

# Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud  
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



## TESIS

**ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS  
DE 6 MESES A 24 MESES SOBRE LA ALIMENTACIÓN  
COMPLEMENTARIA EN EL CONSULTORIO DE  
CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL CENTRO  
DE SALUD PERÚ COREA- HUÁNUCO – 2015**

Para Optar el Título Profesional de:  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TESISTA**

GARCÍA CABELLO, Yanett Rocío

**ASESORA**

Dra. RODRÍGUEZ ACOSTA, Gladys Liliana

**Huánuco – Perú**

**2017**



**UDH**  
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO  
<http://www.udh.edu.pe>

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 5:00 horas del día 30 del mes de junio del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

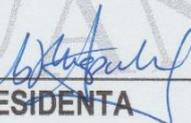
- Mg. Bethsy Diana Huapalla Céspedes **Presidenta**
- Lic. Enf. Nidia Victoria Rosales Córdova **Secretaria**
- Lic. Enf. Rosa María Vargas Gamarra **Vocal**

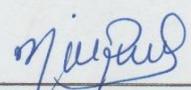
Nombrados mediante Resolución N°965-2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: **“ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 24 MESES SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA – HUÁNUCO 2015”**, presentada por la Bachiller en Enfermería Srta. Yanett Rocío GARCÍA CABELLO, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

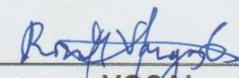
Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 15 y cualitativo de BUENO.

Siendo las, 19.00 horas del día 30 del mes de JUNIO del año 2017, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

  
PRESIDENTA

  
SECRETARIA

  
VOCAL

---

**“ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 24 MESES SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL CENTRO DE SALUD PERÚ COREA- HUÁNUCO – 2015”.**

---

### **DEDICATORIA**

A Dios a quien debo mi existencia y los logros que he alcanzado, porque sin su guía mi vida no sería la misma, A mí querida madre y familia por su amor, dedicación, paciencia y esfuerzo logran que yo sea una mejor hija, profesional y persona, a mis docentes quienes se han tomado el arduo trabajo de transmitirme sus diversos conocimientos en la parte teórica y práctica.

## AGRADECIMIENTO

A Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Al término de esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr este objetivo.

A la Universidad de Huánuco por darme la oportunidad de estudiar y a mis docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y motivación han logrado que pueda terminar con éxito mis metas.

A los expertos que han validado mi instrumento de encuesta, con las correcciones que realizaron lo pude mejorar.

Agradezco al Centro de Salud Perú Corea por permitirme realizar mi trabajo de investigación.

A la asesora Dra. Gladys Liliana Rodríguez Acosta por su apoyo incondicional, orientación y consejos, que hizo lo posible la culminación del informe de tesis.

El autor

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar las actitudes y prácticas de las madres de niños de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea- Huánuco – 2015. **Métodos.** Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, transversal, realizado en 73 madres cuyos hijos tienen las edades de 6 meses a 24 meses. Quienes respondieron una guía de entrevista sociodemográfica, escala de actitudes y prácticas; previa validación y confiabilidad. Se tuvo en cuenta la aceptación del consentimiento informado por la muestra en estudio. En el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba para una proporción para contrastar las hipótesis. **Resultados:** El 91,8% manifestaron actitudes positivas sobre alimentación complementaria y al comparar este valor con el de contraste que fue del 70,0% resulta diferente significativamente estadísticamente con  $p \leq 0,000$ . Las actitudes positivas sobre alimentación complementaria es diferente y mayor respecto al valor propuesto de contraste, el 90,4% demostraron prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria y al comparar este valor con el de contraste que fue del 70,0%, resulta diferente significativamente estadísticamente con  $p \leq 0,000$ . En otras palabras, las prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria es diferente y mayor respecto al valor propuesto de contraste. **Conclusiones:** Las madres encuestadas en su mayoría tienen actitudes positivas y prácticas adecuadas.

**Palabras clave:** *Actitud, prácticas, alimentación complementaria, madres.*

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the attitudes and practices of mothers of children aged 6 months to 24 months on complementary feeding in the growth and development office in the Health Center Korea- Peru Huánuco - 2015.

**Methods.** A descriptive, observational, prospective, cross-sectional study, conducted on 73 mothers whose children are ages 6 months to 2 years was conducted. Respondents a guide sociodemographic interview, scale of attitudes and practices; prior validation and reliability. Acceptance of informed consent for the study sample was taken into account. Test was used for a proportion in the inferential analysis of the results for the hypotheses.

**Results:** 91.8 % expressed positive attitudes about complementary feeding and comparing this value with the contrast was 70.0 % is statistically significantly different  $p \leq 0,000$ . Positive attitudes on complementary feeding is different and more on the proposed contrast value.

