sus hijos. El 100 % de las madres tienen una actitud de aceptación hacia la higiene de los alimentos.”⁽¹²⁾

Un estudio realizado en la Libertad en el Puesto de Salud del Asentamiento Humano Huáscar distrito de Jequetepeque, con la finalidad de determinar la efectividad del programa educativo “Aprendiendo a alimentar a mi niño” en el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria en el lactante. Los resultados obtenidos fueron: Antes de la aplicación del programa educativo los resultados muestran un 45 por ciento de madres obtuvo un nivel de conocimiento medio. Después de la aplicación del programa educativo, en el Post test el cual 75% presentaron un nivel de conocimiento alto. Al comparar los valores podemos rechazar la hipótesis nula, el programa educativo fue efectivo

porque la hipótesis planteada fue aceptada, al mejorar el nivel de conocimiento materno un 50% sobre alimentación complementaria del lactante. ⁽¹³⁾

A nivel Local en Atuncolla - Puno en el año 2013, el 42.9% de niños de 6 meses, 47.1% de niños de 7 y 8 meses reciben alimentos de consistencia inadecuada, el 28.6% de niños de 6 meses de edad, 58.8% de niños de 8 a 9 meses y 42.3% de niños de 9 a 11 meses que recibieron alimentos en cantidad inadecuada, el 42.9% de niños de 6 meses de edad, 64.7% de 7 a 8 meses y 38.5% de niños de 9 a 11 meses que recibieron alimentos con frecuencia inadecuada⁽¹⁴⁾; en Cabana – Juliaca en el mismo año, los resultados antes de las sesiones demostrativas la mayoría de madres presentaban prácticas deficientes en todos los aspectos observados, después de las sesiones demostrativas el 87.5% de madres tuvo practicas adecuadas sobre la consistencia, frecuencia del alimento y el 75% sobre cantidad e higiene, elección combinación y conservación del alimento.⁽¹⁵⁾

Queda por investigar el conocimiento y actitud, comparando resultados de madres que asisten y no asisten al CPVC.

1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el conocimiento y actitud sobre alimentación complementaria en madres que asisten y no asisten al Centro de Promoción y Vigilancia Comunal, San Pedro – Zepita 2016?.

1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

Los resultados constituirán una fuente de información y de conocimiento para fortalecer, mejorar y/o corregir estrategias de intervención dirigidas a madres con niños de 6 a 24 meses, así mismo orientar las actividades de promoción con el fin de promover la introducción adecuada de la alimentación complementaria, el conocimiento y la actitud repercutirá en la mejorara de las prácticas de alimentación; que la madre brinde al niño para el mejoramiento de su nivel nutricional, previniendo complicaciones en su crecimiento y desarrollo cognitivo, emocional y social, a su vez generar una actitud de aceptación y promover la participación activa de las madres con niños de 6 a 24 meses.

También permitirá identificar la efectividad de los centros de promoción de vigilancia comunal respecto a la alimentación complementaria, servirá como

punto de partida para que futuras generaciones de la facultad de enfermería se motiven en realizar diferentes estudios de investigación en CPVC. Y finalmente, contribuirá en el área de investigación de enfermería, pues se observó el vacío de este tipo de pesquisa que aborde la problemática mencionada.

Asimismo este trabajo de investigación es importante porque la responsabilidad del profesional de la salud y en especial enfermería sobre el aspecto de nutrición cada vez es mayor debido a su repercusión del crecimiento y desarrollo del niño; por tanto la labor docente es indispensable en proporcionar a las madres las mejores herramientas para garantizar una correcta alimentación de los niños, que muchas veces están expuestos y vulnerables a diversidad enfermedades cuando no presentan una buena nutrición.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

Comparar el conocimiento y actitud de las madres que asisten y no asisten al Centro de Promoción y Vigilancia comunal, San Pedro Zepita.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Evaluar el de conocimiento sobre la alimentación complementaria en madres que asisten al CPVC.
2. Evaluar el de conocimiento sobre la alimentación complementaria en madres que no asisten al CPVC.
3. Identificar la actitud frente a la alimentación complementaria en madres que asisten al CPVC.
4. Identificar la actitud frente a la alimentación complementaria en madres que no asisten al CPVC.

1.6. CARACTERIZACIÓN DE ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Área de crecimiento y desarrollo del niño.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1.MARCO TEÓRICO

2.1.1. *CONOCIMIENTO*

El conocimiento se define como datos concretos sobre lo que se basa una persona para decidir lo que debe o puede hacer ante una situación determinada, aunque ello no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona tome conciencia de las razones para adoptar o modificar una determinada conducta.

Es así que el conocimiento es la suma de hechos y principios y se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias, aprendizaje del sujeto originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de la persona.⁽¹⁶⁾ Estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y aptitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a menudo que aumenten los conocimientos aunada con la importancia que se le dé a lo aprendido y se lleve a cabo básicamente a través de dos formas:

❖ **Conocimiento Ordinario o Informal:**

Son los conocimientos adquiridos en la vida cotidiana, a través de la experiencia que tiene una persona al realizarse con el mundo durante toda su vida social y que son captados por los sentidos. Este conocimiento se manifiesta a través de un lenguaje simple y natural. Es por este sistema que las personas aprenden sobre su proceso salud – enfermedad y suelen complementarlo a su vez con otros medios como periódicos, volantes relatos y revistas de publicaciones en general.

❖ **Conocimiento Científico o Formal:**

Son aquellas representaciones verdaderas que pueden ser probadas y contrastadas científicamente por tener una base teórica en libros ya existentes dentro de nuestra vida social. Se manifiesta a través de un lenguaje más complejo. Estos conocimientos son brindados por los centros educacionales donde se organiza como conocimiento científico, considerándose como un sistema dinámico que interactúa con una serie de elementos como la teoría, práctica, investigación y educación. Estos conocimientos son a su vez dentro de su programación, programas de carácter

cultural o científico brindados por profesionales o especialistas en un tema específico, siendo el conocimiento un proceso de evaluación permanente ⁽¹⁷⁾.

El ser humano aprende a través del conocimiento, de esta manera se puede definir al aprendizaje como la adquisición de información codificada bajo la forma de conocimientos, creencias, etc. Este proceso le permite al sujeto descubrir las relaciones existentes entre los eventos de su entorno, los cuales al asimilarse generan un cambio de conducta. ⁽¹⁸⁾ Caracterizándose a la interacción del sujeto que aprehende al objeto “como aprendizaje”; por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de quien aprende. Estos cambios se pueden observar en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a medida que aumentan los conocimientos aunada con la importancia que se le dé a lo aprendido. ⁽¹⁹⁾

2.1.1.1. *Medición del conocimiento:*

La evaluación del conocimiento es el proceso consensado y permanente de técnicas y resultados, a través del cual se observa, recoge y analiza información, respecto del proceso de aprendizaje, con la finalidad de reflexionar, emitir juicios de valor y tomar decisiones pertinentes y oportunas para optimizarlo. Su objetivo son las capacidades, conocimientos, valores y actitudes; es procesal, es decir continuo, sistemático y participativo y flexible; toda actividad de evaluación es un proceso que se da en tres etapas ⁽²⁰⁾.

- Recojo de información, que puede ser o no instrumentada.
- Análisis de esta información y juicio sobre el resultado de su análisis.
- Toma de decisiones de acuerdo con el juicio emitido con la finalidad de mejorar el aprendizaje cuando aún se está a tiempo.

2.1.1.2. *Clasificación del conocimiento:*

❖ **Conoce:** Conocer es un acto, es decir, una acción que realiza alguien (un sujeto). Por tanto, el conocimiento no implica pasividad, sino actividad. Conocer es, básicamente, poseer cosas. Quien conoce gana algo. Ahora bien, no se trata de una posesión real, sino intencional. Poseer intencionalmente es un modo especial de poseer que se distingue de la posesión material y que

remite a algo externo a nosotros mismos.

De ahí que conocer sea una necesidad fundamental para el ser humano ya que a partir del conocimiento la persona puede orientarse, decidir y actuar.

- ❖ **Desconoce:** La palabra desconocer presenta dos usos bastante frecuentes en el lenguaje corriente, por un lado, implica la ignorancia que se tiene respecto de algo, de alguien, una verdad, un hecho, una situación, entre otras opciones. Cabe destacar, que el desconocimiento se debe a la falta de interés que presenta una persona a la hora de reunir mayores conocimientos respecto de algo, en tanto, en este caso el desconocimiento en cuestión debe ser cuestionable; o en su defecto, puede deberse a la inaccesibilidad del conocimiento en cuestión, lo cual no conlleva de ningún modo una responsabilidad de la persona por desconocer, sino que en realidad desconoce porque no puede acceder a tal o cual conocimiento.

En tanto, el concepto de desconocer se opone directamente al de conocer, el cual implica el disponer de una acabada idea acerca de las cosas y de las personas o la capacidad de penetrar a partir de las facultades intelectuales, el origen, las características y las condiciones que presentan las cosas y las personas. Cuando alguien sabe percibir satisfactoriamente aquellas circunstancias imprescindibles de las cosas estará conociendo y por tanto dejando de lado el desconocimiento que imperaba.

2.1.2. ACTITUDES

El estudio de las actitudes resulta muy relevante para la comprensión de la conducta social humana por diversas razones, algunas de las cuales se mencionan a continuación. En primer lugar, las actitudes son relevantes a la hora de adquirir nuevos conocimientos ya que las personas asimilan y relacionan la información que reciben del mundo en torno a dimensiones evaluativas. Segundo, las actitudes desempeñan una serie de funciones imprescindibles a la hora de buscar, procesar y responder, no sólo a la información sobre el entorno, sino también a la relacionada con uno mismo. En tercer lugar, las actitudes guardan una estrecha relación con nuestra conducta y, por tanto, el mayor y mejor conocimiento de las actitudes permitirá realizar predicciones más exactas sobre la conducta social humana y sobre sus cambios. Es decir, las actitudes

influyen sobre la forma en que piensan y actúan las personas. En cuarto lugar, las actitudes permiten conectar el contexto social en el que vivimos con la conducta individual o, dicho de otro modo, nuestras actitudes reflejan la interiorización de los valores, normas y preferencias que rigen en los grupos y organizaciones a los que pertenecemos. De hecho, distintos grupos sociales pueden ser distinguidos entre sí por las actitudes diferenciales que hacia determinadas cuestiones o asuntos comparten los individuos que los forman.

Se considera a la actitud como el vínculo existente entre el conocimiento adquirido y el sentimiento que provoca en el individuo, con la acción que realizará en el presente y futuro. Las actitudes de una persona están muy determinadas por su sistema de valores. Por lo tanto la actitud es más bien una motivación social antes que una motivación biológica.

Las actitudes según Moscovici: Son definidas como “el conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento”, orientados hacia las personas, agrupaciones, ideas, temas o elementos determinados.

Según (Fishbein y Ajzen, 1975, Oskamp 1991) la actitud es una predisposición organizada para sentir, percibir y comportarse hacia un referente, es aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante una situación. Es decir, las actitudes se aprenden, se adquieren con la experiencia diaria, por otro lado, las actitudes se crean a través de los demás, del aprendizaje social, por medio de la interacción con los otros o de la observación de sus comportamientos, por otro lado, se pueden establecer a través de la comparación social ⁽²¹⁾.

La actitud que es la disposición mental particular, hacia una práctica planteada puede ser positiva, neutra o negativa. Las actitudes positivas, se manifiesta en predisposiciones efectivas acordes a las circunstancias, las negativas en relación a un desacuerdo con las experiencias y las neutras, con una especie de indiferencia. En la actitud influye las motivaciones, las experiencias pasadas, la voluntad, la inteligencia, las emociones, lo congénito, el ambiente y lo cultural, puesto que somos una unidad bio-psicosocial.

- De estas formas las actitudes se adquieren:

- Por condicionamiento instrumental, es decir, por medio de los premios y castigos que recibimos por nuestra conducta.
- Por modelado o imitación de otros.
- Por refuerzo vicario u observación de las consecuencias de la conducta de otros.
- En este apartado vamos a examinar con más detalle alguno de los procesos a través de los cuales se forman las actitudes organizados alrededor de los componentes de las actitudes. Como ya hemos mencionado, las actitudes se organizan en torno a tres componentes, denominados, en función del tipo información que contienen, componente cognitivo, componente afectivo y componente conductual. Los tres tipos de información juegan un papel importante en la formación y desarrollo de las actitudes, tal y como se expone a continuación ⁽²¹⁾.

Diversos autores como Ainsworth (1969) coinciden en clasificar a las actitudes en tres dimensiones o componentes.

- ❖ **Componente Cognitivo:** Consiste en creencias, valores y estereotipos que tiene el individuo acerca de un objeto determinado, sus conocimientos son siempre juicio de valor, entonces implican una valoración positiva o negativa.
- ❖ **Componente Emocional:** Se refiere a los sentimientos o emocional es vinculado a un determinado objeto que acompaña en mayor o menor grado de actitud, por ejemplo. Odio – amor, gusto-disgusto, admiración – desprecio.
- ❖ **Componente Conductual:** Implica toda inclinación de actuar o reaccionar de una manera determinada ante el objeto de dicha actitud ⁽¹⁷⁾.

Para que la alimentación complementaria tenga éxito, dos factores son cruciales: motivación de la madre en la alimentación de su hijo. La primera está relacionada con las actitudes y creencias de la mujer y su nivel de información, el apoyo que reciben de familiares y amigos, sus planes de trabajo y sus experiencias previas sobre la alimentación complementaria.

2.1.2.1. *Medición de las actitudes*

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

respecto al objeto. Las actitudes son factibles de ser medidas mediante la escala de Likert que implica sumar los resultados de un conjunto de enunciados a los cuales los informantes deben asignar un grado de concordancia o discordancia.

Las escalas constituyen el método de captación de datos que más se utilizan en la esencia de comportamiento. Entre las propiedades que forman parte de la medición, destacan la direccionalidad e intensidad.

A. Escala De Likert.

Esté método fue desarrollado por Rensis Likert, consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada afirmación se pide al sujeto que externar su reacción eligiendo uno de los 5 puntos o categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico; así el participante obtiene una puntuación respecto de la afirmación y al final su puntuación total. Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo. El objeto de actitud puede ser cualquier cosa física y deben expresar sólo una relación lógica, además es muy recomendable que no excedan de 20 palabras.

En este caso la afirmación incluye a palabras y expresa una sola relación lógica. Las alternativas de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuántos están de acuerdo con la afirmación correspondiente. Debe recordarse que a cada una de ellas se le asigna un valor numérico y sólo puede marcarse una opción. Se considera un dato inválido a quien marque dos o más opciones.

B. Aplicación de la Escala sobre la actitud.

Existen dos formas básicas de aplicar una escala Likert.

- **La entrevista:** un entrevistador lee las afirmaciones y alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que éste conteste. Cuando se aplica vía entrevista, es necesario que se le entregue al entrevistador una tarjeta donde se muestran las alternativas de respuesta o categorías.

Al construir una escala Likert debemos asegurar que las afirmaciones y alternativas de respuesta serán comprendidas por los sujetos a los que se les aplicará y que éstos tendrán la capacidad de discriminación requerida.

2.1.2.2. Tipos de actitudes

La actitud puede clasificarse de la siguiente manera:

- A. Aceptación.- Consiste en “estar de acuerdo” con lo que se realiza, es decir, el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia el objeto; generalmente está unido con los sentimientos de apoyo, estimulación, ayuda y comprensión, lo cual predispone a la comunicación y la interacción humana.
- B. Indiferencia.-Es un sentimiento de apatía, el sujeto está desaliento, desilusionado, decepcionado, en contrariedad, ver con irresolución, tomar al objeto con consternación, impotencia, desesperación, agobio, pereza ante el objeto que mueve la actitud, no se acepta ni se rechaza, prevalece el desinterés y en muchos casos el disgusto
- C. Rechazo.- Es cuando el sujeto evita el objeto, motivo de la actitud, se presenta el recelo, la desconfianza y en algunos casos la agresión y frustración que generalmente lleva a la persona a un estado de tensión constante; no mostrar tolerancia, no permitir, ni admitir, no estar conforme con el objeto que mueve a esta actitud ⁽²¹⁾.

2.1.3. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Según la OMS: La alimentación complementaria son todos aquellos alimentos diferentes de la leche materna que se ofrecen al lactante, una vez ésta no es suficiente como único alimento para cubrir sus requerimientos nutricionales. Esta no debe ser entendida como suspensión del amamantamiento, por el contrario, la alimentación al pecho debe continuarse hasta los 2 años de vida, porque sigue siendo un alimento de excelente calidad, debe ofrecerse antes de brindarle alimentos complementarios al bebé, ya que así, no se desplaza este alimento tan importante para el niño y se asegura la permanencia de la lactancia materna a pesar de la alimentación complementaria. ⁽²²⁾.

2.1.3.1. Fundamentos para la alimentación complementaria

La necesidad de iniciar una alimentación complementaria obedece a una serie de factores funcionales, nutricionales, educacionales y socioeconómicos.

La AC asegura un aporte nutricional adecuado cuando ya la LM y/o la FA no son suficientes para un buen crecimiento del lactante, y se debe iniciar teniendo en cuenta, además, otros factores, como la capacidad funcional del niño y el contexto sociocultural en el que se desarrolla.

❖ Aspectos nutricionales

Desde el punto de vista nutricional, a partir de los 6 meses de vida, la LM exclusiva y la FA resultan insuficientes para cubrir una serie de requerimientos en el lactante sano, principalmente: energía, proteínas, hierro, cinc y vitaminas A y D(4), por lo que deben aportársele a través de otros alimentos. Estas necesidades constituyen la razón fundamental para el inicio de la AC.

❖ Aspectos funcionales

Alrededor de los 4 meses de vida, tanto la función gastrointestinal como la renal han alcanzado el grado de maduración necesario para metabolizar alimentos diferentes de la leche. Alimentación complementaria en el lactante.

Se considera alimentación complementaria, al aporte de cualquier alimento líquido, semilíquido o sólido distinto de la leche materna o de la fórmula adaptada, que se inicia gradualmente a los 6 meses, por razones, principalmente, nutricionales.

