

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

*ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA*



**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN**

**COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS**

**DE 6 A 12 MESES. CENTRO DE SALUD**

**EL BOSQUE – TRUJILLO, 2018**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORES:** BACH. NOYMI AMPARO ANGELES MINAYA  
BACH. MILI ARASELI PASCUAL VASQUEZ

**ASESORA:** Ms. GLORIA ISABEL. GONZÁLEZ VALDIVIA

TRUJILLO, PERÚ  
2018

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

*ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA*



CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN

COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS

DE 6 A 12 MESES. CENTRO DE SALUD

EL BOSQUE – TRUJILLO, 2018

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

**AUTORES:** BACH. NOYMI AMPARO ANGELES MINAYA  
BACH. MILI ARASELI PASCUAL VASQUEZ

**ASESORA:** Ms. GLORIA ISABEL. GONZÁLEZ VALDIVIA

TRUJILLO, PERÚ  
2018

## DEDICATORIA

*Con todo mi cariño y amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños y motivarme cuando sentía que mi camino se terminaba a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.*

*A mi esposo **Eduar Rodriguez**, mis Hijos **Cristhian y Alonzo**, quienes son mi motor y mi fuente de energía e inspiración para seguir adelante, contribuyendo con la fortaleza familiar.*

*A mi madre **Florencia** y mis hermanos por brindarme su apoyo, cariño y por estar en los momentos más importantes de mi vida. Este logro también es de ustedes.*

**Noymi**

## DEDICATORIA

*A mis queridos padres: **Santiago y Yaneth**, pilares fundamentales en mi vida, con mucho amor y cariño les dedico todo mi esfuerzo, ya que a lo largo de mi vida siempre han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo incondicional en todo momento.*

*A mis hermanos: **Alex, Yesica, Daniela y Jesús**, por compartir conmigo los momentos más importantes y a mi novio **Henry** por ser parte de mi vida y siempre motivarme en seguir adelante.*

*A mis papitos **Esmila** y para mi ángel que me cuida desde el cielo **Álvaro** que con su gran amor, apoyo y consejos siempre buscan lo mejor para mí. Gracias querida familia.*

**Mili**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por darnos la vida, salud y sabiduría para poder concluir exitosamente nuestros estudios.

A nuestra asesora Ms. Gloria Isabel González Valdivia por su comprensión, y apoyo en la elaboración de nuestra tesis y habernos brindado los conocimientos necesarios, los cuales han sido el soporte para seguir avanzando en nuestro desarrollo personal y profesional.

A las madres del centro de salud del bosque que participaron en el estudio, ya que sin su ayuda no hubiese sido posible la realización de este trabajo de investigación.

**Noymi y Mili**

# TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
TABLA DE CONTENIDO.....	iii
INDICE DE TABLA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	24
III. RESULTADOS.....	29
IV. DISCUSIÓN:.....	33
V. CONCLUSIONES.....	36
VI. RECOMENDACIONES:.....	37
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXO.....	43

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>TABLA III - 1:</b> CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES. CENTRO DE SALUD EL BOSQUE - TRUJILLO, 2018.....	<b>27</b>
<b>TABLA III - 2:</b> PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES. CENTRO DE SALUD EL BOSQUE - TRUJILLO, 2018.....	<b>28</b>
<b>TABLA III - 3:</b> RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES. CENTRO DE SALUD EL BOSQUE - TRUJILLO, 2018.....	<b>29</b>

## RESUMEN

El trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud el Bosque Trujillo, 2018. El estudio fue de tipo correlacional y de corte transversal; la muestra fue realizada y constituida por 120 madres. Se aplicó dos instrumentos para la recolección de datos, el primero que se utilizó fue la encuesta de conocimientos para madres sobre alimentación complementaria y el segundo fue un cuestionario para medir las prácticas de alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 12 meses, obteniendo los siguientes resultados: En relación al conocimiento, el 81.7% de las madres tienen conocimiento regular, mientras el 16.6% tienen conocimiento alto y el 1.7% conocimiento bajo. Con respecto a las prácticas sobre alimentación complementaria, el 84.2% de las madres tuvieron prácticas alimentarias regulares, el 15.8% prácticas buenas. Según la prueba estadística de Chi Cuadrado, con un valor p de 0.000 y se puede afirmar que existe relación altamente significativa entre el conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses.

**Palabras claves:** Conocimiento, prácticas de alimentación complementaria, madres.

## **ABSTRACT.**

The research work had the aim of determining the relationship between knowledge and complementary feeding practices in mothers of children from 6 to 12 months of the El Bosque Trujillo Health Center, 2018. The study was of a correlational and cross-sectional type; the sample was made and constituted by 120 mothers. Two instruments were applied for data collection, the first one used, was the knowledge poll for mothers on complementary feeding and the second was a questionnaire to measure the complementary feeding practices of the mothers of children from 6 to 12 months, obtaining the following results: In relation to knowledge, 81.7% of mothers have regular knowledge, while 16.6% have high knowledge and 1.7% low knowledge. With respect to complementary feeding practices, 84.2% of mothers had regular dietary practices, 15.8% good practices. According to the Chi-squared statistical test, with a P value of 0.000 and it can be affirming that there is a highly significant relationship between knowledge and complementary feeding practices in mothers of children aged 6 to 12 months.

**Key words:** knowledge, complementary feeding practices, mothers.

# I. INTRODUCCIÓN

## 1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La lactancia materna es la principal fuente de alimentación para el infante de 6 a 12 meses, pero no es suficiente por lo que se requiere la alimentación complementaria con el fin de satisfacer las necesidades nutricionales de los niños y niñas. Es necesario agregar alimentos de acuerdo con la edad del lactante ya que en esta etapa es muy vulnerable y está expuesto a diferentes enfermedades; es decir, suministrar una alimentación complementaria adecuada, ello implica proporcionar los alimentos que el niño necesita para poder desarrollarse adecuadamente (1).

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), la alimentación complementaria debe administrarse a partir de los 6 meses de vida, lo que significa que los alimentos deben tener variedad y consistencia adecuada, y administrarse en cantidades idóneas y con una frecuencia determinada, que permita satisfacer las necesidades nutritivas del niño en crecimiento, sin descuidar la lactancia materna (2).

La OMS, estimó que en el año 2016 a nivel mundial, existen cerca de 155 millones de niños menores de 5 años que padecían retardo del crecimiento, 52 millones tenían bajo peso para su talla y 41 millones tenían sobrepeso u obesidad. La cantidad de niños que reciben alimentación complementaria segura y apropiada desde el punto de vista nutritivo; en muchos países como Estados Unidos, el 23% de los niños de 6 a 23 meses cumplen los criterios de variedad en la alimentación y frecuencia de los productos apropiados para su edad (3).

En el Perú, según la Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar (ENDES) a nivel nacional, la desnutrición crónica afecta al 14,6% en menores de 5 años, 9.7 % en niños de seis meses de edad y el 10.9%, en el grupo de seis ocho meses, observando un aumento a medida que avanza su edad, periodo que se inicia la alimentación complementaria. Así mismo el grupo de niños(os)

menores 18 a 23 meses de edad alcanza el porcentaje más alto de desnutrición crónica 19.1; periodo en el que debe consumir todos los alimentos de la olla familiar, pero que debe incluir alimentos balanceados para su edad (4).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), indica que la alimentación, la salud, y el cuidado infantil tiene un impacto en el Control del Crecimiento y Desarrollo del niño, causando efectos adversos sobre el desarrollo neuronal, sistema inmunológico, aumento de la frecuencia de enfermedades infantiles e incremento de las tasas de morbimortalidad en la temprana infancia, donde el 50% de niños sufren de desnutrición. Los efectos del deficiente estado nutricional en los primeros años persisten a lo largo de la vida, aumentando el riesgo a sufrir enfermedades crónicas como sobrepeso y obesidad, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc. Además, asociado a pocos logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez (5).

En Perú, el porcentaje de niños desnutridos cuya madre no ha recibido ninguna educación asciende al 70%, a pesar de que han disminuido estos porcentajes, hay que invertir en educar a las niñas desde temprana edad. Mencionaremos también otro problema importante relacionado a la baja talla para la edad (desnutrición crónica) es la anemia, que se asocia directamente con el desarrollo cognitivo del niño. Un 13% de los niños menores de 5 años padecen desnutrición aguda moderada, y un 5% desnutrición aguda grave. Un total de 32 países tienen unos 10% o más de niños menores de 5 años con desnutrición aguda grave, que requiere tratamiento urgente (6).

El Gobierno Regional de La Libertad, tiene una contribución fundamental en llegar alcanzar sus metas regionales. Propuesta por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, MIDIS, para cumplir la meta de disminuir la desnutrición crónica infantil (DCI) a través de la cobertura de las principales intervenciones y estrategias efectivas que pone a su consideración, para ser ejecutadas como parte del esfuerzo intersectorial e intergubernamental. El periodo de 2007 – 2011. La Libertad ha padecido una disminución sostenida

de su DCI en 10.2 %. Por ello, se ubica por encima del promedio nacional (7). Uno de los factores que conduce a una práctica inadecuada en la alimentación complementaria es la falta de conocimientos de la madre sobre la importancia de cuáles son los nutrientes adecuados para sus niños, y cuales no deberían de consumir, o cuál es la edad en que debe comenzar a recibir alimentos complementarios. El deficiente nivel instrucción de la madre y la carencia de conocimientos sobre nutrición y desarrollo infantil afectan nocivamente la malnutrición de los niños. En los países andinos, por ejemplo, la prevalencia de desnutrición global es inferior en 30% a 40% entre los infantes con madres que cursaron educación primaria, en confrontación con los hijos de madres que no completaron dicho ciclo (8).

La alimentación complementaria adecuada depende de la información precisa y del respaldo competente de la familia, la comunidad y el sistema de atención sanitaria. Usualmente el conocimiento inadecuado sobre los alimentos y las técnicas de alimentación inadecuada son un factor determinante de malnutrición. Por lo tanto, es necesario optar por la adquisición de los alimentos de manera apropiada en relación con las exigencias energéticas y de nutrientes para un óptimo crecimiento y desarrollo del niño.

En el Centro de Salud El Bosque según refieren las enfermeras del Programa de Crecimiento y desarrollo, las madres cuando sus niños tienen 5 meses, empiezan a interrogar la edad adecuada para empezar con la alimentación y optan por alimentos que no son los adecuados, creando dudas en ellas. Según el sistema de información (HIS) del Centro de Salud El Bosque se observa un porcentaje marcado en anemia de niños menores de un año, alrededor del 10% de los niños que son atendidos mensuales sufren de malnutrición, en especial de anemia, situación que enmarca la importancia de poder realizar investigación acerca de este tema, ya que la problemática acerca del desconocimiento sobre alimentación complementaria es marcada (9).

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Frente a la problemática expuesta, se plantea la siguiente interrogante.

¿Existe relación entre el conocimiento y prácticas de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud el Bosque Trujillo - 2018?

## JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Una alimentación adecuada después de los seis meses es esencial ya que la lactancia materna exclusiva no es suficiente para satisfacer todas las necesidades nutricionales de los niños, por lo que es necesario ingerir alimentos complementarios. Por lo tanto, es muy importante que la madre tenga conocimiento acerca de la alimentación complementaria, ya que es ella la responsable de la alimentación en su hijo. Siendo necesario determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria para poder colaborar en resolver los problemas que se presentan durante el inicio de la alimentación.

El objetivo del cuarto milenio refiere reducir la mortalidad infantil, por lo que la enfermera como responsable del área de Crecimiento y Desarrollo del niño, debe proporcionar educación sanitaria a las madres para el inicio de la alimentación complementaria, así como un seguimiento oportuno; a fin de brindar atención de calidad de acuerdo con las necesidades identificadas en la madre y el niño.

Motiva a realizar la siguiente investigación debido a que en las prácticas pre profesionales llevadas a cabo en los diferentes establecimientos de salud, observaba a niños con bajo peso y/o baja estatura durante la consulta de Crecimiento y Desarrollo, en donde la madre manifestaba incertidumbres, dudas y refería que mantenían las costumbres ancestrales en la administración de alimentos.

La mayoría de las madres desconocían la importancia de la alimentación complementaria, y algunas inculcaban estas prácticas antes de los 6 meses, por ello es necesario establecer cuánto y qué saben las madres sobre la incorporación de nuevos alimentos, para favorecer en la solución de los problemas que están presentes durante el proceso, la información deficiente en las madres genera otros problemas en el estado de salud del niño.

Es así que la enfermera encargada del primer nivel de atención debe ampliar y mejorar la consejería sobre alimentación complementaria que se brinda a madres en el programa de Control del Crecimiento y Desarrollo del niño (CRED), fortaleciendo sus conocimientos sobre causas y consecuencias de una inadecuada alimentación, ya que últimamente se evidencia una población vulnerable de riesgo que son los niños de 6 a 12 meses, por lo tanto debe ser necesario llevar a cabo estrategias preventivas promocionales en los establecimientos de salud.

Con los resultados del presente estudio se podrá orientar las actividades preventivas promocionales, de la enfermera en el programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED) quien desempeña un papel relevante en la educación sobre alimentación complementaria, y atención oportuna tendientes a disminuir los riesgos tales como desnutrición, obesidad y malos hábitos alimentarios.

### **1.3. HIPÓTESIS**

#### **1.3.1. Hipótesis de investigación (H1)**

Existe relación entre el conocimiento y prácticas de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses.

#### **1.3.2. Hipótesis nula (H0)**

No existe relación entre los conocimientos y prácticas de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses. Centro de Salud El Bosque - Trujillo, 2018.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Identificar el nivel de conocimiento de alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud El Bosque.
- Identificar la práctica de alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud el Bosque.

## **1.5. MARCO TEÓRICO**

### **1.5.1. Bases teóricas**

Durante el primer año de vida, el niño triplica su peso y duplica su talla. Al mismo tiempo, las funciones de los órganos y la composición del cuerpo experimentan cambios espectaculares relacionados con el desarrollo. Esta rápida velocidad de crecimiento y desarrollo impone necesidades de mantenimiento, ya relativamente elevadas. Además, la iniciación de la salida de dientes del niño y la inmadurez de sus procesos digestivos y metabólicos obligan a disponer de alimentos fácilmente digeribles con los que pueda satisfacer las necesidades nutricionales del niño (10).

Esta etapa de cambios importantes en el niño tanto en el crecimiento físico como en aspectos de la maduración, la necesidad de nutrientes es importante para sintetizar los nuevos tejidos. Durante el primer año es muy acelerado, el niño triplica su peso de nacimiento, aumenta la mitad de su estatura de nacimiento y alcanza el 70% del crecimiento cerebral. El desarrollo neuromuscular es rápido, el Sistema Nervioso Central (SNC) se vuelve más estable por lo que permite al niño mayor dominio motor (11).

Las necesidades de energía, proteínas, vitaminas, carbohidratos, grasas, agua y minerales aumentan en el sexto mes de vida. Una dieta balanceada debe incluir estas sustancias diariamente, cada alimento tiene una función específica y proporciona principios nutricionales muy específicos. Las necesidades energéticas del niño para el crecimiento durante el primer año son muy grandes, inversamente proporcionales a la edad del niño y, varían con la velocidad de crecimiento y tipo de tejido sintetizado según la edad. Es decir, la energía y los nutrientes son aportados por los alimentos (12).

La nutrición es un procedimiento biológico en el cual los organismos digieren los alimentos y fluidos necesarios para el funcionamiento, el mantenimiento de sus funciones vitales. Las bases de una buena nutrición, supone consumir una dieta suficiente y equilibrada, combinada con el ejercicio físico regular, que constituyen los pilares fundamentales para disfrutar de una buena salud. Garantizar una alimentación infantil sana implica que, desde la gestación, tanto en el útero como en el primer año de vida, los aportes nutricionales sean los adecuados (13).

Durante el primer año de vida la nutrición del niño se debe considerar como un proceso continuo cuyo inicio óptimo puede depender de los eventos previos a la concepción, lo que afectará no solo a la madre, sino también al feto y al niño en la etapa postnatal. En estas primeras etapas de la vida, tiene un papel importante en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta, como la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares (14).

Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que la nutrición durante la infancia y la primera infancia es fundamental para garantizar que los niños logren su pleno potencial en relación con el crecimiento, la salud y el desarrollo. De lo contrario, aumenta el riesgo de padecer enfermedades y es responsable, directa o indirectamente, de aproximadamente un tercio de los casi 8 millones de muertes que se estima ocurrieron en 2016, en los primeros años de vida (15).

El proceso de la nutrición se da desde el inicio de la vida por lo que es importante, para la supervivencia la especie humana. Está relacionada con el desarrollo cerebral y cognitivo del ser humano. El cerebro para realizar sus funciones como el aprendizaje, concentración, memoria, rendimiento mental e incluso estados de ánimo; están influenciados por estos nutrientes (16).

La nutrición y el crecimiento del cerebro mantienen relación directa, ya que la alimentación provee los nutrimentos necesarios, luego estos son utilizados adecuadamente en el organismo por lo tanto se tiene las moléculas necesarias para formar el tejido nervioso en crecimiento. Es por esto que una deficiencia en la nutrición va a ocasionar una disminución moderada del número de células cerebrales si la desnutrición sobreviene durante el primer año de vida, habrá una mayor probabilidad de riesgo en el aprendizaje y en la conducta del niño (17).

En la actualidad, hay suficiente certeza de que la lactancia materna protege contra las infecciones gastrointestinales y en menor grado las infecciones respiratorias y que el efecto protector incrementa a una mayor duración y exclusividad en la primera mitad de la vida. Esto también se ha asociado con un descenso del riesgo de muerte súbita, enfermedad atópica, avance en el surgimiento de la enfermedad celíaca, descenso del riesgo de enfermedades crónicas como obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo I, enfermedad de Crohn y linfoma (18).