Neurológicamente, a partir de los 6 meses, el lactante va adquiriendo una serie de habilidades motoras que le permiten sentarse y recibir alimentos con cuchara, y alrededor de los 7-8 meses puede masticar y deglutir pequeñas cantidades de alimentos semisólidos que se le irán ofreciendo cada vez menos triturados. Es conveniente no retrasar esta práctica más allá de los 10 meses, salvo excepciones, como los grandes prematuros, ya que puede aumentar el riesgo de alteraciones de la masticación en etapas posteriores.

❖ Aspectos educacionales

A través de la diversificación alimentaria, se estimula en el lactante la masticación y la deglución y se le enseña a acostumbrarse a los nuevos sabores y consistencias de los diferentes alimentos. A partir de los 6 meses, empieza a desarrollar preferencias y la capacidad de autorregulación de la ingesta, expresando con gestos su desinterés o saciedad.

❖ Aspectos socioeconómicos

La incorporación de la madre al trabajo, el tiempo disponible de los padres, el nivel adquisitivo familiar, la cultura de los padres y el ámbito rural o urbano, son algunos de los aspectos socioeconómicos que influyen tanto en el inicio como en la composición de la AC.

2.1.3.2. *Los aspectos prácticos que deben considerarse en el proceso de implementación de la alimentación complementaria son:*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la alimentación complementaria debe ser suficiente, dicho en otra forma los alimentos deben ser administrados al niño en cantidades, frecuencia, consistencia y variedad adecuadas, con el objetivo de cubrir las necesidades nutricionales del niño, sin abandonar la lactancia materna. Además, sugiere que los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras, minimizando el riesgo de contaminación.

El Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) dependiente del Instituto Nacional de Salud (INS) del Ministerio de Salud (MINSA), a través de su equipo técnico, consultores y de los equipos de trabajo de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS), realizaron el levantamiento de líneas basales en seis direcciones regionales de salud, donde se estableció lineamientos de nutrición de la niño o niño de 6 a 24 meses, donde se toma los siguientes aspectos:

- **Inicio de la Alimentación Complementaria**

A partir del sexto mes el niño deberá iniciar la alimentación complementaria, por que alrededor del 6to mes los músculos y nervios de la boca se desarrollan suficientemente para masticar, los niños de esta edad controlan mejor la lengua, pueden mover mejor la mandíbula, empiezan a salir los dientes.

Sin embargo cabe resaltar que la alimentación complementaria no se puede introducir antes de los 4 meses ni después de los seis meses, esta práctica es riesgosa en tanto el niño aún no ha desarrollado por completo la capacidad de digerir alimentos diferentes a la leche materna. Su sistema inmunológico aún no ha madurado y requiere fortalecerse a través de las inmunoglobulinas proporcionadas también por la leche materna. El riesgo de iniciar la alimentación del niño después de los seis meses es precisamente no cubrir sus requerimientos nutricionales e iniciar un proceso lento de desnutrición que será evidente más adelante, además de desarrollar alergias a partir del inicio precoz de la alimentación complementaria es alto. Por otra parte, el alimento puede convertirse en vehículo de infecciones si no ha sido preparado en forma segura y

si esto se produce cuando el niño se encuentra muy pequeño e indefenso las consecuencias pueden ser mayores.

- **Consistencia de la alimentación complementaria**

La introducción de alimentos sólidos o semisólidos puede llevarse a cabo siempre que el sistema nervioso y el tracto gastrointestinal puedan responder adecuadamente a la secuencia de: Masticación-deglución-digestión-absorción.

Alrededor del 6to mes los músculos y nervios de la boca se desarrollan suficientemente para masticar. Los niños(as) a esta edad controlan mejor la lengua, pueden mover la mandíbula hacia arriba y hacia abajo, empiezan a salir los dientes, llevan cosas a su boca y están interesados en conocer nuevos sabores.

Todo ello les da la madurez para recibir alimentos de consistencia más densa, proporcionados en una cucharita. Alrededor de los 8 meses la niña o niño intenta tomar los alimentos con sus manos y también con la cuchara, iniciándose la autonomía de su alimentación, por lo que hay que estimularla. Alrededor del año está capacitado para comer por sí solo, los mismos alimentos que consumen el resto de la familia, evitando aquellos que puedan causar atragantamientos, ya sea por su forma y/o consistencia (uvas, zanahoria cruda, entre otros).

Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, gaseosas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio, las preparaciones espesas como purés o mazamorra, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las necesidades nutricionales de la niña o niño. La alimentación complementaria se preparará con alimentos disponibles en la olla familiar apropiados para su edad. A los 6 meses, se iniciará con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamorras o purés; entre los 7 y 8 meses, se dará principalmente alimentos triturados en las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente, entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.

Gradualmente se incrementará la consistencia y variedad de los alimentos que se le ofrezcan, adaptándolos a sus requerimientos y habilidades desarrolladas según su edad.

- **Frecuencia de la alimentación complementaria**

La capacidad gástrica del niño es pequeña, pero sus requerimientos en macro y micronutrientes son altos por su actividad diaria y por los requerimientos propios de la etapa de crecimiento y desarrollo. La alimentación complementaria deberá distribuirse en varios tiempos de comida, que se irán incrementando gradualmente conforme crece y desarrolla la niña o niño según su edad, sin descuidar la lactancia materna. De esta manera también se logrará que poco a poco se vaya integrando y participando del horario de comidas tradicional de su entorno familiar.

A los 6 meses, empezara con 2 comidas al día y la lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8, se aumentara a 3 comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 y 11 meses, además de las 3 comidas principales deberá recibir una entre comida adicional y su leche materna; y, finalmente entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedara establecida en 3 comidas principales y 2 entre comidas adicionales, además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

- **Cantidad necesaria de alimentos**

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

A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a ½ taza (100gr o 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a ¼ taza (150gr o 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales; y, finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200gr o 7 a 10 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales.

- **Combinación de los alimentos**

La monotonía en la dieta y la falta de variación y combinación de alimentos, son factores de riesgo de desnutrición o sobrepeso en los niños.⁽²³⁾

Las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas (menstras), alimentos de origen

animal, tubérculos, verduras, lácteos, (derivados) y frutas, teniendo en cuenta la disponibilidad en la zona de residencia.

Debido al crecimiento desarrollo rápido durante los primeros 2 años de vida, las necesidades de nutrientes por unidad de peso de los niños(as) son muy altas. La leche materna puede contribuir sustancialmente al consumo de nutrientes entre 6 y 24 meses, sobretodo en proteínas y vitaminas. Sin embargo, su aporte es relativamente bajo en algunos minerales como el hierro y el zinc aun teniendo en cuenta su biodisponibilidad.

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

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

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

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

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

crecimiento. Los alimentos de origen animal fuentes de vitamina A son el hígado y carnes.

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

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

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

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

Características de las combinaciones de alimentos

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

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

Características de algunos alimentos:

- **Los cereales.-** Se pueden ofrecer en las tomas del día que corresponden al desayuno y la cena, agregando uno o dos cacitos a la leche en el biberón y aumentando paulatinamente hasta obtener una consistencia de papilla que pueda darse con cuchara. El alto contenido en carbohidratos de los cereales supone un importante aporte energético. Se pueden ofrecer también otros alimentos que aportan cereales, como: sémola, arroz, copos de avena, fideos, etc.
- **Frutas y verduras.-** En general, las frutas y verduras pueden comenzar a formar parte de la dieta, de manera progresiva, a partir de los 6 meses de vida.

Deben prepararse peladas para evitar o limitar el aporte de celulosa y hemicelulosa presentes en la cubierta externa y así no sobrepasar los 5 g/día de fibra alimentaria recomendados durante el primer año de vida, evitando que el exceso de fibra pueda interferir con la absorción de micronutrientes, como el hierro y el cinc. Las frutas, además de celulosa, aportan: agua, sacarosa, vitaminas, sobre todo vitamina C, y minerales. Deben ofrecerse maduras para una mejor digestibilidad, y trituradas formando una papilla que se dará con cuchara, habitualmente en la merienda. Se puede comenzar con frutas aisladas o mezclando 3 o 4 frutas para variar el sabor, vigilando tolerancia. Se recomienda posponer hasta el año la introducción de algunas frutas potencialmente alergénicas (melocotón, fresas, kiwi) debido a su capacidad de liberar histamina.

La fruta puede darse también en forma de zumos naturales recién elaborados, que contienen todos los nutrientes excepto la fibra dietética, y que por su contenido en vitamina C pueden incrementar la biodisponibilidad del hierro presente en otros alimentos vegetales cuando se administran en una misma comida. Los zumos deben ofrecerse con cuchara, para evitar el riesgo de caries y erosión dental con el biberón y, además, en pequeñas cantidades, para impedir que reemplacen la ingesta de leche o que interfieran con la aceptación de otros alimentos de más valor nutritivo.

En cuanto a las verduras, aportan agua, proteínas vegetales, celulosa,

vitaminas y minerales. Se pueden dar frescas o congeladas, cocidas al vapor o hervidas en poca cantidad de agua y durante menos de 10 minutos para minimizar las pérdidas de vitamina C y de minerales. Además, durante la cocción debe taparse el recipiente para evitar que aumente en el agua la concentración de nitritos. Las verduras se ofrecen en forma de puré, de textura gradualmente menos fina para estimular la masticación. Se puede añadir un poco de aceite de oliva (ácido oleico) en crudo al puré ya elaborado, según el estado nutricional del niño. No es preciso añadir sal. El puré de verduras se debe ofrecer todos los días, a la hora de la comida, y más adelante, alrededor de los 10-11 meses, puede ofrecerse también en la cena, sustituyendo 1-2 veces por semana a los cereales, y complementado siempre con lácteos hasta cubrir los 500 ml de leche al día que garanticen un aporte adecuado de calcio para el crecimiento.

Es recomendable evitar al principio las verduras flatulentas (coliflor, repollo) y las que contienen sustancias sulfuradas (ajo, cebolla, espárragos) responsables de sabores fuertes, ya que pueden resultar desagradables para el niño.

Algunas verduras (remolacha, espinacas, zanahorias en gran cantidad, acelgas, nabos...), por su alto contenido en nitratos, pueden ocasionar metahemoglobinemia en lactantes pequeños, debido a una baja acidez gástrica que permite la proliferación de bacterias reductoras de nitratos en nitritos, así como a una disminución fisiológica de la enzima metahemoglobina reductasa. Por esta razón, es aconsejable ofrecerlas sobre los 10-12 meses, si bien es cierto que en pequeñas cantidades se pueden dar antes, una vez iniciada la AC, siempre que la preparación y conservación sean las adecuadas. Como medidas preventivas, se recomienda que, una vez preparado, el puré de verduras sea conservado en la nevera y consumido dentro de las 24 horas siguientes a su preparación, o bien, congelarlo inmediatamente tras su elaboración, ya que la exposición ambiental por más de 12 horas y la conservación en nevera durante más de 48 horas, pueden aumentar la formación de nitritos. Asimismo, se recomienda almacenar las verduras en un sitio fresco y con poca luz para evitar la proliferación bacteriana y cambios en

la composición que afecten sus propiedades nutritivas.

❖ **Carne**

Debido al riesgo de carencia de hierro en niños con LM exclusiva a partir de los 6 meses, es recomendable iniciar cuanto antes el aporte de carne (pollo, pavo, ternera, vaca y, más adelante, cordero y cerdo), ya que constituye una importante fuente de hierro. Las carnes, además de hierro, contienen proteínas de alto valor biológico grasas en dependencia con el origen animal y vitaminas, principalmente B12. El valor nutritivo de la carne blanca es similar al de la carne roja. Se recomienda introducirla en cantidades pequeñas y progresivas, a diario, hasta llegar a 40-60 g de carne por ración y día, añadida al puré de verduras.

Es preferible retrasar otros alimentos cárnicos, como las vísceras (hígado, sesos) hasta los 12-15 meses; pues aunque ofrecen un elevado aporte de hierro, proteínas y vitaminas, algunas tienen el inconveniente de un alto contenido en grasas y colesterol y, en ocasiones, pueden ser portadores de parásitos y sustancias tóxicas por manejo inadecuado del ganado. No obstante, hay quienes consideran que pequeñas cantidades de hígado en el último trimestre ofrecen beneficios nutricionales a los lactantes y niños pequeños.

❖ **Grasas y Aceites**

Dentro de la alimentación "las grasas y los aceites" cumplen una función muy importante. Con el término "grasa" se designan todas las grasas sólidas, y por aceite a las grasas líquidas a temperatura ambiente; siendo ambos nutrientes los representantes más importantes de los lípidos en la alimentación. Las grasas y aceites representan la fuente principal de energía procedente de los alimentos, garantizan la absorción y transporte de las vitaminas A, D, K, E, y de sustancias con actividad antioxidante, como los carotenoides y compuestos fenólicos, que se encuentran disueltas en ellas.

Durante los primeros dos años de vida, la grasa debe ser vista también en su función estructural, pues provee los ácidos grasos y el colesterol necesario para formar membranas celulares en todos los órganos. Más aún, órganos importantes como son la retina del ojo y el sistema nervioso

central están constituidos predominantemente por grasas. Gran parte de las grasas necesarias para la formación de estos tejidos está constituida por ácidos grasos esenciales, que no pueden ser sintetizados por el organismo y deben ser aportados por la dieta. En cambio, el colesterol y las grasas de depósito que constituyen la reserva energética pueden ser fabricados por nuestro cuerpo a partir de carbohidratos o aun de proteína, si no se dispone de otra fuente de carbono.

- Grasas de origen animal.

Son las grasas extraídas de cualquier tipo de animal por ejemplo del cerdo o la res, la piel del pollo, los cuales son ricos en colesterol. A partir de estos se generan productos como manteca, crema entera, mantequilla, quesos, leche, etc. Además de la grasa visible en las carnes. Para el uso domestico existe la producción de grasas plásticas para repostería, esto es manteca endurecida de cerdo con grasa de vaca, posteriormente hidrogenada, desodorizada e inhibida.

- Grasas de origen vegetal.

Se pueden encontrar en aceite de maíz, de cártamo, de ajonjolí, de oliva, de algodón, de maní; margarina vegetal, almendras, mayonesa, palta, etc. Pueden ser monoinsaturadas o poliinsaturadas. Los aceites y grasas vegetales solo contienen ácidos grasos con un número par de átomos de carbono.

- Grasas Saturadas.

Se encuentran en grasas y aceites de origen animal, o en vegetales de palma y coco. Algunas grasas saturadas se hidrogenan artificialmente añadiendo átomos de hidrogeno a los átomos de carbono que forman sus cadenas moleculares, estas y las grasas naturales son sólidas en su temperatura ambiental. La grasa animal es un tipo de grasa saturada.

- Grasas Insaturadas.

Son necesarias para los humanos porque son componentes esenciales de las membranas celulares y son importantes en el

funcionamiento de las hormonas. El ácido linoléico es una grasa no saturada Omega-6, encontrada en el maíz y las alubias.

- **Grasas Trans.**

Son grasas no saturadas, por lo general sólidas, que han sido hidrogenadas y procesadas a altas temperaturas. Sus cadenas de átomos de carbono son rectas. La margarina líquida posee 17% de grasas trans, mientras que la margarina sólida posee el 32%.

- **Grasas cis.**

Son grasas no saturadas con un pliegue en el medio de su cadena de átomos de carbono y una configuración espacial tridimensional. Estos son aceites comestibles en su estado natural en forma líquida. Los aceites vegetales no saturados existen en forma CIS y son líquidos, estos pueden ser solidificados mediante hidrogenación cambiando su configuración a la forma trans.

❖ **Derivados lácteos**

El yogur es una leche fermentada que contiene poca lactosa, pero supone una excelente fuente de proteínas, calcio y vitaminas. Además, favorece la absorción del calcio y regenera la flora intestinal.

A partir de los 6 meses, se pueden introducir yogures elaborados con leche adaptada y, posteriormente, alrededor de los 9-10 meses, se pueden dar yogures naturales de leche de vaca entera. Respecto a los yogures con sabores o trocitos de frutas, es conveniente introducirlos más adelante, dado que contienen azúcares en cantidades no desdeñables. En general, los yogures pueden darse como postre en la comida o acompañando a la papilla de frutas. Un yogur de 125 g equivale a 125 ml de leche.

Los quesos son productos de leche fermentada y constituyen una buena fuente de proteínas, calcio, hierro y fósforo, pero pueden tener un alto contenido graso dependiendo del tipo de queso. A los 9-10 meses, se pueden ofrecer quesos frescos poco grasos, como postre en la comida o bien en la merienda.

Pescado y huevo

Actualmente se consideran que no hay evidencia convincente de que

retrasar la ingesta de alimentos potencialmente alergénicos, como el huevo y el pescado, tengan un efecto protector frente al riesgo de desarrollar dermatitis atópicae.

Por este motivo, actualmente se recomienda introducir el pescado a partir de los 9-10 meses, comenzando con pequeñas cantidades (unos 20-30 g) de pescado blanco, como merluza, gallo o lenguado, por su menor contenido en grasa y, en consecuencia, mejor digestibilidad y tolerancia, y aumentar progresivamente hasta 40-60 g/día.

Posteriormente, alrededor de los 12-15 meses, se empezará a dar el pescado azul, siempre en cantidades pequeñas, que se irán aumentando paulatinamente para favorecer la tolerancia. En niños menores de 3 años, deben evitarse algunos pescados, como el pez espada o emperador, cazón, tintorera y atún rojo, debido a su alto contenido en mercurio, que puede perjudicar el sistema nervioso en vías de desarrollo de los niños pequeños. Tanto el pescado blanco como el azul, se pueden añadir al puré de verduras en sustitución de la carne, 2-3 días a la semana.

En cuanto a su composición, el pescado, en general, aporta proteínas de alto valor biológico, vitaminas, minerales como hierro, yodo, cinc y, principalmente, fósforo y sal, y constituye una excelente fuente de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga de omega 3 y 6, presentes sobre todo en el pescado azul, de importancia para el neuro desarrollo y por su efecto beneficioso al aumentar el HDL-colesterol. El pescado congelado tiene igual valor nutritivo que el fresco y la ventaja adicional de evitar el riesgo de reacción alérgica frente al anisakis.

En relación con el huevo, puede sustituir el aporte proteico de la carne o el pescado y se puede iniciar también a partir de los 9-10 meses. Se recomienda introducir primero la yema cocida (rica en proteínas de alto valor biológico, ácidos grasos esenciales, hierro y vitaminas), comenzando con una cuarta parte añadida al puré de verduras y aumentando a cantidad progresivamente hasta ofrecer la yema completa, con una frecuencia de 2-3 veces por semana.

Más tarde, se empezará a dar también la clara de huevo cocida en cantidades crecientes, siguiendo una pauta similar, no antes de los 11-12 meses, por el alto poder alergénico de la ovoalbúmina que contiene,

razón por la que el huevo no debe darse crudo.

- **Legumbres**

Las legumbres aportan fibra, hidratos de carbono, proteínas y vitaminas, pero también un elevado contenido de nitratos, por lo que se recomienda introducirlas al final del primer año de vida, sobre los 11-12 meses, en pequeñas cantidades y, a ser posible, sin piel o pasadas por el pasapurés, para favorecer su digestión y evitar flatulencia. Es conveniente añadirlas al puré de verduras o al arroz, con una frecuencia de 1-2 veces por semana. Aunque las legumbres aportan hierro, la biodisponibilidad es baja por su elevado contenido en fibra dietética y fitatos.

- **Leche de vaca**

Se recomienda, no introducir la LV hasta los 12 meses, por el riesgo de inducir anemia ferropénica debido a su bajo contenido en hierro y a su relación con microsangrados intestinales, aunque esto último no ha sido demostrado en niños mayores de 9 meses. De ahí que, la ESPGHAN considere aceptable introducir pequeñas cantidades de LV entre los 9 y 12 meses, dependiendo de la situación socioeconómica y los patrones culturales de la población.

En los menores de 2 años, siempre se dará la LV entera, dada la necesidad del aporte energético de las grasas para el crecimiento. Por esta misma razón, no se recomienda la LV desnatada (<0,5% de grasa) en esta etapa de la vida. La LV semidesnatada (1,5-2% de grasa) tiene una densidad calórica muy baja; por lo que, se necesita una ingesta elevada para cubrir las necesidades energéticas, lo que podría conllevar un excesivo aporte de proteínas y una sobrecarga de solutos a nivel renal. Las llamadas leches de crecimiento (fórmula 3) sirven de transición entre la fórmula de continuación y la LV entera, y son preparados de leche desnatada enriquecida con hierro, ácidos grasos esenciales, vitaminas y minerales. Se pueden ofrecer durante un tiempo variable hasta la edad de 2-3 años, según las necesidades nutricionales del niño y las posibilidades económicas de la familia.

❖ **Aporte de proteínas**

Las proteínas, tanto de origen animal (carnes, pescado, huevo, lácteos) como vegetal (verduras, legumbres), son indispensables para una buena nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños. Sin embargo, el exceso de proteínas en la alimentación infantil, además de provocar una sobrecarga renal de solutos, puede causar hiperinsulinismo, y favorecer el aumento de peso.

Evitar el consumo de infusiones como el té, anís, canela, café, hierva luisa, manzanilla, emoliente, etc. Junto con las comidas, porque interfieren en la absorción de hierro. ⁽²⁴⁾

TABLA V. Edad de introducción de alimentos.

Nutrientes/meses		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Cereales	Sin gluten												
	Con gluten												
Fruta (clase)	Zumo												
	Pieza												
Verduras	Espinacas, col, remolacha												
	Resto												
Carne	Pollo												
	Cordero												
Huevo	Temera												
	Yema (cocida)												
	Clara (cocida)												
Legumbres													
Pescado													
Leche de vaca													

FUENTE: Asociación Española de Pediatría

2.1.3.3. IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Es importante el conocimiento de la madre sobre la ablactancia “Ningún alimento único proporciona todos los nutrientes que el cuerpo requiere, por esta razón el niño debe comer preparaciones balanceadas combinando diferentes alimentos; ya que éstos proporcionan energía, proteínas, vitaminas y minerales necesarios para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño”.

El conocimiento de las necesidades nutricionales constituye la base teórica indispensable para determinar la alimentación ideal de un individuo en cualquier periodo de vida y en diferentes condiciones ambientales.

Los beneficios físicos de la alimentación complementaria para el niño son un mejor desarrollo y crecimiento en sus valores ponderales principalmente de peso y talla, además de un buen desarrollo cerebral, para evitar retrasos en el desarrollo psicomotor, la elección de alimentos complementarios depende no sólo de aspectos nutricionales sino también del conocimiento de la madre. Es importante reconocer que las intervenciones nutricionales confrontan siempre las creencias y hábitos familiares

El ser padres responde a ser responsables prioritariamente de la nutrición, educación, afecto, estimulación y desarrollo del niño, por lo mismo el cuidar a los niños es una ardua responsabilidad lo cual ha repercutido frecuentemente en el rol de las mujeres y más aún si se trata de una madre sola. Muchos teóricos relacionan esta responsabilidad con el apego del niño hacia la madre y el tiempo permanente de ella con el niño.

La participación de la mujer en el desempeño de su papel de madre en la sociedad siempre aparece eminentemente ligada al de sus hijos, trabaja incansablemente para que ellos tengan, gocen y disfruten de las bondades de la vida, por eso la madre tiene un papel fundamental en la educación de su hijos tanto en la parte moral como en el aprendizaje de los hábitos de vida. Es por eso que dependerá de la madre y sus cuidados, el desarrollo saludable de su hijo teniendo como eje primordial la alimentación y el afecto que le brinda aun antes del nacimiento lo cual repercutirá a nivel cognitivo, social, y lenguaje, de esta manera la mujer en su rol de madre poseen objetivos primordiales dentro de la sociedad.

Durante el período de la alimentación complementaria, los niños se encuentran en un riesgo elevado de desnutrición.

2.1.3.2.2. *ACTITUD DURANTE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA*

Según la OPS la alimentación complementaria óptima depende, no solamente, del con qué se alimenta al niño; también depende del cómo, cuándo, dónde y quién lo alimenta.

Los estudios del comportamiento, han revelado que el ‘estilo casual’ de alimentación es el que predomina en algunas poblaciones. Se permite que los niños pequeños se alimenten por sí mismos y rara vez se observa que son estimulados o alentados. En esta circunstancia, un estilo más activo de alimentación puede mejorar la ingesta de los alimentos. El término de “alimentación perceptiva” es empleado para describir que el cuidador o cuidadora aplica los principios del cuidado psicosocial.

El niño o niña debe tener su propio plato, de manera que el cuidador pueda saber si el niño está recibiendo suficiente comida. Para alimentar al niño se puede emplear un utensilio, como ser una cuchara, o solamente la mano limpia; esto depende de la cultura. El utensilio debe ser el apropiado para la edad del niño.

Muchas comunidades emplean cucharas pequeñas cuando el niño comienza a recibir sólidos. Más tarde, se pueden emplear cucharas de mayor tamaño o tenedores.

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

❖ Alimentación perceptiva:

- **Un estilo «controlador»**, donde la madre o cuidadora decide cuándo y cómo come el niño(a) puede ocasionar que las niñas o niños no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño(a) en riesgo de sobrepeso.

Se recomienda alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción.

- **Un estilo «dejar hacer»**, donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños(as) menores de un año, salvo que el niño(a) este enfermo o que no coma. Este estilo es frecuente en nuestra población.

Por lo que hay que alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos.

- **Un estilo "Interactivo"** incluye comportamientos que permiten una óptima inter-relación madre o cuidadora-niño.
 - ✓ Recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor – hablar con los niños y mantener el contacto visual.
 - ✓ Estar con buen estado de humor.
 - ✓ No forzar al niño a comer.
 - ✓ Usar un tono de voz suave.

El entorno durante la Alimentación Complementaria Se debe dedicar un tiempo para la alimentación del niño de acuerdo a horarios establecidos.

- ✓ El mejor lugar para la alimentación es en la mesa del comedor y /o cocina ya que otros lugares pueden distraer al niño o no generar en él la disposición a comer.
 - ✓ El niño debe encontrarse sentado en la silla o en la rodilla de la madre según sea conveniente, la madre debe estar a la altura del niño para ayudarlo a alimentarse.
 - ✓ Si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer.
 - ✓ Minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente.
- ❖ Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos
- La contaminación microbiana de los alimentos complementarios es la principal causa de enfermedad diarreica, que es muy común entre niños de 6 a 24 meses de edad.
 - La preparación y el almacenamiento seguros de los alimentos complementarios reducen el riesgo de diarrea. Es más probable que el empleo de biberones con tetinas para administrar líquidos, provoque la transmisión de infecciones, que el empleo de vasos o tazas; por lo tanto, el empleo de biberones debe ser evitado.
 - Todos los utensilios, como ser vasos, tazas, platos y cucharas empleados para alimentar al lactante o niño pequeño, deben ser exhaustivamente lavados. En muchas culturas, es común el comer con las manos y los niños reciben piezas sólidas de alimentos para que las sostengan y mastiquen, a veces estas son llamadas comidas para los dedos'. Es

importante que las manos del cuidador y del niño sean cuidadosamente lavadas antes de comer.

- Las bacterias se multiplican rápidamente en ambientes cálidos y más lentamente si la comida es refrigerada.
- Las grandes cantidades de bacterias que se producen en los climas cálidos incrementan el riesgo de enfermedades.
- Cuando los alimentos no puedan ser refrigerados, deben ser consumidos tan pronto como sea posible después de ser preparados (no más de 2 horas), antes de que las bacterias tengan tiempo para multiplicarse.

El rol de los padres y el cuidador a nivel del hogar y de la sociedad son un factor importante para asegurar el desarrollo óptimo del niño; ya que, los primeros años de vida resultan de vital importancia debido a que un estado de deficiencia nutricional en la infancia, tiene efectos severos que se reflejan incluso durante la etapa adulta y en la productividad de las personas. Una alimentación inadecuada dentro del hogar tiene un efecto negativo sobre las condiciones de salud del niño, sobre su habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas. De este modo la madre con conocimiento de estas pautas permitirá que su niño obtenga un óptimo crecimiento y desarrollo a nivel cognitivo, emocional y social ⁽²⁵⁾.

2.1.4. CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL

El Centro de Promoción y Vigilancia Comunal es un espacio de la comunidad que promueva en las familias el fortalecimiento de prácticas saludables, para contribuir con el adecuado crecimiento y óptimo desarrollo de las niñas y niños menores de 36 meses (inclusos desde la gestación). El CPVC promueve la participación de diversos actores (autoridades locales, autoridades y líderes comunales, ACS, personal de salud y otros actores sociales presentes).

Funcionamiento del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal. Se considera que un CPVC está funcionando cuando se desarrollan mensualmente las siguientes acciones:

a. Educación en prácticas saludables

Consiste en generar conocimientos a partir de los saberes previos de las familias, respetando creencias, costumbres, dinámicas a través del intercambio de experiencias, con la participación de ACS y del personal de salud mediante sesiones educativas, sesiones demostrativas, sesiones de juego, entre otras realizadas por los Agentes Comunitarios de salud y apoyo de personal de salud y la participación principal de las madres al centro de promoción y vigilancia comunal⁽⁷⁾.

La educación alimentaria y complementaria es el conjunto de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar la adopción voluntaria de conductas alimentarias, adecuadas que favorecen el desarrollo y crecimiento del niño.

El comportamiento, los factores cognoscitivos, el ambiente, interactúan en conjunto en una relación recíproca continua. Por lo tanto es importante brindar una enseñanza a través de programas educativos y modelos concretos; ya que los hábitos de salud no son cambiados por la libre voluntad de las personas, ello requiere motivación y formación de habilidades que permitan el manejo y regulación del cambio.

El ser humano aprende a través del conocimiento, de esta manera se puede definir al aprendizaje como la adquisición de información codificada bajo la forma de conocimientos, creencias, etc. Este proceso le permite al sujeto descubrir las relaciones existentes entre los eventos de su entorno, los cuales al asimilarlo generan un cambio de conducta.

Entre las principales características del conocimiento tenemos el aprendizaje implica un cambio de conducta del sujeto, este cambio puede entenderse como la aparición o desaparición de la conducta. Los cambio de conducta son relativamente estables es decir, los cambios se incorporan en la conducta durante un periodo de tiempo. Sin embargo, lo que se aprende también se olvida a consecuencia del desuso. El aprendizaje resulta de la interacción del sujeto con su medio lo que a su vez le permite una mayor adaptación al medio social.

Se puede decir que la enseñanza y aprendizaje son procesos recíprocos, la enseñanza facilita el proceso de aprender, el que asume el papel de maestro va a ayudar a quien aprende a que adquiera el conocimiento, habilidades y las

actitudes que necesita para aprender, no sólo va a proporcionarle información, sino también le ayudará a cambiar sus opiniones y sentimientos. El aprendizaje es un proceso activo que se extiende desde el nacimiento hasta la muerte, es decir se da durante toda la vida, es por ello que el aprendizaje origina cambios en el proceso de pensamiento, acciones o actitudes de la persona quien aprende. La persona por sí misma, no siempre es capaz de modificar conductas, depende de un amplio número de factores externos e internos, entre los que se tiene las creencias, los valores y las actitudes ⁽²⁵⁾.

La educación en salud se sustenta en esta base teórica para fortalecer la promoción de la salud con el fin de reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar igualdad de oportunidades, proporcionando los medios que permitan a todos los individuos desarrollar al máximo su salud potencial y así se incrementaran las opciones para que la población ejerza un mayor control tanto sobre su propia salud como sobre su entorno.

La promoción de la salud puede ser alcanzada desde distintos enfoques. Dentro de éstos, el enfoque de cambio conductual tiene como propósito proveer conocimientos e información y desarrollar las habilidades necesarias para que una persona pueda tomar una elección informada acerca de su comportamiento en salud. Este enfoque no busca persuadir o motivar el cambio en una dirección particular sino más bien intenta obtener como resultado la elección personal y no la que el promotor prefiera.

El enfoque de cambio conductual enfatiza la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas. Un incremento en el nivel de conocimientos genera cambios actitudinales, los cuales pueden guiar a cambios en las conductas de las personas en la búsqueda de estilos de vida saludables. Este proceso se basa en las teorías psicológicas del aprendizaje al involucrar los aspectos cognitivo, afectivo y conductual.

Las intervenciones que promocionan cambios de comportamiento se diseñan a través de varios enfoques teóricos que sustentan metodológicamente las estrategias aplicables en esta comunicación educativa. Uno de los que ha mostrado tener mayor coherencia es el enfoque constructivista, el cual ha sido aplicado en los programas de educación sanitaria para adultos. El

constructivismo es una teoría psicológica sobre el proceso de desarrollo humano, que abarca principalmente desde la etapa infantil hasta la adolescente, que puede extenderse para la formulación de estrategias educativas en la capacitación de adultos, dentro de programas de intervención social.

En el aprendizaje constructivo se desarrolla un proceso mental donde se adquiere el conocimiento nuevo al relacionarlo con los conocimientos previos y que finaliza cuando se adquiere la competencia de generalizar y aplicar lo nuevo conocido a una situación nueva.

La persona, en base a su interacción con la realidad, capta y asimila; y luego acomoda los conceptos e informaciones asimilados con lo que sabía antes, integra el conocimiento previo con lo nuevo; y luego lo aplica, lo contrasta con la realidad, adecuando su nuevo conocimiento a través de la experiencia. La construcción del nuevo conocimiento puede consumarse de diferentes formas. Cuando el sujeto interactúa con el objeto del conocimiento (según Piaget), en la interacción con otros sujetos (según Vygotsky) o cuando el conocimiento es significativo para el sujeto (según Ausubel).

La enseñanza y aprendizaje son procesos recíprocos, la enseñanza facilita el proceso de aprender, el que asume el papel de maestro va a ayudar a quien aprende a que adquiera el conocimiento, habilidades y las actitudes que necesita para aprender, no sólo va a proporcionarle información, sino también le ayudará a cambiar sus opiniones y sentimientos. El aprendizaje es un proceso activo que se extiende desde el nacimiento hasta la muerte, es decir se da durante toda la vida, es por ello que el aprendizaje origina cambios en el proceso de pensamiento, acciones o actitudes de la persona quien aprende. La persona por sí misma, no siempre son capaces de modificar conductas, depende de un amplio número de factores externos e internos, entre los que tenemos las creencias, los valores y las actitudes⁽²⁵⁾.

b. Vigilancia Comunal

Considera en vigilar; es decir, cuidar, observar, estar alerta de lo que ocurre en la comunidad en relación a todas las condiciones que conlleven a un buen crecimiento y desarrollo de las niñas y niños desde la gestación hasta los primeros 3 años de vida. Dichas condiciones se relacionan con el entorno

saludable, el entorno familiar, las condiciones de la vivienda, los lugares de trabajo, espacios sociales y recreativos, entre otros ⁽⁷⁾.

El rol de la enfermera en su participación en el programa educativo en la alimentación complementaria cumple una función muy importante como educadora, ya que tiene un trato directo con las madres de los niños, quienes no solo reciben recomendaciones de personal de salud sino también de su familia, además de los patrones tradicionales u otras creencias que influyen positivamente o negativamente en el proceso de introducción de nuevos alimentos en la dieta de sus hijos. La actitud que asuman es muy importante y finalmente la que genera un comportamiento específico por lo que la enfermera debe orientar sus actividades a resolver dudas o temores que tengan específicamente la alimentación, las que deben de recibir los lactantes a partir de los 6 meses hasta los 2 años de edad, a fin de prevenir posibles alteraciones acerca de la alimentación nutricionales.