La leche materna está cambiando su composición química desde el parto, calostro, leche de transición, leche madura. Está de igual forma se acomoda perfectamente a las necesidades del niño. La leche humana mantendrá por si sola el crecimiento normal del niño durante los primeros 4 a 6 meses de vida. Se han identificado 200 componentes en la leche materna, está también contiene células vivas como macrófagos, neutrófilos, linfocitos, células epiteliales, membranas y glóbulos grasos. Tiene 3 grupos de componentes: componentes específicos del órgano y la especie como la mayoría de los lípidos y las proteínas. Componentes presentes en todas las especies como la lactosa. Componentes específicos de la especie, pero no del órgano como la albúmina y algunas inmunoglobulinas (19).

Hasta los 6 meses de edad la leche materna cubre las necesidades del lactante, a partir de entonces es necesario introducir una alimentación mixta adecuada y oportuna para cubrir las demandas nutricionales. En este periodo ocurren procesos fisiológicos que fundamentan las condiciones de aptitud del organismo para recibir estos alimentos. El niño ya ha perdido el reflejo de protrusión y comienza con movimientos masticatorios inmaduros. La amilasa pancreática ha madurado para la degradación de hidratos de carbono de fácil digestibilidad; existe una madurez intestinal que permite la introducción adecuada de nuevos alimentos con un riesgo reducido de reacciones de hipersensibilidad. La función renal permite tolerar una mayor carga de soluto ya que el filtrado glomerular ha logrado más de la mitad de su madurez (20).

Es por eso que cuando la leche materna ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, debe agregar alimentos complementarios a su alimentación. La transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria generalmente cubre la etapa de 6 a 18 a 24 meses de edad, y es una etapa muy vulnerable, cuando la malnutrición comienza para muchos niños, y entre los que más contribuye al alto predominio de malnutrición en los niños menores de un año de edad en todo el mundo. La OMS estima que en los países de bajos ingresos dos de cada cinco niños sufren atraso en el crecimiento (21).

La alimentación complementaria comprende de los 6 meses a más después de la lactancia materna exclusiva, etapa también llamada ablactancia, en la cual el niño comienza a ingerir otros alimentos, pues poco a poco adquieren capacidad para tolerar, deglutir, saborear, digerir y absorber alimentos diferentes a la leche. Dicho de otra manera, se mantiene la lactancia, pero se comienza la introducción de otros alimentos, estos deben ser nutritivos y deben administrarse en cantidades indicadas para que el niño continúe creciendo (22).

En termino alemán la alimentación complementaria, se denominada Beikost que significa alimento adicional, se refiere a la introducción en la alimentación del niño de alimentos sólidos y/o líquidos diferentes de la leche de la madre. La introducción de alimentos distintos a la leche materna se debe a razones nutricionales, los requerimientos a determinada edad no pueden mantenerse con leche sola. Las reservas hepáticas de hierro se van perdiendo y la leche materna no tiene suficiente hierro para cubrir sus necesidades. Alimentarias, el niño requiere el desarrollo de hábitos alimentarios que requieren la introducción de diversos alimentos. En cuanto al tipo de alimentos y a la preparación culinaria de los mismos, pueden variar dependiendo de variables sociales, culturales, familiares, religiosas y económicas (23).

La importancia de iniciar la alimentación complementaria en el momento adecuado no solo responde a la necesidad de satisfacer los requerimientos nutricionales del niño, sino también a aprovechar la oportunidad que ofrece este período para establecer las primeras bases de lo que luego será los hábitos de alimentación del individuo. Este período es óptimo para estimular la capacidad de masticar; adquirir el gusto por diferentes sabores, olores y texturas; y consumir alimentos con una alta densidad de nutrientes, particularmente hierro, para evitar la deficiencia y la anemia por ferropriva (24).

A partir, del 4<sup>o</sup> ó 6<sup>o</sup> mes es cuando debe iniciarse la alimentación. A los 5 a 6 meses del niño tiene requerimientos hídricos, ello permite la utilización de alimentos semisólidos, con lo que se aumenta el aporte energético sin tener que aumentar el volumen de la dieta. A esta edad el niño ha madurado en su función digestiva y tiene, capacidad para utilizar adecuadamente otros alimentos, como es el caso del almidón. La situación que se produce como barrera que ejerce el intestino y que hace posible consumir alimentos que, anteriormente podrían ser absorbidos como tales en pequeñas cantidades y comportarse como antígenos (25).

La iniciación de la alimentación complementaria necesita de la madurez morfofuncional del niño digestión y absorción apropiada de nutrientes, control de cabeza y tronco, uso de los músculos masticadores, erupción dental, aumento de la percepción sensorial, extinción del reflejo de extrusión y distinción de nuevas texturas, sabores, olores, temperaturas y consistencia de los alimentos. A esta edad, usualmente aparecen neofobias alimentarias, presentadas por una resistencia a la integración de nuevos alimentos. Esta característica es el resultado de un período de maduración de la conducta alimentaria y constituye un momento crucial en la adopción de patrones dietéticos adecuados; la comida debe ser ofrecida reiterativamente hasta que sea aceptada normalmente (26).

El objetivo es asegurar un aporte nutricional óptimo asegurando un adecuado crecimiento a si mismo se establecen las bases para la adquisición de hábitos alimenticios en la vida del niño. Ya que los lactantes experimentan un proceso de crecimiento físico y desarrollo muy rápido, durante este periodo es esencial una nutrición ideal, esta etapa inicial es crítica, si se da un déficit nutricional durante el primer año de vida altera el desarrollo físico y mental por otro lado la sobre alimentación contribuye al sobre peso y promueven la obesidad en los niños (27).

La Alimentación complementaria es la incorporación de nuevos alimentos que deben complementar los nutrientes de la leche materna, se dará a partir de los 6 meses momento en el que el niño ha alcanzado una madurez neurológica ya que facilitan la introducción de diferentes alimentos, madurez gastrointestinal la mucosa intestinal es más permeable a moléculas grandes, aumento de requerimientos energéticos para cubrir la demanda ya que la lactancia materna es insuficiente y necesitan mayor cantidad de energía para que cubran las necesidades nutricionales del niño (28).

Para iniciar la alimentación complementaria se deben tener en cuenta múltiples factores involucrados en el éxito de su buena implementación, tales como la edad, la capacidad del niño para la digestión y absorción de los diferentes micro y macronutrientes presentes en la dieta, las habilidades sociales y motoras adquiridas, el medio socioeconómico en el que se encuentra y la incapacidad de la leche materna de asegurar un aporte energético de nutrientes que garanticen el crecimiento y desarrollo adecuado del niño (29).

La American Academy of Pediatrics (APP) recomienda que las comidas blandas se introduzcan entre los 4 y 6 meses de edad. El primer alimento que se añade a la dieta del niño es habitualmente cereal de arroz, las ventajas de introducir cereales en primer lugar es que son un aporte de hierro en un momento en el que las reservas prenatales de hierro empiezan a disminuir, pocas veces causan una reacción alérgica y son fáciles de digerir. Se dan una o dos cucharadas justo antes de la toma de leche materna. Cuando el niño toma  $\frac{1}{4}$  de taza de cereal dos veces al día, habitualmente entre los 6 y 8 meses, pueden introducirse las verduras o la fruta. Entre los 8 y 10 meses se han introducido la mayoría de las frutas y verduras, pueden añadirse a la dieta carne u otras proteínas (30).

La alimentación complementaria está constituida por aquellos alimentos que ingiere el niño, distintos de la leche de su madre. Como los jugos, papillas de cereales, las verduras y carnes o pescados. Se propone una dieta con una densidad energética de 0.8 Kcal/g. Los niños de 6-8 meses deberían recibir 2 o 3 comidas al día como alimentación complementaria, los niños de 9-11 meses 3 o 4 comidas al día. Por lo tanto, es fundamental que desde los primeros momentos de la alimentación se adquieran buenos hábitos que apoyen la salud a través del ciclo vital, esto requiere una buena educación alimentaria de madre y niños (31).

Los requerimientos energéticos del lactante para su desarrollo durante el primer año son muy importante, inversamente proporcionales a la edad del niño y, cambian con la celeridad del crecimiento y tipo de tejido sintetizado según la edad. La proporción de energía suministrada por los principios inmediatos debería ser similar a la aportada por la leche materna. Estos requerimientos son: las grasas proporcionan 50-54% de energía, los carbohidratos el 36-40% de energía y las proteínas un 7% de energía, siendo estos primordiales para el desarrollo y crecimiento del niño (32).

Las proteínas son cadenas de polipéptidos constituidos por aminoácidos unidos entre sí, dentro de sus funciones biológicas tenemos que actúan como enzimas, actúan como componentes estructurales, transportadores de moléculas, participan en la formación de hormonas y como receptores. Así mismo son esenciales para la formación y desarrollo de todas las células del cuerpo. La leche materna tiene la menor concentración de proteínas (0,9g/100ml). Cantidad necesaria para crecimiento del niño (33).