El profesional de enfermería, en la Atención Primaria, tiene como fin prevenir la enfermedad y promover la salud procurando mejorar el nivel de conocimientos de la población. En esa instancia, la consejería nutricional provee de información para asegurar el estado nutricional del niño y lograr la recuperación, guiar y promover prácticas adecuadas de alimentación como la consistencia, frecuencia de consumo, cantidad según la edad del niño y la calidad de la dieta, considerando los alimentos de origen animal, vegetal, frutas y alimentos fuentes de hierro.

Asimismo, la enfermera reconoce los riesgos del consumo habitual de alimentos considerados poco saludables y corrige dichas acciones. Pero, las orientaciones que se brinda implican el uso de técnicas de comunicación y escucha activa, en donde el mensaje conserve un lenguaje sencillo y claro; que el tema sobre la alimentación proporcione la búsqueda de alternativas simples y factibles de acuerdo al contexto cultural donde se desarrolla el niño. Por ello, para reconocer la situación de cada familia es importante conseguir una atmósfera de confianza, privacidad, familiaridad, participación y sobre todo tiempo para acceder completamente a las necesidades que requiera cada familia.

La consejería nutricional se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes). Se reconoce que el cuidado que ofrece la madre a su niño tiene un impacto importante en la salud y nutrición del mismo, influyendo favorable o negativamente en su desarrollo, sin embargo las necesidades del hogar obligan a la madre a convertirse en un miembro activo de ingresos, quien junto con el conyugue deben laborar y pasar la mayor parte del tiempo fuera del hogar, motivo por el cual, el niño queda bajo el cuidado de otros miembros de la familia (hermana mayor, tía, abuela, etc.), convirtiéndose en los responsables de la preparación y alimentación del niño ⁽²³⁾.

c. Toma de Decisiones:

Consiste en reuniones mensuales entre los representantes de la comunidad, salud y municipalidad con el propósito de revisar y analizar la información de la vigilancia comunitaria y asumir responsabilidades en acciones concretas para la retroalimentación y la mejora de la intervención de prácticas y generación de entornos saludables. Es necesario realizar dos tipos de reuniones:

- **Reuniones de análisis y reflexión:**

Participan los agentes comunitarios de salud, el personal salud, las familias y los líderes comunitarios para conocer los resultados de la vigilancia de sus niños y niñas, sus padres y madres, realizada durante el mes anterior.

- **Reuniones para asumir responsabilidades para el desarrollo comunal:**

Participan autoridades de la junta vecinal comunal, líderes comunales, personal de salud, agentes comunitarios de salud, autoridades locales, y otros actores sociales para determinar de manera conjunta y previo análisis de las causas y motivos identificados en la reunión anterior para plantear las acciones correctivas que sean necesarias.⁽⁷⁾

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 CONOCIMIENTO

El conocimiento se define como datos concretos sobre lo que se basa una persona para decidir lo que debe o puede hacer ante una situación determinada, aunque ello no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la

persona tome conciencia de las razones para adoptar o modificar una determinada conducta.

Es así que el conocimiento es la suma de hechos y principios y se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias, aprendizaje del sujeto originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de la persona. Estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y aptitudes frente a situaciones de la vida diaria.⁽¹⁷⁾

2.2.2. ACTITUD

“Son el conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento”, orientados hacia las personas, agrupaciones, ideas, temas o elementos determinados.

Es una predisposición organizada para sentir, percibir y comportarse hacia un referente, es aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante una situación. Es decir, las actitudes se aprenden, se adquieren con la experiencia diaria, por otro lado, las actitudes se crean a través de los demás, del aprendizaje social, por medio de la interacción con los otros o de la observación de sus comportamientos, por otro lado, se pueden establecer a través de la comparación social⁽²¹⁾.

La actitud que es la disposición mental particular, hacia una práctica planteada puede ser positiva, neutra o negativa. Las actitudes positivas, se manifiesta en predisposiciones efectivas acordes a las circunstancias, las negativas en relación a un desacuerdo con las experiencias y las neutras, con una especie de indiferencia. En la actitud influye las motivaciones, las experiencias pasadas, la voluntad, la inteligencia, las emociones, lo congénito, el ambiente y lo cultural, puesto que somos una unidad bio-psicosocial.

2.2.3 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La alimentación complementaria son todos aquellos alimentos diferentes de la leche materna que se ofrecen al lactante, una vez ésta no es suficiente como único alimento para cubrir sus requerimientos nutricionales. Esta no debe ser entendida como suspensión del amamantamiento, por el contrario, la alimentación al pecho debe continuarse hasta los 2 años de vida, porque sigue siendo un alimento de

excelente calidad, debe ofrecerse antes de brindarle alimentos complementarios al bebé, ya que así, no se desplaza este alimento tan importante para el niño y se asegura la permanencia de la lactancia materna a pesar de la alimentación complementaria.⁽²²⁾

2.2.4. CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL

El Centro de Promoción y Vigilancia Comunal es un espacio de la comunidad que promueva en las familias el fortalecimiento de prácticas saludables, para contribuir con el adecuado crecimiento y óptimo desarrollo de las niñas y niños menores de 36 meses (inclusos desde la gestación). El CPVC promueve la participación de diversos actores (autoridades locales, autoridades y líderes comunales, ACS, personal de salud y otros actores sociales presentes).⁽⁷⁾

2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Existe diferencia entre el conocimiento y actitud que tiene las madres que asisten y no asisten al CPVC; evidenciando que las madres que asisten al CPVC tendrán mejor conocimiento y mejor actitud que las madres que no asisten, respecto a la alimentación complementaria.

H₀: P₁=P₂ El promedio de conocimiento y actitud de madres que asisten y no asisten son iguales.

H_a: P₁≠ P₂ El promedio de conocimiento y actitud de madres que asisten y no asisten son diferentes.

$\alpha = 0.05$ nivel de significancia

T_t=1.69

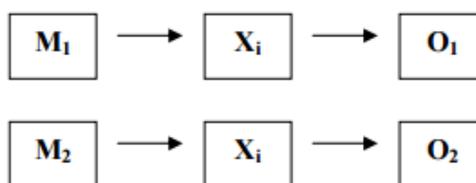
Esto se verificará mediante la prueba de la t- Student para datos cuantitativos de muestra ≤ 30 .

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio fue descriptivo, transversal con diseño descriptivo – comparativo que permitió describir la diferencia que existe entre el nivel de conocimiento y actitud que tiene las madres que asisten y no asisten al CPVC sobre la alimentación complementaria.

Diagrama es el siguiente:



Fuente: Hernán Hernández

Dónde:

M_1 = Muestra 1 Madres que asisten al CPVC.

M_2 = Muestra 2 Madres que no asisten al CPVC.

X_i = Variables de Estudio (Conocimiento, Actitud)

O_1 y O_2 = Resultados ($=$; \neq)

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

El distrito de Zepita es uno de los 7 que conforman la provincia de Chucuito, ubicada en el departamento de Puno, en el sudeste Perú, bajo la administración del Gobierno regional de Puno, su mayor riqueza y potencialidad son sus recursos naturales y culturales.

- ❖ Población.- El CPVC Zepita, tiene como población sujeta de intervención a 50 madres con niños de 6 a 24 meses.
- ❖ Muestra de estudio.- Es 20 madres que asisten al CPVC, en función a ello y utilizando el muestreo no probabilístico; (muestreo por conveniencia) ⁽²⁶⁾ se eligió a 20 madres que no asisten al CPVC que cumplen los criterios de inclusión.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**
 - ✓ Madres y lactantes que residen solo en la jurisdicción del Centro de Salud Zepita I-4.
 - ✓ Madres que sepan leer y escribir.
 - ✓ Madres mayores de 15 años.
 - ✓ Madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al CPVC en los últimos 6 meses.
 - ✓ Madres de los niños de 6 a 24 meses que aceptan participar en el estudio, que no acuden al CPVC.
- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**
 - ✓ Madres con niños mayores de 24 meses.
 - ✓ Madres con niños de 6 a 24 meses que asistan por primera vez al CPVC.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

✓ TÉCNICA

Para la recolección de datos en la investigación, se utilizó la técnica de la Encuesta, con la finalidad de recabar información sobre el conocimiento y actitudes que poseen las madres que asisten y no asisten al CPVC.

✓ INSTRUMENTOS

Para la recolección de datos se utilizaron los siguientes instrumentos debidamente estructurados (ANEXO N° 3 y 4).

- Cuestionario sobre el conocimiento
- Escala sobre la actitud

• **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

- **El cuestionario de conocimiento:** Se elaboró por Zavaleta en el año 2013 – Tacna el cual fue validado por expertos y sometido a prueba piloto, para luego aplicar la prueba de Alfa de Crombach, con un resultado de 0.86; se tomó dicho instrumento, para este estudio el cual se sometió a juicio de expertos con la participación de un Lic. en

Nutrición experto en programas de salud e infancia; Esp. Crecimiento y Desarrollo del Niño del Centro de Salud Metropolitano; Docente de La Una-Puno Esp. En Crecimiento y desarrollo del niño; Lic.en Nutrición Esp. En Programas de salud e Infancia; Esp. En Promoción de la Salud e infancia; todos los profesionales tienen más de 10 años de experiencia trabajando con madres y en zonas rurales; la confiabilidad del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia de jueces, alcanzando un puntaje de 0.85 según la prueba binomial, para realizar algunas modificaciones de la redacción del texto.

- **Escala de actitud:** Se tomó del estudio de Cisneros y Vallejos aplicados en Chiclayo – 2105, el cual fue sometido a prueba piloto y para su validación se aplicó la fórmula Alfa de Crombach, obteniendo como resultado 0.809, para el presente estudio fue sometido a prueba de validación mediante Juicio de expertos; con la participación de un Lic. en Nutrición experto en programas de salud e infancia; Esp. Crecimiento y Desarrollo del Niño del Centro de Salud Metropolitano; Docente de La Una-Puno Esp. En Crecimiento y desarrollo del niño; Lic. en Nutrición Esp. En Programas de salud e Infancia; Esp. En Promoción de la Salud e infancia; todos los profesionales tienen más de 10 años de experiencia trabajando con madres y en zonas rurales; la confiabilidad del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia de jueces, alcanzando un puntaje de 0.85 en ambos instrumentos, según la prueba binomial para realizar algunas modificaciones de la redacción del texto.

3.4.PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de información se siguieron diferentes momentos, en los que se describen a continuación:

- **COORDINACIÓN:**
 - ✓ Se solicitó a la Decanatura de la Facultad de Enfermería una “Carta de presentación” dirigida a la Jefatura del Centro de Salud Zepita I-4.
 - ✓ Obtenida la carta de presentación, esta se hizo presente a la Jefatura del Centro de Salud Zepita I-4.
 - ✓ Se hizo presente la autorización para la ejecución del proyecto de

investigación emitida por jefatura del Centro de Salud Zepita I-4.

- ✓ Se coordinó con la enfermera y nutricionista responsables de la Estrategia de PROMS y del CPVC con el fin de dar a conocer los objetivos de la investigación; solicitando el permiso de obtener la información requerida para la ejecución.

- **APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO:**

- ✓ Se realizó una reunión a todas las madres asisten al CPVC San Pedro - Zepita.
- ✓ A las madres que no asisten al CPVC se las captó en el Centro de Salud Zepita I-4.
- ✓ Posterior a ello se procedió a la aplicación del instrumento (cuestionario y escala tipo Likert) en un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos, aclarando cualquier duda que surja en el momento por parte de la madre.
- ✓ Concluida la recolección de datos se le agradeció a cada madre participante por la disposición prestada, se le obsequio un refrigerio; de ese modo se dio por culminada la ejecución del proyecto.

- **CALIFICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS**

- ***PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO***

- ✓ Criterios para la clasificación de los niveles de conocimientos para el objetivo general:
 - Conoce : 10- 18
 - Desconoce: 0 – 9
- ✓ Criterios para la clasificación de los niveles de conocimientos para el objetivo específico del indicador “Edad de inicio”
 - Conoce : 1
 - Desconoce: 0
- ✓ Criterios para la clasificación de los niveles de conocimientos para el objetivo específico para el indicador consistencia, frecuencia y cantidad:
 - Conoce : 3 -4
 - Desconoce: 0-2
- ✓ Criterios para la clasificación de los niveles de conocimientos para el objetivo específico para el indicador de combinación de los alimentos:
 - Conoce : 4 -5
 - Desconoce: 0-3

- **PUNTUACIÓN DE LA ESCALA LIKERT**

Criterios para la clasificación de actitudes:

26-30 : Aceptación

21- 25 : Indiferencia

10 – 20 : Rechazo

- **PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Una vez aplicado el instrumento a todas las madres asistidas y no asistidas al CPVC los datos fueron procesados para su respectivo análisis e interpretación; para lo cual se realizaron las siguientes acciones:

- ✓ Verificación de las respuestas de cada instrumento aplicado.
- ✓ Codificación la información obtenida.
- ✓ Vaciado de respuestas en una tabla matriz. (ANEXO 14 y 15)
- ✓ Elaboración de cuadros estadísticos y gráficos de información para proceder al análisis e interpretación de los datos.

3.5.PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos se aplicará la estadística descriptiva a través de la frecuencia Absoluta y porcentajes mediante la siguiente formula:

$$P = \frac{X}{n} (100)$$

Dónde:

P = porcentaje

N = tamaño de muestra

X = número de casos

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.RESULTADOS

OG

TABLA 1

CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES QUE ASISTEN Y NO ASISTEN AL CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA COMUNAL SAN PEDRO – ZEPITA- 2016.

ASISTENCIA AL CPVC		ASISTEN		NO ASISTEN	
		N°	%	N°	%
CONOCIMIENTO Y ACTITUD	CONOCIMIENTO				
	CONOCE	18	90.0	4	20.0
	DESCONOCE	2	10.0	16	80.0
	TOTAL	20	100.0	20	100.0
ACTITUD	ACEPTACIÓN	16	80.0	6	30.0
	INDIFERENCIA	4	20	14	70.0
	RECHAZO	0	0.0	0	0.0
	TOTAL	20	100.0	20	100.0

FUENTE: Cuestionario y Escala Likert aplicado a madres de Zepita - 2016.

En el cuadro se observa que del total de madres que asisten al CPVC, el 90% conocen sobre la alimentación complementaria al comparar esta cifra con el % de madres que no asisten al CPVC se encuentra que solo el 20 % conocen sobre la alimentación complementaria y respecto a la actitud frente a la alimentación complementaria, en madres que asisten al CPVC el 80% tienen actitud de aceptación y el 20% tienen actitud de indiferencia, sin embargo en las madres que no asisten al CPVC el 70% tienen actitud de indiferencia y 30% de aceptación y no se evidencia actitud de rechazo en ninguno de los grupos de madres.

OE₁

TABLA 2

CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN
MADRES QUE ASISTEN AL CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA
COMUNAL SAN PEDRO – ZEPITA 2016.

CONOCIMIENTO	CONOCEN		DESCONOCEN		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EDAD DE INICIO	18	90.0	2	10.0	20	100.0
CONSISTENCIA	14	70.0	6	30.0	20	100.0
FRECUENCIA	2	10.0	18	90.0	20	100.0
CANTIDAD	14	70.0	6	30.0	20	100.0
COMBINACIÓN	16	80.0	4	20.0	20	100.0

FUENTE: Cuestionario y Escala Likert aplicado a madres de Zepita - 2016.

En el cuadro se observa que 90% de las madres que asisten al Centro de Promoción y Vigilancia Comunal conocen sobre la edad de inicio, 80% sobre la combinación, 70 % sobre la consistencia y cantidad respectivamente y 90% desconoce sobre la frecuencia de la alimentación complementaria.

OE₂

TABLA 3

CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN
MADRES QUE NO ASISTEN AL CENTRO DE PROMOCIÓN Y
VIGILANCIA COMUNAL SAN PEDRO – ZEPITA 2016.

CONOCIMIENTO	CONOCEN		DESCONOCEN		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EDAD DE INICIO	9	45.0	11	55.0	20	100.0
CONSISTENCIA	2	10.0	18	90.0	20	100.0
FRECUENCIA	3	15.0	17	85.0	20	100.0
CANTIDAD	8	40.0	12	60.0	20	100.0
COMBINACIÓN	4	20.0	16	80.0	20	100.0

FUENTE: Cuestionario y Escala Likert aplicado a madres de Zepita - 2016.

En el cuadro se aprecia que 90% de las madres que no asisten al Centro de Promoción y Vigilancia Comunal desconocen sobre la consistencia, 85% sobre la frecuencia, 80% sobre la combinación, 60% sobre la cantidad y 55% sobre la edad de inicio; un 45% conocen sobre la edad de inicio y el 40% sobre la cantidad de la alimentación complementaria.

OE₃

TABLA 4

ACTITUD FRENTE A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN
MADRES QUE ASISTEN AL CENTRO DE PROMOCIÓN Y VIGILANCIA
COMUNAL SAN PEDRO ZEPITA 2016.

ACTITUD	Nº	%
ACEPTACIÓN	16	80.0
INDIFERENCIA	4	20.0
RECHAZO	0	0.0
TOTAL	20	100.0

FUENTE: Cuestionario y Escala Likert aplicado a madres de Zepita - 2016.

El cuadro muestra que el 80% de madres que asisten al Centro de promoción y vigilancia comunal, tienen actitud de aceptación, el 20% tienen actitud de indiferencia y ninguna muestra actitud de rechazo.

OE₄

TABLA 5

ACTITUD FRENTE A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN
MADRES QUE NO ASISTEN AL CENTRO DE PROMOCIÓN Y
VIGILANCIA COMUNAL SAN PEDRO ZEPITA – 2016.

ACTITUD	Nº	%
ACEPTACION	6	30.0
INDIFERENCIA	14	70.0
RECHAZO	0	0.0
TOTAL	20	100.0

FUENTE: Cuestionario y Escala Likert aplicado a madres de Zepita - 2016.

El cuadro refleja que el 70% de las madres que no asisten al Centro de promoción y vigilancia comunal tienen actitud de indiferencia y el 30 % tiene actitud de aceptación frente a la alimentación complementaria y ninguna muestra actitud de rechazo.