Durante los primeros cuatro meses las grasas son la principal fuente de energía del niño; contribuyen con 40% a 50% de las calorías que proporciona la leche humana. La absorción de las grasas ocurre como fase final de las siguientes secuencias de eventos, la dispersión de los glóbulos de grasa en una fina emulsión; la hidrólisis de los triglicéridos en la interfase acuosa de la emulsión; y la conversión de los productos grasos insolubles en el agua, de la interfase acuosa, a forma absorbibles. Para que tenga lugar esta secuencia, es necesaria la presencia de la lipasa y las sales biliares. Las grasas mantienen la estructura y función de la membrana celular, y regulan el transporte, la degradación y eliminación del colesterol. Su función energética fundamental, es la reserva de combustible del cuerpo (34).

Los minerales, como las vitaminas, intervienen como cofactores en el metabolismo del cuerpo y participan en todas las reacciones bioquímicas. Además, forman parte de numerosas estructuras corporales como en el caso del calcio y el fósforo en los huesos y permiten una multitud de funciones fisiológicas, como la contracción y la relajación muscular, así como la transmisión de impulsos nerviosos, el mantenimiento del pH y la presión osmótica (35).

Las vitaminas son sustancias orgánicas imprescindibles en los procesos metabólicos que tienen lugar en la nutrición de los seres vivos. No aportan energía, puesto que no se utilizan como combustible, pero sin ellas el organismo no es capaz de aprovechar los elementos constructivos y energéticos suministrados por la alimentación. Las vitaminas deben ser aportadas a través de la alimentación, puesto que el cuerpo humano no puede sintetizarlas. Con una dieta equilibrada y abundante en productos frescos y naturales, dispondremos de todas las vitaminas necesarias y no necesitaremos ningún aporte adicional (36).

El conocimiento de la madre comienza con la poca información e inexperiencia que tiene sobre el cuidados que debe brindar a su hijo; especialmente en la transición de la lactancia materna a la alimentación complementaria, a menudo no saben en primera instancia que alimentos dar a sus hijos; es por ello que Salazar Bondy citado por Bunge, define el conocimiento como un acto es decir un proceso psíquico que lo realizamos como sujetos conscientes, este acto entendiéndose como aprehensión del proceso mental y no físico. El conocimiento como contenido asume que se adquiere a través de los actos de conocer el producto de la operación mental, este contenido significativo el hombre lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto (37).

Se entiende por conocimiento al proceso por el cual el ser humano refleja en su cerebro las condiciones características del mundo circundante, que se adquieren y conservan a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y el aprendizaje del sujeto. Es decir, el origen del conocimiento está en la misma actividad práctica del ser humano, cuando éste entra en relación con la naturaleza y la sociedad tiene posibilidad de aprenderla. Para la pedagogía el conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un evento. (38).

El conocimiento de alimentación complementaria es la información adquirida mediante la experiencia, la educación o la comprensión teórica práctica de un asunto relacionado con la realidad, proporciona diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación; de modo que el conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje a posteriori, o de la introspección a priori (39).

El conocimiento empírico se basa en la experiencia y en última instancia en la percepción, pues nos dice que es lo que es, lo que existe y cuáles son sus características. Se ha adquirido a lo largo de la existencia de cada persona como resultado de sus experiencias. En tanto el conocimiento científico es un enfoque crítico de la realidad se basa en el método científico que fundamentalmente trata de percibir y explicar desde lo esencial a lo más prosaico, el porqué de las cosas. Es crítico y teórico porque investiga y explica la realidad objetivamente, a través de la investigación científica, trata de captar la esencia de los fenómenos, preservando principios, hipótesis, para resolver los fenómenos que afronta la sociedad (40).

Por lo tanto, el que llevan a cabo en la realización de una actividad de forma continua y según sus reglas, habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continua de una

actividad, la aplicación de una idea, la teoría o doctrina, el uso continuado o habitual que se hace de una cosa, ejercicio llevado a cabo bajo la dirección de una persona para obtener la habilidad o experiencia en una profesión, trabajo o aprendizaje y al mismo tiempo la actitud se considera como el vínculo entre el conocimiento adquirido y la sensación que provoca en el individuo, con la acción que tendrá lugar en el presente y futuro (41).

Así mismo, el conocimiento consiste en la asimilación de la realidad indispensable para la práctica en el proceso de creación de conceptos y las teorías. Esta asimilación refleja de una manera creativa, racional y activa; los fenómenos, las propiedades y las leyes del mundo objetivo y tienen una existencia real en forma del sistema lingüístico. Es decir, el conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye en la razón (42).

Práctica es cualquier forma coherente y compleja de actividad humana cooperativa, socialmente establecida, a través de la cual se logran bienes internos a esa forma de actividad, La gran mayoría de las prácticas ya sean individuales, grupales u organizacionales son soluciones rutinarias a los problemas. Estas rutinas se volvieron automáticas y continúan así, se dan por sentadas, hasta que exista la demanda de que el problema se resuelve de otra manera (43).

Según Apolinario, las prácticas alimentarias, son el conjunto de actividades, influenciadas por los procesos socioeconómicos y culturales de la madre que se lleva a cabo para satisfacer necesidades alimentarias del niño. Supone un orden, desde la preparación hasta el consumo de los alimentos, que consiste en la disposición, selección, compra, conservación y preparación. Estas prácticas influirán mayormente en el adecuado estado nutricional del niño, de esta manera contribuir con el óptimo desarrollo del niño (44).

Los alimentos que se utilizan para llenar las diferentes brechas nutricionales del niño alimentado al seno se conocen como alimentos complementarios. Las practicas exitosas de la alimentación del niño se deben al menos bajo cuatro aspectos fundamentales proporcionar cantidades suficientes de alimentos de adecuada calidad para satisfacer sus requerimientos nutricionales; utilizar alimentos que no predispongan a la aspiración de las vías aéreas; orientar la alimentación según la capacidad funcional del niño, especialmente en lo que se relaciona con la maduración del tracto gastrointestinal y de los riñones; y evitar o disminuir el riesgo de alergias alimentarias (45).

La naturaleza innovadora de buena práctica se completa con su eficacia. En este contexto, la innovación educativa va mucho más allá de la mera producción de novedad; debe demostrar su efectividad y replicabilidad. Sólo en tales condiciones una buena práctica se convierte, en la expresión de un conocimiento profesional o experto, empíricamente válido, formulado de manera que es transferible y, por tanto, de utilidad potencial para la comunidad correspondiente (46).

En general el concepto de buenas prácticas se refiere a una experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su efectividad y utilidad en un contexto concreto, de esta manera se mejoraran las condiciones de la calidad de vida (47).

La práctica es una forma de transformar una realidad, abordarla y proponer soluciones y plantear alternativas para determinadas dificultades, incluso sin saber cuál es la solución real y verdadera para cada situación. Dicho de otra manera, la práctica es

la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. Pero sin lugar a duda, la práctica no debe verse como un componente aislado, sino que, para una mejor comprensión, requiere ser mirada en su relación con la teoría (48).

Esta investigación tiene como marco de referencia el modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, que es definida como aquellas actividades realizadas para el desarrollo de recursos que mantengan o identifiquen el bienestar de la persona. Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos - preceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras para la salud. Y está inspirada en dos sustentos teóricos: la teoría de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather (49).

Este modelo surge como una propuesta de integrar la enfermería a la ciencia de comportamiento identificando los factores que influyen en los comportamientos saludables. Solo con el entendimiento y comprensión de quienes son las personas a quienes nos vamos a dirigir y educar, podremos dar intervenciones de calidad; la enfermera debe tener mucha paciencia, dedicación y trabajar sin juzgar a la población por sus costumbres, y de utilizar múltiples técnicas de aprendizaje para captar mejor su atención. La aplicación de la teoría en la presente investigación se demuestra en el trato amable a las madres de familia, en la confianza que se les brinda para expresar sus inquietudes, y la aplicación de diversas técnicas de aprendizaje resaltando siempre la capacidad de la madre para tener hijos con un óptimo crecimiento y desarrollo (50).

El modelo abarca dos fases, la toma de Decisiones y la Acción. En la primera fase, el modelo incluye 7 factores cognitivos perceptuales, que son considerados como mecanismos motivacionales primarios para la adquisición y mantenimiento de las conductas promotoras de salud. Se identifican dentro de estos factores, la importancia de la salud, control de salud percibida y autoeficacia percibida. Así como también 5 factores modificantes que influyen indirectamente en los patrones de conducta promotora de salud. En la segunda fase, tanto las barreras como las indicaciones de acción impulsan las actividades de promoción de la salud que se dirige hacia el incremento del nivel de bienestar y actualización individual o grupal (51).

### **1.5.2. Antecedentes de la investigación**

#### **Nivel internacional:**

García I. en Guatemala en el 2014, realizó una investigación sobre caracterización de prácticas de alimentación complementaria que realiza la madre del niño de 6 meses a un año de edad. Los resultados fueron que el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria es baja solo 36.36% tienen conocimiento respecto a la edad de inicio de alimentación complementaria y el 63.63% de las madres desconocen la edad que se inicia la introducción de otros alimentos aparte de la lactancia materna (52).