4.2. DISCUSIÓN

A nivel mundial, se ha estimado que los alimentos complementarios frecuentemente son introducidos demasiado temprano o demasiado tarde, en consecuencia se produce la desnutrición infantil que ha sido catalogada por la UNICEF como una emergencia silenciosa que genera efectos muy dañinos los que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona, la primera señal de este problema es el bajo peso, seguido por la baja talla; sin embargo ellas son solo las manifestaciones más superficiales del problema, hasta el 50% de la mortalidad infantil se origina, directa o indirectamente por un pobre estado nutricional, ⁽¹⁾

En la tabla 1 podemos afirmar que hay diferencia en el conocimiento y actitud sobre la alimentación complementaria en estos dos grupos, debido a que las madres que asisten al CPVC conocen y en su mayoría tienen actitud de aceptación y las madres que no asisten al CPVC desconocen y una gran mayoría muestra una actitud de indiferencia frente a la alimentación complementaria. Al realizar la prueba estadística de T student donde la $T_C = 2.53 > T_T = 1.69$ por lo tanto se rechaza la H_0 y se acepta la H_a ; lo que significa que los promedios de conocimiento y actitud de ambos grupos son diferentes estadísticamente, siendo mejor el conocimiento y la actitud de la madres que asisten al CPVC.

Al respecto Cisneros y colaboradores en su estudio realizado en Chiclayo, sobre el nivel de conocimiento de las madres en la alimentación complementaria en el pre test obtuvieron un nivel de conocimiento medio y alto respectivamente; y con actitudes adecuadas; después de la aplicación del programa educativo en el post test, el 96.7% de madres alcanzaron un nivel de conocimientos alto y el 93.3% de las madres mostraron actitudes adecuadas;⁽¹⁰⁾ entre tanto, en el presente estudio se observa resultados distintos de las madres en el pre test comparando con las madres que no asisten al CPVC, ya que en este grupo desconocen sobre la alimentación complementaria y muestran una actitud de indiferencia, lo que significa una valoración negativa sobre la alimentación complementaria y por lo tanto constituye un peligro inminente para el crecimiento del niño, por otro lado el resultado de las madres que asisten al

CPVC se asemeja al de las madres en el pos test las cuales tienen mejor conocimiento y actitud sobre la alimentación complementaria.

Así también en otro estudio realizado en la Libertad se concluye que en el pre test el 45% de madres tienen un nivel de conocimiento medio, y en pos test después de la aplicación del programa educativo, el 75% presentaron un nivel de conocimiento alto.⁽¹³⁾

Estos resultados muestran que la enseñanza facilita el proceso de aprender, el que asume el papel de maestro va a ayudar a quien aprende a que adquiera el conocimiento, habilidades y las actitudes que necesita para aprender; la educación en salud permite incrementar el conocimiento de las madres; ya que el conocimiento abre muchas puertas por lo que permitirá actuar de manera adecuada frente a la alimentación complementaria y se lograra disminuir la desnutrición infantil, no sólo va a proporcionarle información, sino también le ayudará a cambiar sus opiniones y sentimientos. Se reconoce que el cuidado que ofrece la madre a su niño tiene un impacto importante en la salud y nutrición del mismo, influyendo favorable o negativamente en su desarrollo⁽²⁷⁾.

Según Dietz y Cutts han señalado que los mensajes masivos de difusión para orientar y educar a la población con respecto a la adecuada alimentación complementaria en la población infantil representan estrategias que han ayudado a incrementar los niveles de cobertura y a reducir la morbimortalidad por enfermedades inmuno-prevenibles, por lo que el efecto de programas informativos para reforzar positivamente la práctica de alimentación complementaria en la población debe ser un recurso necesario que se ofrezca a la comunidad para garantizar una adecuada alimentación complementaria en la población infantil. Por lo tanto la mayoría de las madres que asisten al CPVC, tienen mejor conocimiento y actitud de aceptación debido a la enseñanza, a diferencia de las madres que no asisten al CPVC. Por lo tanto es importante brindar una enseñanza a través de sesiones demostrativas y modelos concretos; ya que los hábitos de salud no son cambiados por la libre voluntad de las personas, ello requiere motivación y formación de habilidades que permitan el manejo y regulación del cambio.

Desde el año 2012 se implementaron en el país los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC) bajo la dirección de los Establecimiento de Salud

con el objetivo de potenciar la implementación de municipios y comunidades saludables frente a la desnutrición crónica infantil en los cuales se realizan acciones de promoción de la salud orientada al mejoramiento de las prácticas saludables y la generación de entornos favorables para propiciar un adecuado crecimiento y oportuno desarrollo del niño.⁽⁷⁾

EL CPVC es un espacio de la comunidad que promueve la participación de diversos actores (autoridades locales, autoridades, líderes comunales, ACS, personal de salud y principalmente de la madre), en el cual se cumple con las siguientes acciones: Educación en prácticas saludables (Que consisten en generar conocimientos mediante sesiones demostrativas y sesiones educativas), Vigilancia comunal (Que consiste en cuidar, observar, estar alerta de lo que ocurre en la comunidad en relación a todas las condiciones que conllevan al buen crecimiento y desarrollo de niños (as) desde la gestación), Toma de decisiones (Consiste en reuniones mensuales para análisis y reflexión sobre la información de la vigilancia comunitaria).

El distrito de Zepita cuenta con un local asignado como Centro de promoción y vigilancia comunal, lo que contribuye a que las madres tengan mejor conocimiento y actitud de aceptación, a diferencia de las madres que no asisten al CPVC desconocen y tienen actitud de indiferencia frente a la alimentación complementaria.

La educación alimentaria nutricional promueve la participación activa de toda la población para que cuiden de su propia salud y nutrición de allí la importancia de la participación voluntaria y activa de los grupos y de las comunidades locales hacia programas de promoción y educación en salud, se debe promover la participación consciente y responsable de las personas residentes en las comunidades hacia el problema nutricional y de salud, que está ligado a otros factores ambientales, económicos, sociales, educativos y culturales, que exacerbaban aún más el problema nutricional.⁽²⁸⁾

Según Albert Bandura, hay varias formas de aprender, una de ellas es por imitación, en este caso, el aprendizaje es fruto de la observación de la actitud de otra pero que sirve de modelo y el refuerzo que continúa a esa actitud. El refuerzo positivo o negativo puede ser evidenciado o ser repetido.

Según Nola Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales de las madres obtenidas con programas educativos brindadas con palabras claras y precisas, además de la valoración de las creencias en salud que tiene desde el hogar, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir tiene que asumir una actitud saludable para el cuidado del niño, debido a su alto nivel de interiorización ^(29.30).

Los resultados muestran que es relevante seguir trabajando y reforzando para mejorar los conocimientos y actitudes de las madres, de tal manera que sus conocimientos y actitudes se modifiquen y estas puedan incidir a mediano o largo plazo en cambios de prácticas de alimentación, todo este amplio conocimiento sobre la alimentación complementaria debe ser enseñado a la madre para mejorar el cuidado del niño y lograr un crecimiento y desarrollo normal, tanto las sesiones educativas, demostrativas.

Por otro lado según la OMS menciona que la alimentación complementaria debe ser administrada al niño en cantidad, frecuencia, consistencia y combinación adecuada para evitar la desnutrición infantil y observando los resultados de la tabla 2 de las madres que asisten al CPVC conocen sobre la edad de inicio, consistencia, cantidad y combinación, sin embargo desconocen sobre la frecuencia de la alimentación complementaria.

En un estudio realizado en Lima se encontró que la mayoría de las madres que asisten al centro de salud Nueva Esperanza conocen el 70% la edad de inicio de la alimentación complementaria, 57,5% sobre la inclusión de tipos de alimentos de acuerdo a la edad del niño ⁽¹¹⁾; al contrastar los resultados son similares con la tabla 2 donde las madres que asisten a un Centro de Salud o el mismo CPVC; en su mayoría conocen sobre la edad de inicio, consistencia, cantidad y combinación de la alimentación complementaria, esto sea por una adecuada enseñanza – aprendizaje, la educación alimentaria facilita la adopción voluntaria de conductas alimentarias saludables, por su carácter de actividad de comunicación, donde su intervención reside en la transmisión de mensajes, en cuanto al desconocimiento de la frecuencia de la alimentación complementaria en madres que asisten al CPVC, como consecuencia puede inducir al niño una falta de satisfacción de los requerimientos nutricionales lo que producirá una

disminución en la velocidad de la ganancia del crecimiento que si es prolongado facilitará el riesgo a la desnutrición, limitando que el niño alcance su potencial de desarrollo físico y mental, por lo que es necesario reforzar a la madre sobre la frecuencia de la alimentación complementaria; comparando estos resultados de la tabla 3 de las madres que no asisten al CPVC que desconocen sobre la edad de inicio, consistencia, frecuencia, cantidad y combinación de la alimentación complementaria, lo que significa que los niños de las madres que no asisten tiene mayor riesgo de sufrir desnutrición infantil.

En otro estudio realizado en Guatemala, en el cual se identificó que el 63.63% de las madres desconocen la edad a la que se inicia la introducción de otros alimentos aparte de la lactancia materna, el 85% indicaron que la consistencia del alimento al momento del inicio de la alimentación complementaria era machacado y un 15% indico que le daba papilla, sin embargo, el 85% de las madres de los niños (as) entre 6 meses a 1 año desconocen la edad en que se recomienda dar comida machacada y la edad que se recomienda dar en papilla al niño; ⁽⁸⁾el cual similar al resultado que se encontró en la tabla 3 en madres que no asisten al CPVC; estos resultados obtenidos sea probablemente que la madre no haya recibido una educación en alimentación adecuada del niño.

La alimentación complementaria debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de edad, debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben administrarse en consistencia, variedad, cantidad y frecuencia adecuada y de acuerdo a la edad correspondiente.

La alimentación complementaria administrada a destiempo (antes de los 6 meses) puede representar grandes riesgos para el estado nutricional y salud del lactante como: deficiente digestión, absorción de nutrientes, diarrea, alergias alimentarias que aumenta el riesgo de malnutrición y deficiencia de micro nutriente, debido a que su organismo aún no está preparado para recibir un alimento diferente a la lactancia materna ya que los alimentos se deben incluir gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, potencial alergénico y capacidad gástrica; la alimentación complementario tampoco debe iniciarse después de los 6 meses de edad, lo cual también trae consecuencia que el niño(a) no esté llenando sus requerimientos energéticos para tener un buen estado nutricional,

provocando bajo peso esto debido a que la lactancia materna ya no satisface la necesidad energética del niño a un 100% debido a su acelerado crecimiento.

El desconocimiento de la madre sobre la cantidad, frecuencia, consistencia y combinación, de la alimentación complementaria que se debe brindar al lactante puede inducir a una falta de satisfacción de los requerimientos nutricionales lo que se constituye en un problema infantil prioritario, pues incide en el estado nutricional del niño y niña producirá una disminución en la velocidad de talla y peso y esto llevara al riesgo de la desnutrición, limitando que el niño alcance su potencial desarrollo físico y mental justamente en la etapa crítica en que se completa la mayor parte del desarrollo del sistema nervioso,⁽⁴⁾ resultando esto perjudicial en el lactante.⁽³¹⁾

La monotonía en la dieta y la falta de variación y combinación de alimentos, son factores de riesgo de desnutrición o sobrepeso en los niños.

El niño(a) a partir de los seis meses ya puede empezar a comer progresivamente toda clase de alimentos. Es recomendable favorecer el consumo de alimentos de bajo costo y alto valor nutritivo.⁽²⁴⁾

Por otro lado en cuanto a la actitud frente a la alimentación complementaria en la tabla 4 de las madres que asisten al CPVC en su mayoría tiene actitud de aceptación, lo que significa que existe predisposición positiva de la madre a responder frente a la alimentación complementaria en comparación a la tabla 5 de las madres que no asisten al CPVC, una mayoría de madres con actitud de indiferencia; teniendo en cuenta el concepto de actitud, el cual es una predisposición o tendencia de actuar de manera positiva o negativa hacia un objeto, indica claramente que las madres que asisten al CPVC tienen mejor actitud frente a la alimentación complementaria, probablemente sería resultado de una mejor difusión y desarrollo de actividades promocionales a nivel comunitario y en las consultas CRED y en la madres que no asisten al CPVC que en su mayoría con actitud de indiferencia por lo tanto hay significativa predisposición negativa hacia la alimentación complementaria, probablemente que las madres que no asistieron al CPVC no fueron participes de experiencias frente a la alimentación complementaria. por lo que la actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante una situación, es decir, las actitudes se aprenden, se adquieren con la experiencia diaria, se crean a través de los demás, del

aprendizaje social, por medio de la interacción con los otros o de la observación de sus comportamientos, y se pueden establecer a través de la comparación social⁽¹⁸⁾.

De este modo estos resultados nos llevan a entender que la persona modifica su modo de pensar, sus hábitos y costumbres en relación a mantener y proteger su salud. Desde el punto de vista de la Atención Primaria en Salud (APS), la educación para la salud (EPS), se entiende como un instrumento que sirve a los profesionales y a la población para controlar, mejorar y tomar decisiones con respecto a su salud o enfermedad por lo que se debe brindar una buena educación a la madre en el periodo de ablactación ya que una falta de conocimiento sobre el tema de alimentación complementaria puede generar algunas consecuencias posteriores que afecten al niño.⁽⁶⁾

Finalmente, ante las evidencias relevantes, resulta necesario fortalecer éstas medidas con modelos metodológicos de intervención, acordes a nuestra realidad sanitaria, a fin de modificar los conocimientos y actitudes desfavorables a una situación favorable en la prevención de la desnutrición infantil, donde el rol de la Enfermera es vital en este proceso.

El rol educativo de Enfermería, desempeña un papel importante en la promoción a través de una educación expresada en actividades diseñadas para cada tipo de usuario según sus características personales. Así mismo esto no sería posible si no se tiene de antemano la información previa, lo que permitiría que el usuario (madre) pueda estar capacitada para realizar una autoevaluación sobre su estado de salud y la de su niño, esto quiere decir promover una vida saludable, por tal motivo hay que empoderar a las madres sobre la importancia que tiene la alimentación complementaria en los primeros años de vida de sus niños.

Por ello, los hallazgos mostrados en este estudio, otorgan información de base y de gran impacto, que contribuye al conocimiento técnico científico en el tema de la salud integral del niño de 6 a 24 meses, ya que una mejor salud y bienestar, influirá a una mejor calidad de vida.

Según los resultados obtenidos en el anexo tabla 10 se aprecia que el 60% de las madres que asisten y no asisten al CPVC se encuentran dentro de las edades de

18 a 35 años de edad, es decir que en su mayoría son mujeres adultas, son los primeros años del adulto joven donde los órganos y sistemas han madurado y el organismo de la mujer responde eficientemente a los cambios propios de la actividad reproductiva, por otro lado, la edad de la madre repercutiendo en el desarrollo social y económico de la familia.⁽³²⁾

En el anexo tabla 11 se aprecia que el 30% y 20 % de las madres que asisten y no asisten al CPVC se encuentran con grado de instrucción de primaria, seguido del 70% de las madres que asisten y no asisten al CPVC se encuentran con un grado de instrucción de secundaria datos que permiten estimar un mayor grado de preparación en este grupo de población y que pronostica además una mejor situación dentro del ámbito social y económico: y en estudios realizados muestran que la educación de la mujer puede hacer aumentar la productividad y mejorar la situación de salud, nutrición, ordenación de los recursos naturales y planificación familiar, además han examinado que la educación de la madre como principal determinante en la producción de salud y estatus nutricional del niño,⁽³²⁾ en otro estudio realizado concluye que el nivel de educación parece influir en el estado nutricional de sus hijos, mostrando mayor tasa de mal nutrición en aquellos niños que tienen madres con bajo nivel de instrucción. Lo cual demuestra la importancia del acceso a la educación e información de quienes se encargan de aprovechar los recursos del hogar y a su vez crean el hábito dietético del hogar.^(33,34)

En el anexo tabla 12 se aprecia que el 10% son divorciadas, 40% son convivientes y el 50% de las madres que asisten al CPVC son casadas; el 10% son viudas, el 40% casadas y el 50% son convivientes de las que no asisten al CPVC, es decir que en las madres que asisten al CPVC un porcentaje considerable tiene una relación estable, por otro lado la mayoría de las madres que no asisten al CPVC no tienen una relación estable; la condición del jefe de hogar de la madre es un elemento que puede incrementar el riesgo social, económico y salud del niño por una la falta de apoyo económico y moral que podría significar la ausencia de uno de los padres en el hogar.⁽³²⁾

V. CONCLUSIONES

PRIMERA

Existe diferencia entre el nivel de conocimiento y actitud de las madres que asisten y no asisten al CPVC, donde las madres que asisten al CPVC tiene mejor conocimiento y actitud que las madres que no asisten al CPVC.

SEGUNDA

Respecto al nivel de conocimientos sobre la alimentación complementaria, las madres que asisten al Centro de Promoción Vigilancia Comunal San Pedro Zepita conocen sobre la edad de inicio, consistencia y la combinación y desconocen sobre la frecuencia de la alimentación complementaria.

TERCERA

Respecto al nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria, las madres que no asisten al Centro de Promoción Vigilancia Comunal San Pedro Zepita, en su mayoría desconocen sobre la edad de inicio, consistencia, frecuencia y combinación de la alimentación complementaria.

CUARTA

Las madres que asisten al Centro de Promoción y Vigilancia Comunal; en su mayoría tienen una actitud de aceptación y una minoría de indiferencia.

QUINTA

Las madres que no asisten al Centro de Promoción y Vigilancia Comunal; en su mayoría tienen una actitud de indiferencia, y una minoría de aceptación.

VI. RECOMENDACIONES

A LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, DEL CENTRO DE SALUD ZEPITA I-4:

- Promocionar, incentivar la participación de las madres en el CPVC que les permita mejorar el conocimiento y actitud frente a la alimentación complementaria y brindar con ello una alimentación adecuada a sus hijos.
- Que el equipo de Enfermería del centro de salud Zepita con el apoyo del municipio diseñe y/o implemente más CPVC, con la finalidad de garantizar y mejorar el conocimiento y actitud frente a la alimentación complementaria y a si brinden una alimentación de calidad y evitar problemas nutricionales en el niño.
- Programar visitas domiciliarias constantes para habituarse estrechamente con la madre, para brindar capacitaciones, consejería y seguimiento para el refuerzo de conocimientos y actitud frente a la alimentación complementaria en relación a la edad de inicio, consistencia, frecuencia, cantidad y combinación de la alimentación complementaria.
- Brindar una enseñanza a través de sesiones demostrativas y modelos concretos; ya que los hábitos de la salud son cambiados por la libre voluntad de las personas, ello requiere motivación y formación de habilidades que permitan el manejo y regulación del cambio.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:

- Interiorizar en el estudiante la importancia de la educación de la madre en el periodo de la lactancia.
- Durante las prácticas comunitarias enfatizar las actividades a realizar en CPVC.
- En las asignaturas de CRED, Nutrición y Dietética profundizar el tema de alimentación complementaria en términos de edad de inicio, consistencia, frecuencia, cantidad y combinación para brindar una adecuada información a la madre.

A LOS BACHILLERES DE ENFERMERÍA:

- Realizar estudios de investigación sobre factores personales, socioculturales y económicos que influyen en la alimentación complementaria.
- Realizar estudios comparativos con otros EE. SS. Y que evalúen las estrategias de comunicación que manejan para llegar a la población sobre la alimentación complementaria.
- Realizar estudios que evalúen la práctica de preparación de la alimentación en relación a la edad de inicio cantidad, frecuencia, consistencia, combinación en el niño menor de 24 meses.
- Realizar estudios sobre la efectividad de los CPVC en relación a la alimentación complementaria.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salcedo S. Informe de investigación N° 65 /2014-2015. Desnutrición infantil en el Perú. (EN LINEA). <http://www.congreso.gob.pe/dgp/Didp/index.html>.
2. Dirección Regional de Salud – Puno. Sistema de información del estado Nutricional (SIEN) – Estadística e informática. Porcentaje de anemia en niños menores de 3 años; 2014 y 2015 – Puno.
3. Centro Nacional de alimentación y Nutrición. Vigilancia de indicadores nutricionales. “Evolución de los indicadores del Programa Articulado Nutricional y los factores asociados a la desnutrición crónica y anemia”. Lima; 2012.
4. Gobierno Regional Puno. Plan Concertado Regional por la Infancia – Puno; 2005-2010.
5. Ministerio de Salud del Perú. Criterios técnicos para la Sostenibilidad del Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del Cuidado Integral de la Madre y el Niño. Dirección General de Promoción de la Salud; 2015, p. 6.
6. Ministerio de Salud, Lima. Normas de nutrición. [Acceso 02 de septiembre del 2013]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/70nutrición/normas_nutri.asp.
7. Ministerio de Salud del Perú. Fortalecimiento del CPVC del cuidado integral de madre y del niño, planificación y programación en el programa articulado nutricional; 2015, pág. 6.
8. García H. “Caracterización de prácticas de alimentación complementaria a la lactancia materna que realiza la madre del niño(a) de 6 meses a un año de edad”. (Tesis de Grado). Guatemala; 2014.
9. Zamora G., Ramírez G. Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad. /Enferm. Investig. Desarro. Trujillo; 2013, enero, vol. 11(1): 38-44.
10. Cisneros E, Vallejos Y. Efectividad del programa educativo en conocimientos, practicas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses – Reque. Chiclayo – Perú; 2014.
11. Galindo B. “Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud “Nueva

- Esperanza, Lima 2011”.
12. Cárdenas, Catherine. Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas Santa Anita. [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, Escuela académico profesional de Enfermería 2004.
 13. Cueva J. en la investigación titulada Efectividad del programa educativo “Aprendiendo a alimentar a mi niño” en el conocimiento materno sobre alimentación complementaria en el lactante. Puesto de Salud del Asentamiento Humano Huáscar distrito de Jequetepeque – 2014”. (Tesis de grado). La Libertad – 2014.
 14. Yucra R. Alimentación complementaria y su relación con niveles de hemoglobina en niños de 6 – 12 meses de edad en el establecimiento de salud 1-3 clas Atuncolla 2013. (Tesis de Grado). Universidad nacional del Altiplano Puno – Perú; 2014.
 15. Luna E. Efectividad de las sesiones demostrativas en la práctica de alimentación complementaria en madres de lactantes de 6 a 11 meses de edad en riesgo de anemia ferropénica en el establecimiento de salud 1 -2 Cabana. (Tesis de Grado). Juliaca; 2014.
 16. Vásquez R. Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis, 2009. Lima (2012).
 17. Benites 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, enero 2007- Lima (2008).
 18. Luque J. El conocimiento. Primera ed. España: Servicio de publicaciones Sevilla; 1993.
 19. Ballester M. Evaluación como ayuda al aprendizaje. Tercera ed. Barcelona: La función pedagógica de la evaluación; 2000.
 20. Briñol, P., Horcajo, J., Becerra, A., Falces, C. y Sierra, B. (2002). Cambio de actitudes implícitas. *Psicothema*, Pág. 457 – 489, Cap. 17.
 21. Dolly M. Alimentación complementaria del niño entre 0-24 meses. Hospital Universitario de San Vicente Fundación. (ONLINE). http://www.elhospitalblog.com/vida_sana/pediatria/alimentacion-complementaria-del-nino-

- entre-0-24-meses/#sthash.5pkW3kps.dpuf.
22. Arquiño M. efectividad de un programa educativo sobre alimentación complementaria en el nivel de conocimiento de las madres con niños menores de 2 años que acudieron al Centro de Salud Santa, 2012 – Chimbote (2015). Pág.23 – 29.
 23. Centro Nacional de Alimentación. Lineamientos de nutrición materna infantil del Perú – 2004. Pág. 41-48.
 24. Perdomo y Duran. Alimentación complementaria en el lactante. *Pediatr. Integral* 2015; XIX (4): 260-267
 25. Huacha C. Conocimientos, prácticas y actitudes de las madres sobre la vacunación en sus hijos menores de 5 años, en el C.S. Jaime Zubieta, 2012 (tesis de grado). Lima (2014).
 26. Jordi E. Tipos de Muestreo. *Rev. Epidem. Med. Prev.* (2003), 1: 3-7
 27. Zavala P. El papel de la mujer como madre. [Serie en internet]. 2005 [citada 2009 febrero 11]. Disponible en: [http://www.laprensasandiego.Org/archieve/may06 05/papel.htm](http://www.laprensasandiego.Org/archieve/may06%2005/papel.htm).
 28. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Educación alimentaria nutricional En: Guías para Educación Alimentaria Nutricional. Guatemala. 2000.
 29. Pender N. Modelo de promoción de la salud, Chiclayo 10 julio 2012. Disponible en: <http://es.slideshare.net/estherodarjaviel/resencin>.
 30. Modelo de Promoción de la Salud del Cuidado Nola Pender [base de datos en línea].2012. [Fecha de acceso 30 de Octubre del 2012]. URL disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>.
 31. Ministerio de Salud del Perú. Centro Nacional de Alimentación y Nutricional. Indicadores del Programa Articulado Nutricional: Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN 2008-2010-CENAN-DEVAN) Lima – Perú 2010 (citado el 25 de Mayo 2013)
http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/zop/zona_izquierda_1/Informe%20Indicadores%20PAN%20_180111.pdf.
 32. Ríos L. “Factores socioeconómicos y culturales y su relación con las actitudes y prácticas de las madres en la nutrición de niños menores de dos años que acuden al puesto salud Atumpampa – distrito de Tarapoto, agosto - diciembre 2008”. Programa de Maestría en Salud Pública. Tarapoto – Perú -

2012.

33. Baldarrago E. La educación de la madre como determinante de la salud del niño: Evidencia para el Perú en base a la ENDES. Consorcio de investigación económica y social – CIES universidad Católica san pablo – UCSP.
34. Buyati L., Feuillade C. ¿Cómo influye el nivel de instrucción y la situación laboral de los padres en el estado nutricional de sus hijos?, Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. N° 199 – Marzo 2010.





**ANEXO N° 01
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CAREGORIAS	INDICE
Conocimiento sobre alimentación complementaria Conjunto de conocimientos adquiridos por la madre formadas mediante aspectos sociales, culturales, intelectuales que determinan la actitud frente a la alimentación complementaria	EDAD DE INICIO	1. ¿A qué edad el niño empieza a comer otros alimentos aparte de la leche materna? a) 4 meses b) 5 meses c) 6 meses d) 7 meses	CONOCE DESCONOCE	(1) (0)
	CONSISTENCIA (Textura de los alimentos por edad)	2. ¿Qué consistencia deben tener los alimentos que le da al niño? <i>De 6 meses:</i> a) Líquido b) Licuado c) Puré d) Picado <i>De 7 a 8 meses:</i> a) Picado b) Licuado c) Puré d) Triturado <i>De 9 a 11 meses</i> a) Picado b) Licuado c) Puré d) De la olla Familiar <i>De 12 a 24 meses</i> a) Puré b) De la olla familiar c) Licuado d) Picado	CONOCE DESCONOCE CONOCE DESCONOCE CONOCE DESCONOCE CONOCE DESCONOCE	(1) (0) (1) (0) (1) (0) (1) (0)
		III. FRECUENCIA (N° de veces que le da de comer a su niño) 3. ¿Cuántas veces al día debe de ofrecer los alimentos al niño? <i>De 6 meses:</i> a) 3 veces + lactancia materna b) 1 vez + lactancia materna c) 2 veces + lactancia materna d) 5 veces + lactancia materna <i>De 7 a 8 meses:</i> a) 3 veces + lactancia materna b) 1 vez + lactancia materna c) 4 veces + lactancia materna d) 5 veces + lactancia materna	CONOCE DESCONOCE CONOCE DESCONOCE CONOCE DESCONOCE	(1) (0) (1) (0) (1) (0)

		<p><i>De 9 a 11 meses</i></p> <p>a) 2 veces + LM</p> <p>b) 2 veces + 2 refrigerio + LM</p> <p>c) 3 veces + 1 refrigerio + LM</p> <p>d) 4 veces +LM</p> <p><i>De 12 a 24 meses</i></p> <p>a) 3 veces + 1 refrigerio + LM</p> <p>b) 3 veces + 2 refrigerio + LM</p> <p>INDICADORES</p>	CATEGORIAS	INDICE
		<p>c) 2 veces +1 refrigerio + LM</p> <p>d) 2 veces + 2 refrigerios + LM</p>	<p>CONOCE</p> <p>DESCONOCE</p>	<p>1)</p> <p>(0)</p>
		<p>IV.CANTIDAD (N° de cucharadas que se da al niño según edad)</p> <p>4. ¿Cuál es la cantidad que debe comer el niño?</p> <p>De 6 meses:</p> <p>a) De 3 a 5 cucharadas</p> <p>b) De 2 a 3 cucharadas</p> <p>c) 1 cucharada</p> <p>d) 3 cucharadas</p> <p>De 7 a 8 meses:</p> <p>a) De 3 a 5 cucharadas</p> <p>b) 2 cucharadas</p> <p>c) De 1 a 2 cucharaditas</p> <p>d) 3 cucharadas</p> <p>De 9 a 11 meses</p> <p>a) De 4 a 6 cucharadas</p> <p>a) De 7 a 10 cucharadas</p> <p>b) De 5 a 7 cucharadas</p> <p>b) De 5 a 7 cucharadas</p> <p>De 12 a 24</p> <p>a) De 7 a 10 cucharada</p> <p>b) De 5 a 7 cucharadas</p> <p>c) 2 cucharadas</p> <p>d) 6 cucharadas</p>	<p>CONOCE</p> <p>DESCONOCE</p> <p>CONOCE</p> <p>DESCONOCE</p> <p>CONOCE</p> <p>DESCONOCE</p> <p>CONOCE</p> <p>DESCONOCE</p>	<p>(1)</p> <p>(0)</p> <p>(1)</p> <p>(0)</p> <p>(1)</p> <p>(0)</p> <p>(1)</p> <p>(0)</p>
	COMBINACIÓN	<p>5. ¿Qué mezcla cree Ud. Que es adecuada para el niño 6 meses?</p> <p>a) Puré de papa, con una cucharadita de aceite vegetal.</p> <p>b) Puré de papa, con pescado machacado</p> <p>c) Puré de camote con huevo entero machacado.</p> <p>d) Puré de camote con carne de cordero machacado.</p> <p>6. ¿Qué mezcla cree Ud. Que es adecuada para el niño de 7 a 8 meses?</p> <p>a) papa, chuño, arroz, quinua, queso</p>	<p>CONOCE</p> <p>DESCONOCE</p> <p>CONOCE</p> <p>DESCONOCE</p>	<p>(1)</p> <p>(0)</p> <p>(1)</p> <p>(0)</p>

		<p>b) Espinaca, zanahoria, hígado de pollo, papa</p> <p>c) cereales, carnes, tubérculos</p> <p>d) Tubérculos (papa, camote) y carnes.</p> <p>7. ¿Qué mezcla cree Ud. Que es adecuada para el niño de 9 a 11 meses?</p> <p>a) fideos, hígado de pollo, tomate</p> <p>b) papa, pescado, ensalada de cebolla.</p> <p>c) Sopa de verduras</p> <p>INDICADORES</p>	<p>CONOCE</p> <p>DESCONOCE</p> <p>CATEGORIAS</p>	<p>(1)</p> <p>(0)</p> <p>INDICE</p>
		<p>d) arroz, hígado de pollo, ensalada de verduras</p> <p>8. ¿Qué mezcla cree Ud. Que es adecuada para el almuerzo del niño de 12 a 24 meses?</p> <p>a) pollo, arveja, zanahoria, choclo, arroz</p> <p>b) arroz, huevo, ensalada de cebolla</p> <p>c) papa, chuño, queso.</p> <p>c) choclo, queso</p> <p>9. ¿Qué alimento no debe comer el niño de 6 meses?</p> <p>a) Leche de vaca, huevo entero y pescado</p> <p>b) carne de cordero, cereales (arroz)</p> <p>c) huevo entero , fruta y verduras</p> <p>d) Leche de vaca, pescado</p>	<p>CONOCE</p> <p>DESCONOCE</p> <p>CONOCE</p> <p>DESCONOCE</p>	<p>(1)</p> <p>(0)</p> <p>(1)</p> <p>(0)</p>

<p>Actitud frente a la alimentación complementaria</p> <p>Es la predisposición de la madre de aceptación o rechazo frente a la alimentación complementaria</p>	<p>Actitud Conductual. Emocional</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La alimentación complementaria consiste en dar leche materna y alimentos sólidos. 2. El niño debe comer sus alimentos en la cocina sin juguetes ni televisión prendida. 3. Alimenta a su niño para que no enferme y crezca bien. 4. Se preocupa cuando su hijo no quiere comer 5. Es necesario lavarse las manos antes de dar de comer a su hijo. 6. Prefiere que los familiares brinden la alimentación a su hijo. 7. No es necesario que el niño tenga su propio plato para comer. 8. Sera conveniente iniciar una alimentación complementaria antes de los 6 meses. 9. Será necesario darle de comer al niño solo cuando tenga hambre. 10. Sera conveniente ofrecerle alimentos desde cuando tiene ganas de comer el niño, para que no se antoje. 	<p>De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo</p>	<p>1 punto 2 puntos 3 puntos</p> <p>1 punto 2 puntos 3 puntos</p> <p>1 punto 2 puntos 3 puntos</p> <p>1 punto 2 puntos 3 puntos</p> <p>3 punto 2 puntos 1 puntos</p>
--	---	--	--	--

ANEXO 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Consentimiento para obtener información sobre conocimiento y actitud sobre alimentación complementaria en madres que asisten y no asisten al centro de promoción y vigilancia comunal, San Pedro – Zepita 2016.

Por favor lea cuidadosamente la declaración y piense acerca de su opción. .No importa lo que UD. Decida, esto no afectará el cuidado de la salud de su niño.

El presente estudio se realizará con el objetivo de comparar el nivel de conocimiento y actitud sobre la alimentación complementaria en madres que asisten y no asisten al CPVC San Pedro – Zepita; la información que UD. Brinde será confidencial, solo se utilizaran con fines de investigación.

“Yo estoy de acuerdo en participar y permitir que se me realice la entrevista para dicho trabajo de investigación referido y doy mi consentimiento para brindar información”.

SI

NO

HUELLA DIGITAL

Firma de la participante

.....
Firma de la investigadora

Fecha:

ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**INSTRUMENTO SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA**

Buenos días Sra., solicitó su colaboración respondiendo con la mayor sinceridad posible.

Agradezco anticipadamente su gentil colaboración.

INDICACIONES:

- ✓ SOLO DEBE MARCAR UNA RESPUESTA POR PREGUNTA
- ✓ NINGUNA PREGUNTA DEBE DEJARSE SIN CONTESTAR
- ✓ CUALQUIER DUDA, CONSULTE CON LA PERSONA ENCARGADA

DATOS GENERALES

Marca la respuesta correcta con un aspa (x):

1. Edad de la madre:

- a) (menor de 18 años)
- b) (18 a 35 años)
- c) (35 a 59 años)

2. Grado de instrucción

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior

3. Edad del niño:

- a) 6 meses
- b) 7 a 8 meses
- c) 9 a 11 meses
- d) 12 a 24 meses

4. Estado Civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Conviviente
- d) Viuda
- e) Separada/Divorciada

I. EDAD DE INICIO

1. ¿A qué edad el niño empieza a comer otros alimentos aparte de la leche materna?

- a) 4 meses
- b) 5 meses
- c) **6 meses**
- d) 7 meses

II. CONSISTENCIA (Textura de los alimentos por edad)

2. ¿Qué consistencia deben tener los alimentos que le da al niño?