Escobar M. en Ecuador en el 2014, estudio la relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas que acuden a consulta externa de pediatría en el hospital de Latacunga, los resultados fueron un mayor número de madres 51%, con un nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria de categoría media; mientras que un 29% de madres presentaron un nivel de conocimientos bajo y un 20% un nivel alto, y según la

práctica muestra que la mayoría de mujeres 47%, realiza prácticas medianamente aceptables; por otro lado, las prácticas de alimentación complementaria de un 37% de madres fueron poco favorables (53).

### **A nivel nacional**

Hidalgo, F. En Chimbote el 2015 en su estudio sobre conocimiento y práctica de la alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2015 donde el nivel de conocimiento medio asciende a un 57,6%, el nivel de conocimiento alto alcanza el 36,4% y el nivel de conocimiento bajo obtiene un 6%; estas cifras muestran que las madres conocen sobre la alimentación complementaria de manera relativa. El nivel de práctica en alimentación complementaria es favorable en un 57,6% y muestra un nivel de práctica desfavorable del 42,4%. En el nivel de práctica desfavorable, el nivel alto de conocimiento es 21,2 %, el nivel medio asciende a 30,3%, mientras que el nivel bajo obtuvo un 6% (54).

Cisneros E. Vallejo Y. En Chiclayo el 2014 en su investigación sobre la Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6- 24 meses. Se obtuvo como resultados 96.7% de madres que alcanzaron un nivel de conocimientos Alto, luego en prácticas se muestra el 76% de las madres tenían una práctica adecuada, y el 24% practicas inadecuadas, finalmente 6.7% de madres tienen actitudes inadecuadas, asimismo el 93.3% de las madres tienen actitudes adecuadas (55).

Zavaleta S. En Lima el 2011, en su estudio sobre Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el centro de salud "Nueva Esperanza". Obtuvo como Resultado: del 100% (40), 55% (22) de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación

complementaria; 45% (18) desconocen. En cuanto a las prácticas 61% (25) tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% (15) tienen prácticas inadecuadas (56).

### **A nivel local**

Chumpitazi, C. Rodriguez, K. En Trujillo el 2014 en su estudio sobre Prácticas de alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante menor. Hospital Jerusalén se obtuvo como resultado el 34.6% de las prácticas de alimentación complementaria fueron buenas, el 51.9% tuvo prácticas de alimentación complementaria regulares y el 13.2% tuvo malas prácticas de alimentación complementaria (57).

## II. MATERIAL Y MÉTODO

### 2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

#### 2.1.1. Diseño general: No experimental

El tipo de estudio es correlacional y de corte transversal, dónde se buscó medir relación entre las variables en estudio en un tiempo determinado (56).

#### 2.1.2. Diseño específico:

Correspondiéndole el siguiente diseño:

$$M = X_1 \quad \text{————} \quad X_2$$

Dónde:

M: Madre de niños de 6 a 12 meses

X1: Conocimiento de la alimentación complementaria

X2: Prácticas de alimentación

### 2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo conformada por 120 madres de niños entre 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud El Bosque.

#### Criterio de inclusión:

- Madres de niños de 6 a 12 meses que acuden al control de Crecimiento y Desarrollo.
- Madres de niños de 6 a 12 meses que acuden regularmente a sus citas programadas.

#### Criterio de exclusión:

- Madres de niños de 6 a 12 meses que tengan alguna enfermedad.
- Madres de niños de 6 a 12 meses que no deseen participar en el estudio.

**Unidad de análisis:** Cada una de las madres de niño de 6 a 12 meses.

## 2.3. VARIABLES

### 2.3.1. Tipos de variables

#### 2.3.1.1. Variable: Conocimiento de alimentación complementaria.

**Definición conceptual:** El conocimiento de alimentación complementaria es la información adquirida mediante la experiencia, la educación o la comprensión teórica práctica de un asunto relacionado con la realidad, proporciona diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación (39).

#### **Definición operacional:**

- Escala de medición de la variable:  
Ordinal.
- Indicador  
Encuesta de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria
- Categorías  
Nivel de conocimiento Alto  
Nivel de conocimiento Regular  
Nivel de conocimiento Bajo
- Índice  
Nivel de conocimiento alto: 40 – 50 puntos  
Nivel de conocimiento regular: 25 – 39 puntos  
Nivel de conocimiento bajo: 0 – 24 puntos.

### **2.3.1.2. Variable: Prácticas de alimentación complementaria.**

**Definición conceptual:** Es el conjunto de actividades, que la madre realiza para satisfacer las necesidades alimentarias del niño. Supone un orden, desde la preparación hasta el consumo de los alimentos, que consiste en la disposición, selección, compra, conservación y preparación (44).

#### **Definición operacional:**

- Escala de medición de la variable  
Ordinal
- Indicador  
Cuestionario de prácticas de alimentación complementaria de la madre
- Categorías  
Buena  
Regular  
Mala
- Índice  
Buena: 31 – 44 puntos  
Regular: 16 – 30 puntos  
Mala: 0 – 15 puntos

## **2.4. Técnicas e instrumentos de investigación**

### **2.4.1. Para la recolección de datos**

La recolección de datos se realizó en el mes de agosto del 2018, previamente se solicitó el permiso a la Gerente del Centro de Salud El Bosque, para realizar el trabajo de investigación. Una vez obtenida la autorización se procedió a explicar el propósito del estudio a las madres de niños de 6 a 12 meses, se les garantizó la aplicación de los principios éticos de la investigación científica referidos a mantener el anonimato y confidencialidad; además, se procedió a obtener su aceptación verbal.

El primer instrumento que se utilizó fue la encuesta sobre el conocimiento de madres de alimentación complementaria de Segura y Vásquez. Este consta de dos partes, el primero datos informativos como edad, y grado de instrucción, y la segunda parte constituido por 25 ítems referidos a la edad de inicio, frecuencia, consistencia, cantidad, contenido, medidas de higiene de la alimentación complementaria, cada ítem tiene tres respuestas No sabe= 0 puntos, desacuerdo 1 punto y de acuerdo 2 puntos; excepto en los ítems 10, 14, 16, 17 y 24, que es considerado como no sabe= 0 puntos, desacuerdo= 2 puntos y de acuerdo 1 punto. Esta escala alcanza una puntuación máxima de 50 puntos y una mínima de 0 puntos; dividido en tres escalas como nivel de conocimiento alto, regular y bajo (Anexo N° 1) (58).

El segundo instrumento que se utilizó fue el cuestionario para la medición de las prácticas de alimentación complementaria de la madre se tuvo como base el cuestionario de: Chumpitazi C. y Rodriguez K. 2014 El cuestionario está constituido por 22 ítems, cada ítem tiene tres alternativas como posibles respuestas, asignándoles puntajes de acuerdo con la frecuencia elegida, de la siguiente manera; siempre 2 puntos, a veces 1 punto y nunca 0 puntos, teniendo como puntaje máximo de 44 puntos y un mínimo de 0 puntos (Anexo N° 2) (57).

### **Validez y Confiabilidad**

Para ambos instrumentos los primeros autores tomaron la validez de contenido y de 4 juicios de expertos especialistas en el tema, teniendo como fundamento teórico a MINSA – PERÚ (2011). Para la confiabilidad de los instrumentos fue determinada a través de la aplicación de la Prueba Estadística Alfa de Crombach, en el primer instrumento las autoras realizaron la prueba piloto a 25 madres que cumplieron los criterios de inclusión, resultando un coeficiente de confiabilidad de 0.750, para el segundo instrumento lo sometieron a prueba piloto de 15 madres, resultando un coeficiente de confiabilidad de 0.844; por lo tanto, se consideras ambos instrumentos confiables.

#### **2.4.2. Para presentación de datos.**

Luego de aplicación de los instrumentos y de la obtención de la información estos fueron tabulados de manera automática ingresándolos a una base de datos estadísticos que fueron procesados en IBM SPSS Statistics 24. Los resultados, se presentaron en tablas de distribución de frecuencias con valores absolutos y relativos.

#### **2.4.3. Para el análisis e interpretación de los datos**

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial; para las variables cualitativas se trabajó con porcentajes. La prueba estadística que se utilizó para medir la relación de las variables en estudio fue la Prueba Chi cuadrado de Pearson y la prueba Gamma con un nivel de significancia del 5% ( $p < 0.05$ ).

#### **2.4.4. Consideraciones éticas:**

Para el propósito de la investigación científica y para garantizar los aspectos éticos de la población en estudio se mantuvo el principio de voluntariedad de las madres se respetó el asentimiento verbal, así mismo se les explicó el tipo de investigación a realizar, respetando el derecho de confiabilidad y asegurándoles que toda información adquirida para la investigación se mantendrá ante el anonimato y en completa confidencialidad.