De 6 meses:

- a) Líquido
- b) Licuado
- c) **Puré**
- d) Picado

De 7 a 8 meses:

- a) Picado
- b) Licuado
- c) Puré
- d) **Triturado**

De 9 a 11 meses

- a) **Picado**
- b) Licuado
- c) Puré
- d) De la olla Familiar

De 12 a 24 meses

- a) Puré
- b) **De la olla familiar**
- c) Licuado
- d) Picado

III. FRECUENCIA (N° de veces que le da de comer a su niño)

3. ¿Cuántas veces al día debe de ofrecer los alimentos al niño?

De 6 meses:

- a) 3 veces + lactancia materna
- b) 1 vez + lactancia materna
- c) 2 veces + lactancia materna**
- d) 5 veces + lactancia materna

De 7ª 8meses:

- a) 3 veces + lactancia materna**
- b) 1 vez + lactancia materna
- c) 4 veces + lactancia materna
- d) 5 veces + lactancia materna

De 9 a 11 meses

- a) 2 veces + LM
- b) 2 veces + 2 refrigerio + LM
- c) 3 veces + 1 refrigerio + LM**
- d) 4 veces +LM

De 12 a 24 meses

- a) 3 veces + 1 refrigerio + LM
- b) 3 veces + 2 refrigerio + LM**
- c) 2 veces +1 refrigerio + LM
- d) 2 veces + 2 refrigerios + LM

IV. CANTIDAD (N° de cucharadas que se da al niño según edad)

4. ¿Cuál es la cantidad que debe comer el niño?

De 6 meses:

- a) De 3 a 5 cucharadas
- b) De 2 a 3 cucharadas**
- c) 1cucharada
- d) 3 cucharadas

De 9 a 11 meses

- a) De 4 a 6 cucharadas
- b) De 5 a 7 cucharadas**
- c) 3 cucharadas
- d) 5 cucharadas

De 7 a 8 meses:

- a) De 3 a 5 cucharadas**
- b) 2 cucharadas
- c) De 1 a 2 cucharaditas
- d) 3 cucharadas

De 12 a 24

- a) De 7 a 10 cucharadas**
- b) De 5 a 7 cucharadas
- c) 2 cucharadas
- d) 6 cucharadas

V. COMBINACIÓN

5. ¿Qué mezcla cree Ud. Que es adecuada para el niño 6 meses?

- a) Puré de papa, con una cucharadita de aceite vegetal**
- b) Puré de papa, con pescado machacado
- c) Puré de camote con huevo entero machacado.
- d) Puré de camote con carne de cordero machacado.

6. ¿Qué mezcla cree Ud. Que es adecuada para el niño de 7 a 8meses?

- a) papa, chuño, arroz, quinua, queso
- b) Espinaca, zanahoria, hígado de pollo, papa**
- c) cereales, carnes, tubérculos
- d) Tubérculos (papa, camote) y carnes.

7. ¿Qué mezcla cree Ud. Que es adecuada para el niño de 9 a 11 meses?

- a) fideos, hígado de pollo, tomate
- b) papa, pescado, ensalada de cebolla.
- c) Sopa de verduras
- d) arroz, hígado de pollo, ensalada de verduras**

8. ¿Qué mezcla cree Ud. Que es adecuada para el almuerzo del niño de 12 a 24 meses?

- a) pollo, arveja, zanahoria, choclo, arroz**
- b) arroz, huevo, ensalada de cebolla
- c) papa, chuño, queso.
- c) choclo, queso

9. ¿Qué alimento no debe comer el niño de 6 meses?

- a) Leche de vaca, huevo entero y pescado
- b) carne de cordero, cereales (arroz)
- c) huevo entero, fruta y verduras
- d) Leche de vaca, pescado

ANEXO 4

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

***ESCALA SOBRE LA ACTITUD FRENTE A LA ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA***

A continuación, le presentamos una lista de proposiciones. Léalas con cuidado y responda según lo siguiente:

RESPONDA TODAS LAS PROPOSICIONES. MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR PREGUNTA.

N°	PROPUESTAS	De Acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En Desacuerdo
1	La alimentación complementaria consiste en dar leche materna y alimentos sólidos.			
2	El niño debe comer sus alimentos en la cocina sin juguetes ni televisión prendida.			
3	Alimenta a su niño para que no enferme y crezca bien.			
4	Se preocupa cuando su hijo no quiere comer			
5	Es necesario lavarse las manos antes de dar de comer a su hijo.			
6	Prefiere que los familiares brinden la alimentación a su hijo.			
7	No es necesario que el niño tenga su propio plato para comer.			
8	Sera conveniente iniciar una alimentación complementaria antes de los 6 meses.			
9	Será necesario darle de comer al niño solo cuando tenga hambre			
10	Sera conveniente ofrecerle alimentos desde cuando tiene ganas de comer el niño, para que no se antoje.			

ANEXO 5

**VALIDEZ “CUESTIONARIO” POR PRUEBA DE CONCORDANCIA
DE JUECES EXPERTOS Y CONFIABILIDAD MEDIANTE PRUEBA
BINOMIAL**

ÍTEMS	NÚMERO DE JUECES					VALOR DE PUNTAJE SUB TOTAL
	1	2	3	4	5	
1	1	1	1	1	1	5
2	1	1	1	1	1	5
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	5
5	0	0	1	0	0	1
6	1	1	1	1	1	5
7	1	1	1	1	1	5
8	1	0	1	1	0	3
9	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	1	5
11	1	1	0	1	1	4
12	1	1	0	0	1	3
TOTAL	11	10	10	10	10	51

Se tiene un total de 36 respuestas (12 ítems x 5 jueces) de la cuales 51 son de puntaje “1”.

Para llegar a la calificación válida de este instrumento por la concordancia de los tres jueces expertos se aplica la siguiente fórmula, donde: ‘Ta’=n° total de acuerdos; ‘Td’= n° total de desacuerdos

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

$$b = \frac{51}{60} \times 100$$

$$b = 0.85$$

$$b = 0.85 \times 100$$

$$b = 85\% \text{ confiable}$$

ANEXO 6

VALIDEZ DE LA “ESCALA LIKERT” POR PRUEBA DE CONCORDANCIA DE JUECES EXPERTOS Y CONFIABILIDAD MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS

ÍTEMS	NÚMERO DE JUECES					VALOR DE PUNTAJE SUB TOTAL
	1	2	3	4	5	
1	1	1	1	1	1	5
2	1	1	1	1	1	5
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	5
5	0	0	1	0	0	1
6	1	1	1	1	1	5
7	1	1	1	1	0	5
8	1	0	1	1	1	4
9	1	1	1	1	1	5
10	1	1	1	1	1	5
11	1	0	0	1	1	3
12	1	1	0	0	1	3
TOTAL	11	9	10	11	10	51

Se tiene un total de 36 respuestas (12 ítems x 5 jueces) de la cuales 51 son de puntaje “1”.

Para llegar a la calificación válida de este instrumento por la concordancia de los tres jueces expertos se aplica la siguiente fórmula, donde: ‘Ta’=n° total de acuerdos; ‘Td’= n° total de desacuerdos.

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

$$b = \frac{51}{51 + 9} \times 100$$

$$b = \frac{51}{60} \times 100$$

$$b = 0.85$$

$$b = 0.85 \times 100$$

$$b = 85\% \text{ confiable}$$

ANEXO 8

TÉCNICA DE PERCENTILES PARA CATEGORIZAR LA VARIABLE

Nivel de conocimientos

Criterios para la clasificación de los niveles de conocimientos para el objetivo específico del indicador “Edad de inicio”

1. Puntaje teórico:

Mínimo: 0

Máximo: 1

2. Recorrido ®:

$$R = \text{Max} - \text{min}$$

$$R = 1 - 0 = 1$$

3. Recorrido medio ®:

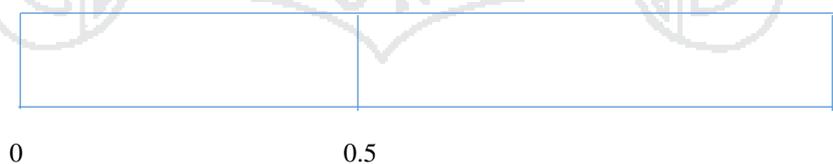
$$R = R/2$$

$$R = 1/2 = 0.5$$

4. Mediana teórica (Met):

$$\text{Met} = \text{min} + R = \text{mx} - R$$

$$0 + 0.5 = 1 - 0.5 = 0.5$$



5. Clasificación

- 1 : Conocen
- 0 : Desconocen

ANEXO 9

TÉCNICA DE PERCENTILES PARA CATEGORIZAR LA VARIABLE

Nivel de conocimientos

Criterios para la clasificación de los niveles de conocimientos para el objetivo específico para el indicador consistencia, frecuencia y cantidad:

1. Puntaje teórico:

Mínimo: 0

Máximo: 4

2. Recorrido ®:

$$R = \text{Max} - \text{min}$$

$$R = 4 - 0 = 4$$

3. Recorrido medio ®:

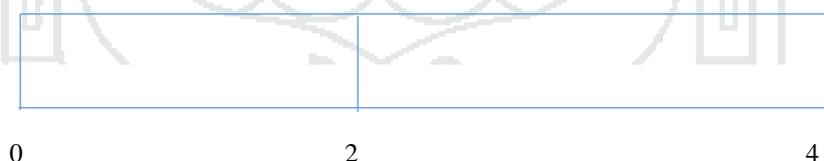
$$R = R/2$$

$$R = 4/2 = 2$$

4. Mediana teórica (Met):

$$\text{Met} = \text{min} + R = \text{mx} - R$$

$$0 + 2 = 4 - 2 = 2$$

**5. Clasificación**

- 3 -4 : Conocen
- 0-2 : Desconocen

ANEXO 10

TÉCNICA DE PERCENTILES PARA CATEGORIZAR LA VARIABLE

Nivel de conocimientos

Criterios para la clasificación de los niveles de conocimientos para el objetivo específico para el indicador contenido nutricional:

1. Puntaje teórico:

Mínimo: 0

Máximo: 5

2. Recorrido ®:

$$R = \text{Max} - \text{min}$$

$$R = 5 - 0 = 5$$

3. Recorrido medio ®:

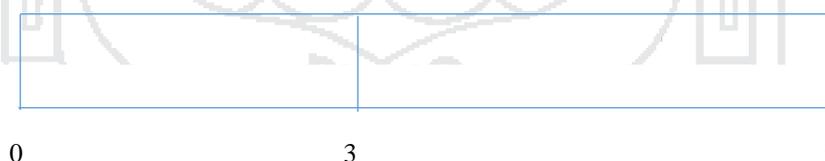
$$R = R/2$$

$$R = 5/2 = 2.5$$

4. Mediana teórica (Met):

$$\text{Met} = \text{min} + R = \text{mx} - R$$

$$0 + 2.5 = 5 - 2.5 = 2.5 = 3$$

**5. Clasificación**

- 4 -5: Conocen
- 0-3 : Desconocen

ANEXO 11

TÉCNICA DE PERCENTILES PARA CATEGORIZAR LA VARIABLE

Actitudes de las madres frente a la alimentación complementaria

Criterios para la clasificación de actitudes:

1. Puntaje teórico:

Mínimo: 10

Máximo: 30

2. Recorrido ®:

$$R = \text{Max} - \text{min}$$

$$R = 30 - 10 = 20$$

3. Recorrido medio ®:

$$R = R/2$$

$$R = 20/2 = 10$$

4. Mediana teórica (Met):

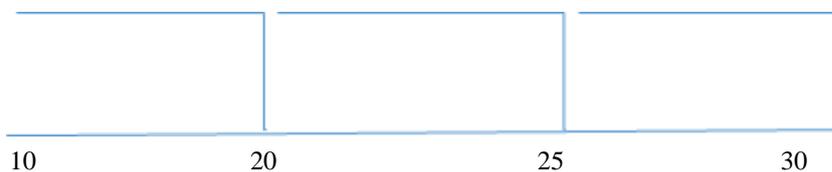
$$\text{Met} = \text{min} + R = \text{mx} - R$$

$$10 + 10 = 30 - 10 = 20$$

5. Tercio cuartil teórico (TCT):

$$\text{TCT} = R + \text{Met} / 2$$

$$10 + 15 = 25$$



6. Clasificación

- 26-30: Aceptación
- 21-25: Indiferencia
- 10-20: Rechazo

ANEXO 12

PRUEBA DE HIPÓTESIS

La existencia de conocimientos sobre la alimentación complementaria, es categorizado según la técnica de percentiles del Cuestionario, ANEXO 2 Y 3), limitada por la Media poblacional (\bar{X}) y la Desviación Estándar (S) de los resultados de la aplicación del cuestionario para medir la variable “conocimiento”, se contrastará la hipótesis:

DADO LO SIGUIENTE DE LAS MADRES QUE ASITEN AL CPVC

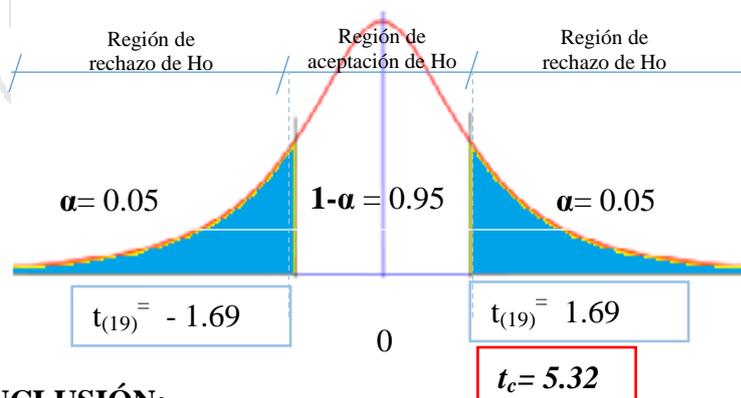
- Desviación estándar : $S = 1.22$ - Nivel de significancia : $\alpha = 0.05$
- Media poblacional : $\bar{X} = 11.7$ - Nivel de confianza : $1 - \alpha = 0.95$
- Población total : $N = 20$ - Grado de libertad : $t_{N-1} = 20 - 1 = 19$

DADO LO SIGUIENTE DE LAS MADRES QUE NO ASISTEN AL CPVC

- Desviación estándar : $S = 3.09$ - Nivel de significancia : $\alpha = 0.05$
- Media poblacional : $\bar{X} = 7.8$ - Nivel de confianza : $1 - \alpha = 0.95$
- Población total : $N = 20$ - Grado de libertad : $t_{N-1} = 20 - 1 = 19$

$H_0: \mu_o = 20$ Las madres que asisten y no asisten al CPVC San Pedro Zepita tienen igual conocimiento sobre la alimentación complementaria.

$H_a: \mu_a \neq 20$ Las madres que asisten y no asisten al CPVC San Pedro Zepita tienen diferente conocimiento sobre la alimentación complementaria.



CONCLUSIÓN:

Según las zonas de valores críticos, el valor de “t”_{CALCULADA} cae dentro de la región de rechazo de la hipótesis nula (H_0) probándose estadísticamente que existe diferencia entre el nivel de conocimiento de madres que asisten y no asisten al CPVC.

ANEXO 13
PRUEBA DE HIPÓTESIS

La calificación de la escala Likert es categorizado según la técnica de percentiles del Cuestionario, (ANEXO N° 2 y 3), limitado por la Media poblacional (\bar{X}) y la Desviación Estándar (S) del resultado final de todas las categorías de la Escala Likert.

DADO LO SIGUIENTE DE LAS MADRES QUE ASISTEN AL CPVC:

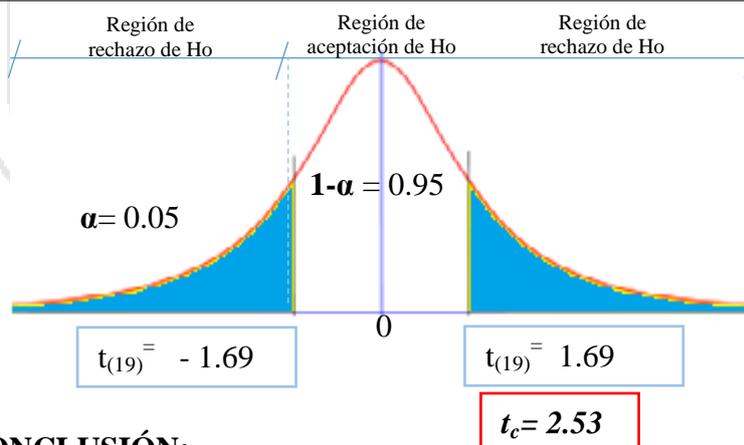
- Desviación estándar: $S = 2.23$
- Media poblacional : $\bar{X} = 23.3$
- Población total : $N = 20$
- Nivel de significancia : $\alpha = 0.05$
- Nivel de confianza : $1 - \alpha = 0.95$
- Grado de libertad : $t_{N-1} = 20 - 1 = 19$

DADO LO SIGUIENTE DE LAS MADRES QUE NO ASISTEN A CPVC:

- Desviación estándar : $S = 1.83$
- Media poblacional : $\bar{X} = 23.8$
- Población total : $N = 20$
- Nivel de significancia : $\alpha = 0.05$
- Nivel de confianza : $1 - \alpha = 0.95$
- Grado de libertad : $t_{N-1} = 20 - 1 = 19$

$H_0: \mu_0 = 20$ Las madres que asisten y no asisten al CPVC San Pedro Zepita, tienen una actitud indiferente hacia la alimentación complementaria.

$H_a: \mu_a \neq 20$ Las madres que asisten y no asisten al CPVC San Pedro Zepita, tienen una actitud de aceptación hacia la alimentación complementaria.



CONCLUSIÓN:

Según las zonas de valores críticos, el valor de “t”_{CALCULADA} cae dentro de la región de rechazo de la hipótesis nula (H_0) probándose estadísticamente que existe diferencia en la actitud de las madres que asisten y no asisten al CPVC.