## **III. RESULTADOS**

**TABLA 1**

**CONOCIMIENTO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES DE  
NIÑOS DE 6 A 12 MESES. CENTRO DE SALUD EL  
BOSQUE - TRUJILLO, 2018**

<b>Conocimiento sobre alimentación complementaria</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Alto</b>	20	16.6
<b>Regular</b>	98	81.7
<b>Bajo</b>	2	17
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Cuestionario de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria

**TABLA 2****PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES.****CENTRO DE SALUD EL BOSQUE - TRUJILLO, 2018**

<b>Prácticas alimentarias</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Buena</b>	19	15.8
<b>Regular</b>	101	84.2
<b>Mala</b>	0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta de prácticas de alimentación complementaria de la madre

**TABLA 3**

**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN  
COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES. CENTRO DE  
SALUD EL BOSQUE - TRUJILLO, 2018**

Prácticas de alimentación complementaria	Conocimiento de alimentación complementaria						TOTAL	
	Bajo		Regular		Alto		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<b>Mala</b>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Regular</b>	2	100.0	98	100.0	1	5.0	101	84.2
<b>Buena</b>	0	0.0	0	0.0	19	95.0	19	15.8
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>98</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Tabla N°1 y 2 Grados de libertad: 2  $\alpha$ : 0.05 Chi cuadrado de Pearson: 112.87 p: 0.000

#### IV. DISCUSIÓN:

En la tabla N° 1: Se observa el nivel de conocimiento de alimentación complementaria en madres en el cual se encontró que el 81.7% tienen un conocimiento regular, el 16.6% tienen un conocimiento alto y el 1.7% conocimiento bajo.

Los resultados son similares con el de Escobar M. en Ecuador en el 2014, en su estudio sobre relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas, cuyos resultados fueron que, un mayor número de madres (51%) tienen un nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria de categoría media; mientras que un 29% de madres presentaron un nivel de conocimientos bajo y un 20% un nivel alto (53).

Sin embargo, los resultados difieren con el de García I. en Guatemala en el 2014, quien encontró que el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria es baja el 36.36% (52).

Analizando los resultados podemos apreciar que el mayor porcentaje de madres de niños de 6 a 12 meses tiene un conocimiento regular sobre la alimentación complementaria, un menor porcentaje tienen un nivel de conocimiento alto en comparación del conocimiento bajo; este conocimiento que tienen las madres es el resultado de un conjunto de ideas que las madres obtienen por la información recibida en el programa de CRED, o por las personas más cercanas a ellas, es ahí donde la enfermera cumple un papel de educadora debido a que tiene un trato directo con las madres las cuales influyen positivamente sobre la alimentación de su niño.

En la tabla N° 2: En los hallazgos de las prácticas de alimentación de las madres se encontró que el 84.2% tienen prácticas alimentarias regulares, y el 15.8% prácticas buenas.

Los resultados encontrados son similares con el de Zavaleta S, en Lima el 2011, en su estudio sobre conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Nueva Esperanza donde el 61% tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% tienen prácticas inadecuadas (56).

También son similares con el de Chumpitazi, C. Rodriguez K, en Trujillo el 2014 en su estudio sobre prácticas de alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante menor. Hospital Jerusalén se obtuvo como resultado el 34.6% de las prácticas de alimentación complementaria fueron buenas, el 51.9% tuvo prácticas de alimentación complementaria regulares y el 13.2% tuvo malas prácticas de alimentación complementaria (57).

Analizando los resultados podemos observar que el mayor porcentaje de madres tienen prácticas alimentarias regulares y buenas en mayor porcentaje, esto se debe a que la mayoría de las madres pueden tener en su familia a personas con más experiencia o pueden tener de una a más hijos, por lo tanto, la experiencia hace que maneje adecuadamente la alimentación complementaria de sus hijos.

En la tabla N°3: Se muestra la relación entre el conocimiento y prácticas de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses, donde el total de madres con conocimiento bajo, el 100% realizan prácticas alimentarias regulares; del total de madres con conocimiento regular, el 100% realizan prácticas regulares; y del total de madres con conocimiento alto, el 95.0% realizan prácticas buenas y el 5% realiza prácticas regulares.

Los resultados son similares a los encontrados por Hidalgo F, en Chimbote el 2015 en su estudio sobre conocimiento y práctica de la alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2015 donde el nivel de conocimiento medio asciende a un 57,6%, el nivel de conocimiento alto alcanza el 36,4% y el nivel de conocimiento bajo obtiene un 6%; estas cifras muestran que las madres conocen sobre la alimentación complementaria de manera relativa.

El nivel de práctica en alimentación complementaria es favorable en un 57,6% y muestra un nivel de práctica desfavorable del 42,4%. En el nivel de práctica desfavorable, el nivel alto de conocimiento es 21,2 %, el nivel medio asciende a 30,3%, mientras que el nivel bajo obtuvo un 6% (54).

Como podemos observar los resultados nos muestran que el conocimiento tiene relación con las prácticas alimentarias de las madres de niños de 6 a 12 meses, siendo el conocimiento mejor con las prácticas sobre alimentación complementaria, esto puede deberse que mientras más conozcan las madres sobre la alimentación complementaria, sobre que alimentos dar, mejor será las prácticas que realicen.

Sin embargo, podemos observar que a mayor porcentaje de madres que no conozcan sobre los alimentos adecuados, las prácticas que realicen serán inadecuadas, esto puede deberse a que en su mayoría puede ser madres jóvenes o que trabajen, o tengan poco tiempo en la cual puedan dedicarse a sus hijos, a que asistan a las sesiones educativas que brindan las enfermeras en los centros de salud.

## V. CONCLUSIONES

- ❖ El nivel de conocimiento de alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 12 meses fueron el 81.7% tienen un conocimiento regular, el 16.6% conocimiento alto y el 1.7% un conocimiento bajo.
- ❖ El 84.2% de las madres tienen prácticas de alimentación complementaria regulares, mientras que el 15.8% tienen prácticas de alimentación buenas.
- ❖ Existe relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses, ya que se obtuvo estadística significativa 5% ( $p < 0,05$ ).

## **VI. RECOMENDACIONES:**

- El Centro de Salud, debe implementar sesiones educativas, mediante talleres vivenciales, en coordinación con la nutricionista, la enfermera, destinadas exclusivamente a las madres sobre alimentación complementaria, nutrición, tipo de alimentos para niños de 6 a 12 meses, con el fin de que contribuyan a un incremento en el conocimiento de las madres.
- En estudios futuros con población más amplia se debe buscar relacionar las variables tomando en cuenta los factores sociodemográficos, laborales, socioeconómico de las madres en las prácticas de alimentación complementaria.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud Familiar. ENDES Perú 2012. [Actualizado el 2014]; citado el 6 de Oct del 2018. Biblioteca Nacional del Perú. Disponible en: <http://proyectos.inei.gov.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib1075/Libro.pdf>
2. Andhanom T. Organización Mundial de la Salud. Alimentación complementaria 2015. Tema de Nutrición. Citado el 15 Sep del 2018. Disponible en: [http://www.who.int/nutrition/topics/complementary\\_feeding/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/)
3. Fernandez O. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño. [Internet] 2017. [citado 20 Sep del 2018]; 182 (1): Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
4. Instituto Nacional de estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud Familiar. ENDES Perú, 2013. Citado el 12 de Octubre del 2018. Disponible en: [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1151/index.html](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/index.html)
5. Watkins K. UNICEF. Estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años. [Actualizado el 2016]; citado el 12 de Sep del 2018. Disponible en: [https://www.unicef.org/spanish/publications/UNICEF\\_2016\\_Spanish.pdf](https://www.unicef.org/spanish/publications/UNICEF_2016_Spanish.pdf)
6. Velasquez A, Minaya P. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia Disponible: [http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/directivas/documento\\_tecnico-2014-2016.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/directivas/documento_tecnico-2014-2016.pdf)
7. Tejada C, Jacoby E. Estado Nutricional en el Perú 2011. Citado el 14 de Sep del 2018. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/directivas/documento\\_tecnico-2014-2016.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/directivas/documento_tecnico-2014-2016.pdf)
8. Martinez y Fernandez. Desnutrición Infantil en America Latina y el Caribe. Rev. UNICEF, 2006. Disponible en: <http://www.oda-alc.org/documentos/1367000434.pdf>