ANEXO 14

TABLA 6

MATRIZ DEL CUESTIONARIO DE MADRES QUE ASISTEN AL CPVC

Nº	ITEMS DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES QUE ASISTEN AL CPVC																		TOTAL	CALIFICACION	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	12	conoce
2	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	conoce
3	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12	conoce
4	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	12	conoce
5	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	desconoce
6	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	11	conoce
7	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	conoce
8	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	11	conoce
9	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	11	conoce
10	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	13	conoce
11	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	12	conoce
12	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	conoce
13	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12	conoce
14	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	12	conoce
15	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	desconoce
16	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	11	conoce
17	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	conoce
18	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	11	conoce
19	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	11	conoce
20	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	13	conoce
ST	18	18	4	14	20	2	4	6	16	0	18	16	18	20	10	18	20	12			

TABLA 7

MATRIZ DEL CUESTIONARIO DE MADRES QUE NO ASISTEN AL CPVC

Nº	ITEMS DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES QUE NO ASISTEN AL CPVC																		TOTAL	CALIFICACION	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	12	conoce
2	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	12	conoce
3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	desconoce
4	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	8	desconoce
5	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	7	desconoce
6	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	8	desconoce
7	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	9	desconoce
8	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	9	desconoce
9	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	6	desconoce
10	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	8	desconoce
11	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	12	conoce
12	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	12	conoce
13	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	desconoce
14	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	8	desconoce
15	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	7	desconoce
16	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	8	desconoce
17	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	7	desconoce
18	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	9	desconoce
19	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	desconoce
20	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	7	desconoce
ST	9	6	6	6	19	2	4	6	14	10	12	3	13	15	7	8	7	8			

ANEXO 15

TABLA 8

MATRIZ DE LA ESCALA LIKERT DE MADRES QUE ASISTEN AI CPVC

ESCALA DE ACTITUD DE LAS MADRES QUE ASISTEN AL CPVC												
ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	CALIFICACION
PUNTAJE	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1		
Nº												
1	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	26	aceptacion
2	3	3	3	3	3	1	1	3	3	3	26	aceptacion
3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	26	aceptacion
4	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	26	aceptacion
5	2	3	3	3	3	3	1	1	1	2	27	aceptacion
6	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	25	aceptacion
7	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	26	aceptacion
8	3	3	3	3	3	3	1	2	3	2	26	aceptacion
9	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	26	aceptacion
10	3	3	3	3	3	1	1	1	2	1	22	indiferencia
11	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	26	aceptacion
12	3	3	3	3	3	1	1	3	3	3	26	aceptacion
13	3	2	3	3	3	1	3	3	1	1	23	indiferencia
14	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	28	aceptacion
15	3	3	3	3	3	3	2	2	1	3	26	aceptacion
16	3	3	3	3	3	2	3	1	3	2	26	aceptacion
17	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	26	aceptacion
18	3	3	3	3	3	2	1	1	1	1	21	indiferencia
19	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	26	aceptacion
20	3	3	3	3	3	1	1	1	2	1	21	indiferencia

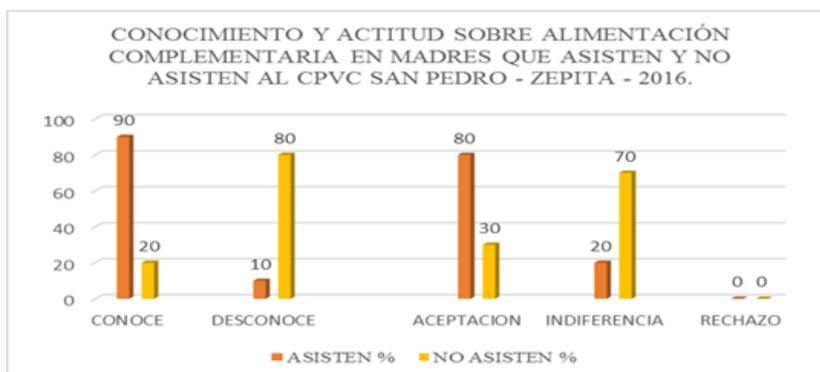
TABLA 9

MATRIZ DE LA ESCALA LIKERT DE MADRES QUE NO ASISTEN AI CPVC

ESCALA DE ACTITUD DE LAS MADRES QUE NO ASISTEN AL CPVC												
ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	CALIFICACION
PUNTAJE	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1		
Nº												
1	2	3	3	3	3	3	2	3	1	3	26	aceptacion
2	2	3	3	3	3	3	2	3	1	3	26	aceptacion
3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	2	21	indiferencia
4	3	1	3	3	3	3	3	1	2	3	25	indiferencia
5	3	3	3	2	3	1	3	2	1	1	22	indiferencia
6	3	3	3	3	3	1	1	1	1	3	22	indiferencia
7	3	3	3	3	2	2	2	3	1	2	24	indiferencia
8	1	3	3	3	3	1	1	1	3	3	22	indiferencia
9	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	26	aceptacion
10	2	3	3	3	3	2	2	2	2	1	23	indiferencia
11	2	3	3	3	3	3	2	3	1	3	26	aceptacion
12	2	3	3	3	3	3	2	3	1	3	26	aceptacion
13	3	3	3	3	3	1	1	1	1	3	22	indiferencia
14	3	1	3	3	3	3	3	1	2	3	25	indiferencia
15	3	3	3	2	3	1	3	2	1	1	22	indiferencia
16	3	3	3	3	3	1	1	1	1	3	22	indiferencia
17	3	3	3	3	3	2	2	2	3	1	24	indiferencia
18	1	3	3	3	3	1	1	1	3	3	22	indiferencia
19	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	26	aceptacion
20	2	3	3	3	3	2	2	2	2	1	23	indiferencia

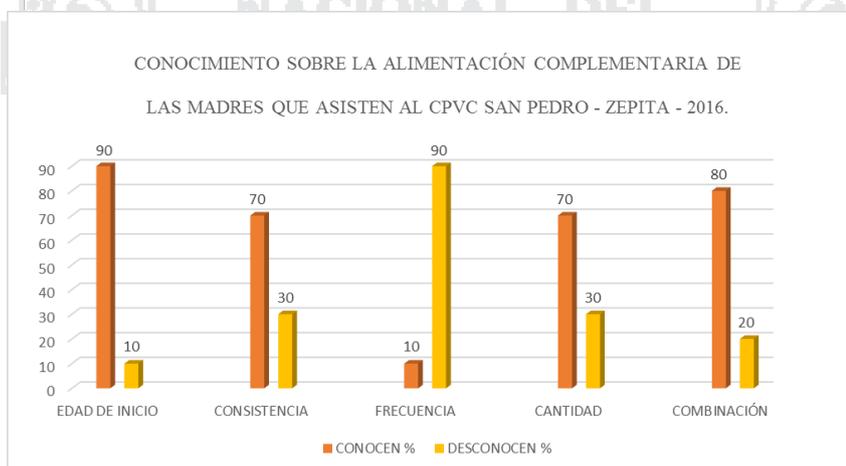
ANEXO 16

FIGURA 1



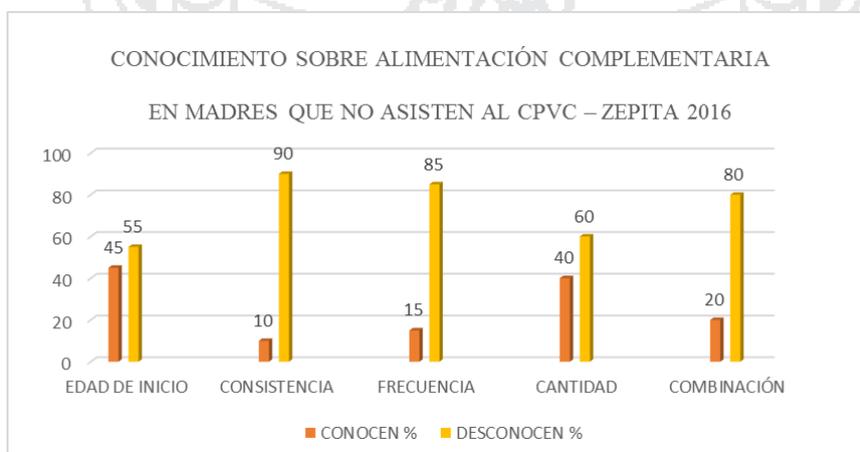
FUENTE: Cuestionario y Escala Likert aplicado a madres de Zepita - 2016

FIGURA 2



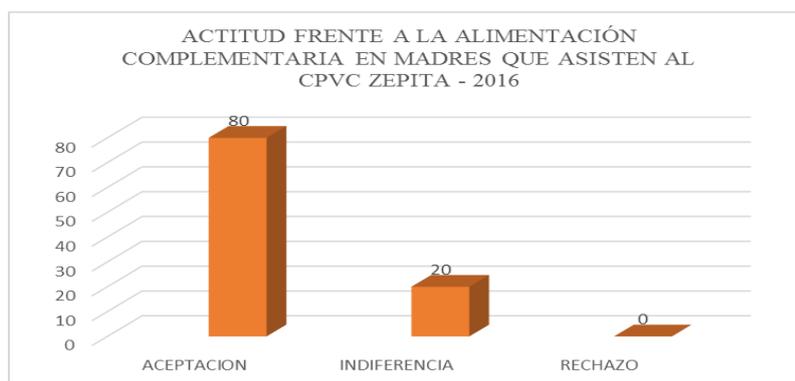
FUENTE: Cuestionario y Escala Likert aplicado a madres de Zepita - 2016.

FIGURA 3



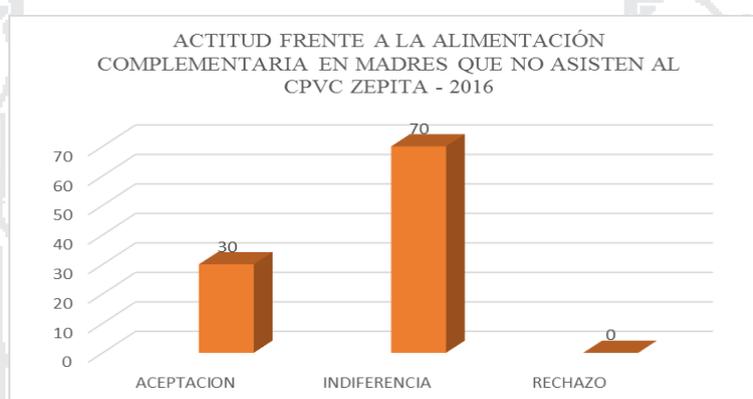
FUENTE: Cuestionario y Escala Likert aplicado a madres de Zepita - 2016.

FIGURA 4



FUENTE: Cuestionario y Escala Likert aplicado a madres de Zepita - 2016.

FIGURA 5



FUENTE: Cuestionario y Escala Likert aplicado a madres de Zepita - 2016.

ANEXO 17
DATOS GENERALES DE LAS MADRES QUE ASISTEN Y NO ASISTEN AL CPVC ZEPITA – SAN PEDRO

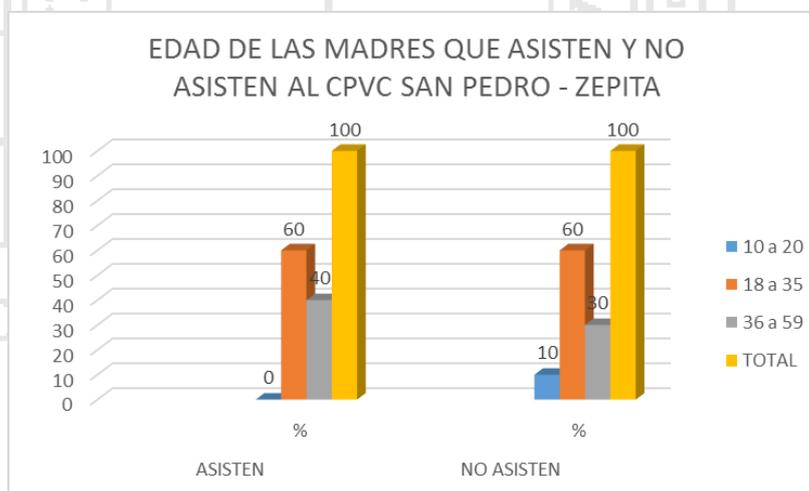
TABLA 10
EDAD DE LAS MADRES QUE ASISTEN Y NO ASISTEN AL CPVC, POR GRUPOS ETARIOS- ZEPITA I-4 2016

EDAD	ASISTEN		NO ASISTEN	
	Nº	%	Nº	%
Menor de 18	0	0.0	2	10.0
18 - 35	12	60.0	12	60.0
36 - 59	8	40.0	6	30.0
TOTAL	20	100.0	20	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada por la ejecutora de la investigación

En la tabla se aprecia que el 60% de las madres que asisten y no asisten al CPVC se encuentran dentro de las edades de 18 a 35 años de edad.

FIGURA 6



FUENTE: Encuesta aplicada por la ejecutora de la investigación

TABLA 11

ANEXO 15

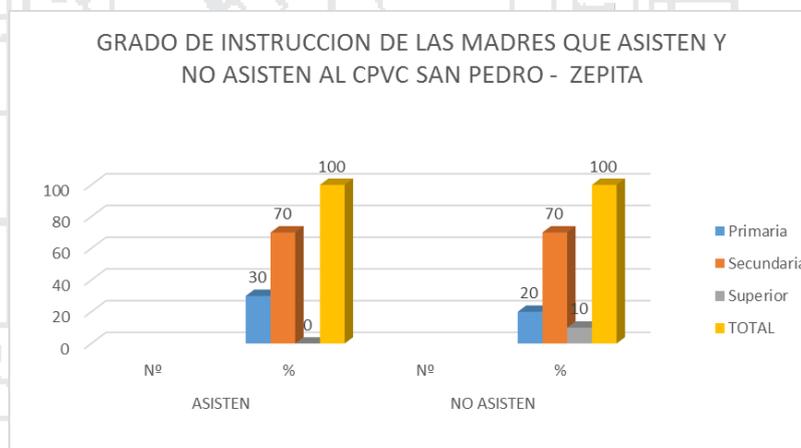
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES QUE ASISTEN Y NO ASISTEN AL CPVC SAN PEDRO - ZEPITA 2016

GRADO DE INSTRUCCIÓN	ASISTEN		NO ASISTEN	
	Nº	%	Nº	%
Primaria	6	30.0	4	20.0
Secundaria	14	70.0	14	70.0
Superior	0	0.0	2	10.0
TOTAL	20	100.0	20	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada por la ejecutora de la investigación

En la tabla se aprecia que el 70% de las madres que asisten y no asisten al CPVC se encuentran con un grado de instrucción de secundaria y un 30% de las que asisten y 20% de las que no asisten al CPVC se encuentran con grado de instrucción de primaria.

FIGURA 7



FUENTE: Encuesta aplicada por la ejecutora de la investigación

TABLA 12

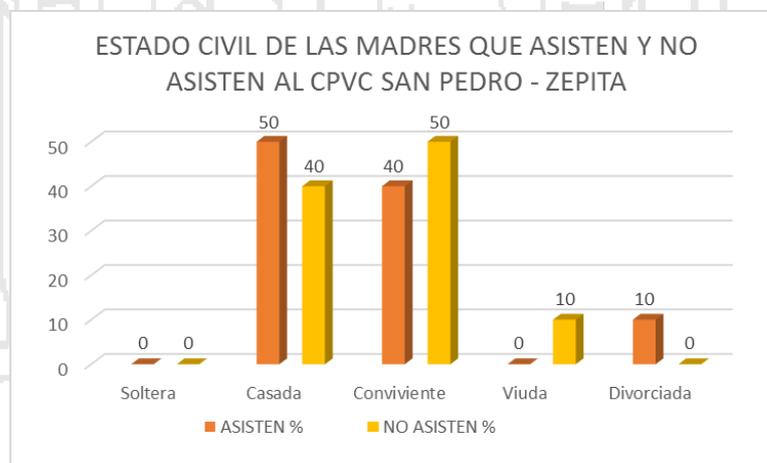
ESTADO CIVIL DE LAS MADRES QUE ASISTEN Y NO ASISTEN CPVC - ZEPITA 2016

ESTADO CIVIL	ASISTEN		NO ASISTEN	
	Nº	%	Nº	%
Soltera	0	0.0	0	0.0
Casada	10	50.0	8	40.0
Conviviente	8	40.0	10	50.0
Viuda	0	0.0	2	10.0
Divorciada	2	10.0	0	0.0
TOTAL	20	100.0	20	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada por la ejecutora de la investigación

En la tabla se aprecia que el 50% de las madres que asisten al CPVC son casadas y el 10% son divorciadas; el 50% de las que no asisten al CPVC son convivientes.

FIGURA 8



FUENTE: Encuesta aplicada por la ejecutora de la investigación

ANEXO 18

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE LA EJECUCIÓN DEL
PROYECTO



En el CPVC San Pedro
Zepita



En el CPVC San Pedro
Zepita con la participación
de autoridades.



Mi compañera de apoyo con
las madres del CPVC Zepita.



Encuestando a la madre en el
CPVC San Pedro Zepita.



Encuestando a la madre en el CPVC
San Pedro Zepita.



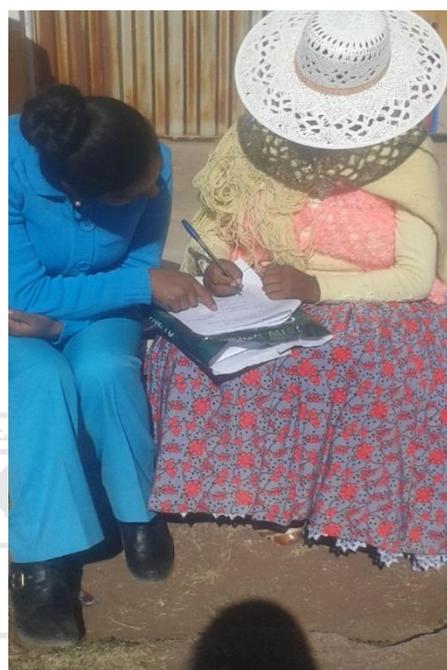
Encuestando a la madre en el CPVC
San Pedro Zepita.



En el CPVC San Pedro
Zepita con la participación de
persona de salud.



Encuestando a la madre en el C.S Zepita I - 4



Encuestando a la madre en el C.S Zepita I - 4



Encuestando a la madre en el C.S Zepita I -4