9. Ministerio de salud del Perú. Estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable. Centro de Salud El Bosque Trujillo - Perú, 2018.
10. Ziegler E, Filer L. editores. Conocimientos actuales sobre nutrición. Vol 1. 7a ed. Washington, D.C, E.U.A, 1997.
11. Ramírez B. Crecimiento y Desarrollo. Vol. 1. 1ª ed. Editorial Panamericana. S.A. de C.V. España, 2010.
12. Lazaro A, Martínez B. Alimentación del niño. An Pediat. [Internet]. 2012 [Citado 11 Ago del 2018]; 9(1). Disponible en:  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion\\_lactante.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/alimentacion_lactante.pdf)
13. Rivero M, Moreno L, Valera G. editores. Nutrición Infantil. Vol 1. 1a ed. Tipolinea, S.A.U. España; 2015.
14. Brundtland H. Estrategia mundial para la Alimentación del niño. [Actualizado el 2012]; citado el 12 de Sep del 2018. Disponible en:  
[http://www.who.int/nutrition/publications/gs\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf)
15. Machado L. Nutrición pediátrica. Vol 1. 1a ed. Editorial Panamericana; Venezuela, 2000.
16. Moreno M. Nutrición y desarrollo cognitivo. [Citado el 13 Ago 2018]. Disponible en:  
[http://www.tarea.org.pe/images/Tarea74\\_MariaT\\_Moreno.pdf](http://www.tarea.org.pe/images/Tarea74_MariaT_Moreno.pdf)
17. Marín Z. Elementos de la nutrición humana. Vol.1. 1a ed. Editorial Santillana. Costa Rica, 1999.
18. Rodríguez E. Alimentación complementaria y nutrición. Vol. 1 4a ed. Editorial Montana. España, 2010; 5(7): 75-83.
19. Cameron M, Hofvander Y. editores. Manual para alimentación de infantes y niños pequeños Vol. 1. 1a ed. Pax México; 1998.
20. Raspini M, Stábile V, Dirr A, Di Iorio A. Alimentación del Niño Sano. Vol.1. 1a ed. Editorial Estrada. Argentina, 2010.
21. Mohamed S, Martínez P. editores. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y niño. Vol. 1. 2a ed. Editorial Grijalbo. España, 2010.
22. Jiménez J, Zarzuelo A, Mataix J. Tratado de Nutrición y Alimentación. Vol. 2. 2a ed. Editorial Oceano. España, 2009.

23. Blanco T. Alimentación y Nutrición. Vol 1. 1a ed. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas S.A.C. Lima; 2011.
24. Ramirez JA, Cadena JF, Cuadros CA. Actualidades en alimentación complementaria. [Internet] 2017. [citado 20 Ago 2018]; 182 (1): 1-5 Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4236/423650600006.pdf>
25. Casado E, Nogales A. Pediatría. 4a ed. Editorial. Diorki, Servicios Integrales de Edición. España, 2010. pp 21- 26.
26. Lozano M. Alimentación del niño. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP Vol. 2. 5a ed. Editorial Panamericana, Perú, 2012.
27. Rodríguez F, Aranceta J, Serra L. editores. Nutrición. Vol 1. 2a ed. Gea Consultoría Editorial, S.L.España, 2008.
28. Izaguirre I, Santiago R. editores. Nutrición Pediátrica. Vol 1. 1a ed. Medica panamericana C. A. Venezuela, 2009.
29. Mendoza C, Vichido L, Montijo E, Mondragón F, León J. Actualidades en alimentación complementaria. Acta Pediatr Mex. [Internet]. 2017. [Citado 11 Ago 2018].38 (3) 182-201. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v38n3/2395-8235-17-03-0182.pdf>
30. Ball J, Bindler R. Enfermería Pediátrica. Asistencia Infantil. 4a ed. Editorial. Pearson Educación S.A. España, 2010.
31. Paris E, Sánchez I, Beltramino D, Copto A. Meneghello. Pediatría. Vol. 1. 6a ed. Editorial medica panamericana. Argentina, 2014. pp. 202.
32. Hernández S. Alimentación complementaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 249-56.
33. Cuadros M. Actualidades en Alimentación complementaria. [Internet]. 2007. [Internet] 2017. [Citado 20 Sep 2018]. 184 (3):4 Disponible en: <http://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/1390/1026>
34. O'Donnell A, Bengoa J, Torún B, Caballero B, Peña M. editores. Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. Vol 1. 17th ed. Whashington; E.U.A; 1997.
35. Castillo C. Balboa P. Torrejón C. Bascuñán K. Uauy R. Alimentación normal del niño menor de 2 años. Vol 2. 20th ed. Editorial Montano. España, 2013; 84(5): 58-65.

36. Parada A, Ríos P. Vitaminas. [Internet] 2013. [Citado el 11 Ago 2018].  
Disponibile en: file:///C:/Users/Usuario1/Downloads/15\_A\_VITAMINAS.pdf
37. Manrique C. El conocimiento Humano. Vol. 1 3a ed. Editorial Montena S.A. España, 2017.
38. Carbajal L. Metodología de la investigación. 28 ed. Editorial. Cooprusaca Poemia, Colombia, 2013.
39. Rodríguez P. Larrosa A. el conocimiento Vol. 1. 1a ed. México, 2013.
40. Sanguineti J. El conocimiento humano: una perspectiva filosófica. Vol 1. 1a ed. España; 2005; pp. 46.
41. Pérez L. Ciencia y conocimiento: El conocimiento científico. Vol. 1. 5a ed. Editorial Panamericana, Perú. 2009.
42. Rodríguez M. Conocimiento científico. Vol.2. 10a ed. Editorial Trillas S. A. Colombia; 2006.p. 45.
43. Alarcón, A. y García, H. Prácticas alimentarias: Relación con el consumo y estado nutricional infantil México. 2008.
44. Apolinario M. Manual de pediatría y nutrición en niños. 1a ed. Editorial Panamericana. Perú: UNMSM; 2015.p.78-80
45. Marín A, Jaramillo J, Gómez J, Gómez L. Manual de pediatría ambulatoria. Vol. 1. 1a ed. Editorial medica panamericana. Colombia, 2008. pp. 65-67.
46. Linkages C. Prácticas alimentarias y dietéticas recomendadas para mejorar la nutrición en niños. Vol. 2. 17th ed. Editorial Académica Española. España, 2010.
47. Gainza, G. La práctica Alimentaria y la Historia. Revista electrónica semestral de estudios semióticos de la cultura, Madrid 2002. Vol.2.
48. Rodriguez D. Buenas prácticas en el ámbito educativo y su orientación a la gestión del conocimiento. [Internet] 2016. [citado 12 Ago 2018];  
Disponibile en:  
file:///C:/Users/Usuario1/Downloads/Dialnet.BuenasPracticasEnElAmbitoEducativoYSuOrientacionAL-5057024.pdf
49. Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. Vol 1. 2a ed. Editotial Diomaris. España, 2000.
50. Marriner A. Modelos y teorías en Enfermería. Vol 1. 4a ed. Editotial Diorki Servicios Integrales de Edición. España, 1999.

51. Pender N, Cols. Health Promotion in Nursing Practice. Edition; EE. UU, 2011.
52. García, I. 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. Guatemala, 2014.
53. Escobar, M. Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas que acuden a consulta externa de pediatría en el Hospital del IESS de Latacunga en el Período, Quito, 2014.
54. Hidalgo, F. Nuevo Chimbote. Conocimiento y práctica de la alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2015.
55. Cisneros E. y Vallejo Y. Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación 22 complementaria de madres con niños 6-24 meses - Reque. Universidad Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, 2015.
56. Zavaleta S. Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de salud "Nueva Esperanza". En Lima, 2011.
57. Chumpitazi, C. Rodríguez, K. Prácticas de alimentación complementaria de la madre y el estado nutricional del lactante menor. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, 2014.
58. Segura J, Vasquez M. Conocimiento materno sobre Alimentación complementaria en la Nutrición del lactante. Universidad Nacional de Trujillo, 2015

# **ANEXO**

## ANEXO N°01



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

### ENCUESTA DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Tomado de Vásquez y Segura (2015)

Edad.....

Grado de Estudios.....

**INSTRUCCIONES:** Sra. Madre de familia a continuación se le presenta una lista de enunciados para lo cual se le solicita responder con claridad y sinceridad; marcando con la opción que esté de acuerdo.

Nº	PREGUNTAS	ACUERDO	DESA- CUERDO	NO SABE
1	Alimentación complementaria significa dar al bebé alimentos semisólidos más lactancia materna.			
2	A partir de los 6 meses de edad se debe de empezar a dar al bebé alimentos semisólidos.			
3	Al iniciar la alimentación del bebé los alimentos deben de ser espesos y de consistencia suave.			
4	Se debe de empezar la alimentación del bebé con papillas, puré y mazamoras.			
5	Cuando se inicia con la alimentación del bebé no se debe utilizar sal ni azúcar.			
6	Al iniciar la alimentación del bebé es importante incluir en la dieta verduras y/o frutas (zanahoria, zapallo, espinaca, plátano, manzana) en forma de puré.			
7	Se debe de agregar una cucharada de aceite a la comida del bebé.			
8	Debe empezar la alimentación del bebé con 2 a 3 cucharadas con una frecuencia de 2 veces al día.			
9	A partir de los 7 a 8 meses se debe dar alimentos al bebé de 3 a 5 cucharadas 3 veces al día.			
10	Los caldos o sopas son nutrientes adecuados para su bebé.			

11	Los alimentos brindados al bebé deben de ser variados (sabor, olor, textura, consistencia, etc.) para animarlos a comer			
12	A partir de los 8 meses se debe agregar a la alimentación del bebé en forma progresiva los cereales y legumbres.			
13	A partir de los 9 a 11 meses de debe dar alimentos al bebé de 5 a 7 cucharadas 4 veces al día.			
14	Es necesario agregar a la dieta del bebé alimentos enlatados.			
15	A la hora de alimentar al bebé se debe dar más importancia al tipo de alimentos que a la cantidad.			
16	A partir de los 9 meses de edad se debe de empezar a dar clara de huevo.			
17	Si él bebé no tiene apetito se debe obligar a que tome los alimentos.			
18	A partir de los 10 meses de edad se le debe brindar al bebé alimentos picados.			
19	A partir del año de edad se debe de agregar a la dieta del bebé jugo de frutas ácidas (piña, fresa, naranja, durazno).			
20	A partir del año se debe dar alimentos al bebé de 7 a 10 cucharadas 5 veces al día.			
21	Al año de edad él bebé debe de consumir los alimentos que se preparan para toda la familia.			
22	Los suplementos vitamínicos en la alimentación del bebé son mejores que los alimentos naturales.			
23	Antes de preparar los alimentos del bebé debe lavarse las manos y lavar los utensilios.			
24	Se deben de dar juguetes al bebé para que se estimule y siga comiendo.			
25	Él bebé debe de comer en la mesa y en su propio plato.			



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ENCUESTA DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN  
COMPLEMENTARIA

Tomado de Vásquez y Segura (2015)

Edad.....

Grado de Estudios.....

**INSTRUCCIONES:** Sra. Madre de familia a continuación se le presenta una lista de enunciados para lo cual se le solicita responder con claridad y sinceridad; marcando con la opción que esté de acuerdo.

Nº	PREGUNTAS	ACUERDO	DESA- CUERDO	NO SABE
1	Alimentación complementaria significa dar al bebé alimentos semisólidos más lactancia materna.	2	1	0
2	A partir de los 6 meses de edad se debe de empezar a dar al bebé alimentos semisólidos.	2	1	0
3	Al iniciar la alimentación del bebé los alimentos deben de ser espesos y de consistencia suave.	2	1	0
4	Se debe de empezar la alimentación del bebé con papillas, puré y mazamoras.	2	1	0
5	Cuando se inicia con la alimentación del bebé no se debe utilizar sal ni azúcar.	2	1	0
6	Al iniciar la alimentación del bebé es importante incluir en la dieta verduras y/o frutas (zanahoria, zapallo, espinaca, plátano, manzana) en forma de puré.	2	1	0
7	Se debe de agregar una cucharada de aceite a la comida del bebé.	2	1	0
8	Debe empezar la alimentación del bebé con 2 a 3 cucharadas con una frecuencia de 2 veces al día.	2	1	0
9	A partir de los 7 a 8 meses se debe dar alimentos al bebé de 3 a 5 cucharadas 3 veces al día.	2	1	0
10	Los caldos o sopas son nutrientes adecuados para su bebé.	1	2	0
11	Los alimentos brindados al bebé deben de ser variados (sabor, olor, textura, consistencia, etc.)	2	1	0

	para animarlos a comer			
12	A partir de los 8 meses se debe agregar a la alimentación del bebé en forma progresiva los cereales y legumbres.	2	1	0
13	A partir de los 9 a 11 meses de debe dar alimentos al bebé de 5 a 7 cucharadas 4 veces al día.	2	1	0
14	Es necesario agregar a la dieta del bebé alimentos enlatados.	1	2	0
15	A la hora de alimentar al bebé se debe dar más importancia al tipo de alimentos que a la cantidad.	2	1	0
16	A partir de los 9 meses de edad se debe de empezar a dar clara de huevo.	1	2	0
17	Si él bebé no tiene apetito se debe obligar a que tome los alimentos.	1	2	0
18	A partir de los 10 meses de edad se le debe brindar al bebé alimentos picados.	2	1	0
19	A partir del año de edad se debe de agregar a la dieta del bebé jugo de frutas ácidas (piña, fresa, naranja, durazno).	2	1	0
20	A partir del año se debe dar alimentos al bebé de 7 a 10 cucharadas 5 veces al día.	2	1	0
21	Al año de edad él bebé debe de consumir los alimentos que se preparan para toda la familia.	2	1	0
22	Los suplementos vitamínicos en la alimentación del bebé son mejores que los alimentos naturales.	2	1	0
23	Antes de preparar los alimentos del bebé debe lavarse las manos y lavar los utensilios.	2	1	0
24	Se deben de dar juguetes al bebé para que se estimule y siga comiendo.	1	2	0
25	Él bebé debe de comer en la mesa y en su propio plato.	2	1	0



## ANEXO N°02

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO ORREGO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

### CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LA MADRE

Tomado de: Chumpitazi, C. y Rodriguez, K. (2014)

#### INSTRUCCIONES:

Estimada madre de familia a continuación le presentamos una lista de preguntas, agradecemos su colaboración, e invocamos responder marcando con una (x) la respuesta que considere GRACIAS.

Dónde: **S** es Siempre, **AV** es A Veces y **N** es Nunca

#### I. PRÁCTICAS DE LA MADRE:

Nº	Ítems	S	AV	N
1	Ud. Sigue dando leche materna a su niño.			
2	Le brinda leche materna a su niño cuando éste lo requiere.			
3	Proporciona a su niño carnes todos los días.			
4	Consume huevo diariamente su niño.			
5	Consume jugos naturales diariamente su niño.			
6	Su niño consume todo tipo de verduras y frutas.			
7	Su niño consume galletas, chocolates, dulces, gaseosas, etc.			
8	Su niño consume alimentos ricos en hierro tales como sangrecita, carnes, hígado, menestras, yema de huevo, brócoli, etc.			
9	Su niño consume 4 comidas al día.			

10	Le da a su niño más de 5 cucharadas de papilla en cada comida.			
11	Proporciona alimentos frescos y recién preparados a su niño.			
12	Ud. utiliza agua hervida para preparar los jugos a su niño.			
13	Consume su niño alimentos de diferentes sabores.			
14	Solicita los valores de hemoglobina de su niño que le han tomado durante el CRED.			
15	Le proporciona suplementos de hierro profiláctico a su niño.			
16	Cree Ud. que brinda un ambiente agradable a su niño a la hora de comer (le canta, juega, pone música, etc.).			
17	Conoce los valores normales de hemoglobina de su niño.			
18	Es puntual al llevar a su niño al control.			
19	Complementa la alimentación de su niño con fórmula láctea.			
20	Se lava las manos al preparar los alimentos.			
21	Mantiene en todo momento la higiene y limpieza cuando prepara los alimentos de su niño.			
22	Ud. limpia y desinfecta adecuadamente los utensilios que utiliza para alimentar a su niño.			



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEJOR ORREGO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA  
DE LA MADRE**

Tomado de: Chumpitazi, C. y Rodriguez, K.

(2014)

**INSTRUCCIONES:**

Estimada madre de familia a continuación le presentamos una lista de preguntas, agradecemos su colaboración, e invocamos responder marcando con una (x) la respuesta que considere GRACIAS.

Dónde: **S** es Siempre, **AV** es A Veces y **N** es Nunca

**II. PRÁCTICAS DE LA MADRE:**

Nº	Ítems	S	AV	N
1	Ud. Sigue dando leche materna a su niño.	2	1	0
2	Le brinda leche materna a su niño cuando éste lo requiere.	2	1	0
3	Proporciona a su niño carnes todos los días.	2	1	0
4	Consume huevo diariamente su niño.	2	1	0
5	Consume jugos naturales diariamente su niño.	2	1	0
6	Su niño consume todo tipo de verduras y frutas.	2	1	0
7	Su niño consume galletas, chocolates, dulces, gaseosas, etc.	2	1	0
8	Su niño consume alimentos ricos en hierro tales como sangrecita, carnes, hígado, menestras, yema de huevo,	2	1	0

	brócoli, etc.			
9	Su niño consume 4 comidas al día.	2	1	0
10	Le da a su niño más de 5 cucharadas de papilla en cada comida.	2	1	0
11	Proporciona alimentos frescos y recién preparados a su niño.	2	1	0
12	Ud. utiliza agua hervida para preparar los jugos a su niño.	2	1	0
13	Consume su niño alimentos de diferentes sabores.	2	1	0
14	Solicita los valores de hemoglobina de su niño que le han tomado durante el CRED.	2	1	0
15	Le proporciona suplementos de hierro profiláctico a su niño.	2	1	0
16	Cree Ud. que brinda un ambiente agradable a su niño a la hora de comer (le canta, juega, pone música, etc.).	2	1	0
17	Conoce los valores normales de hemoglobina de su niño.	2	1	0
18	Es puntual al llevar a su niño al control.	2	1	0
19	Complementa la alimentación de su niño con formula láctea.	2	1	0
20	Se lava las manos al preparar los alimentos.	2	1	0
21	Mantiene en todo momento la higiene y limpieza cuando prepara los alimentos de su niño.	2	1	0
22	Ud. limpia y desinfecta adecuadamente los utensilios que utiliza para alimentar a su niño.	2	1	0