90.4 % showed appropriate complementary feeding practices and comparing this value with the contrast was 70.0 %, is statistically significantly different  $p \leq 0,000$ . In other words, appropriate complementary feeding practices is different and greater contrast on the proposed value.

**Conclusions:** mostly mothers surveyed have positive attitudes and practices.

**Keywords:** Attitude, practices, complementary feeding mothers.

## INTRODUCCIÓN

Entre los 6 y 24 meses de edad, espacio en que se inicia la alimentación complementaria, cuando existen deficiencias nutricionales aumentan el riesgo de muerte por enfermedades infecciosas, además de presentar un retraso en el crecimiento del niño<sup>1</sup>.

Después de esta edad, es muy difícil revertir la falla de crecimiento. Lo cual conlleva a consecuencias inmediatas antes de los cinco años de edad que es la desnutrición crónica<sup>2</sup>.

Una adecuada nutrición es indispensable para determinar la alimentación ideal de un individuo en cualquier periodo de vida y en diferentes condiciones ambientales. Durante los primeros meses la nutrición del niño alimentado ha sido el patrón para establecer los requerimientos nutricionales en esta etapa<sup>3</sup>.

Cuando la leche materna ya no cubre con los requerimientos nutricionales del niño que le permitan crecer y desarrollarse saludablemente se requiere introducir otros alimentos para cubrirlos, a eso se le denomina alimentación complementaria, la cual se debe iniciar a los 6 meses de edad; ni antes ni después, puesto que se podrían generar consecuencias desfavorables para el niño<sup>4</sup>.

En este contexto el presente estudio tuvo por objetivo determinar las actitudes y prácticas de las madres de niños de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú corea- Huánuco – 2015, para lo cual se ha estructurado 5 capítulos.

En el primer capítulo se aborda el problema de la investigación que contiene descripción del problema, formulación del problema, objetivos, hipótesis, identificación de variables, operacionalización de variables y justificación de la investigación donde se encuentra el nivel teórico, práctico y metodológico.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico que contiene antecedentes de investigación tanto internacionales, nacionales como locales, bases teóricas, bases conceptuales.

En el tercer capítulo exhibe la metodología, el cual contiene el tipo de estudio, diseño de estudio, población, muestra y muestreo, técnicas e instrumentos de recolección de datos donde se muestra la validez y la confiabilidad, procedimientos de recolección de datos, elaboración de los datos, análisis e interpretación de los datos, consideraciones éticas.

El cuarto capítulo se muestra el análisis de resultado que contiene los resultados descriptivos, resultados inferenciales.

En el quinto capítulo se muestra la discusión de resultados.

Finalmente se presenta las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

<b>ÍNDICE DEL CONTENIDO</b>		<b>Pág.</b>
Dedicatoria.....		<b>I</b>
Agradecimientos.....		<b>II</b>
Resumen.....		<b>III</b>
Abstract.....		<b>IV</b>
Introducción.....		<b>V</b>
<b>CAPÍTULO I</b>		
<b>1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>		
1.1. Descripción del problema.....		1
1.2. Formulación del problema.....		4
1.3. Objetivos.....		6
1.4. Hipótesis.....		7
1.5. Variables.....		8
1.6. Operacionalización de las variable.....		9
1.7. Justificación e importancia.....		11
1.7.1. A nivel teórico.....		11
1.7.2. A nivel práctico.....		12
1.7.3. A nivel metodológico.....		13
<b>CAPÍTULO II</b>		
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>		
2.1. Antecedentes de investigación.....		14
2.2. Bases teóricas que sustentan el estudio.....		23
2.2.1 Modelo de promoción de la salud de Nola Pender		23
2.2.2. Motivación humana de Abraham Maslow.....		25
2.2.3. El autocuidado Teoría de Dorothea Orem.....		26
2.3. Bases conceptuales.....		27
<b>CAPÍTULO III</b>		
<b>3. MARCO METODOLÓGICO</b>		
3.1. Tipo de estudio.....		45
3.2. Diseño del estudio.....		45
3.3. Población.....		46
3.4. Muestra y muestreo.....		47
3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos.....		48
3.5.1 Valides y confiabilidad de los instrumentos.....		50
3.6. Procedimientos de recolección de datos.....		52
3.7. Elaboración de los datos.....		53
3.8. Análisis de datos.....		53
3.9. Consideraciones éticas.....		54

**CAPITULO IV**  
**4. ANALISIS DE RESULTADOS**

4.1. Resultados descriptivos .....	55
4.2. Resultado inferencial.....	83

**CAPITULO V**  
**5. DISCUSIÓN**

5.1. Discusión de resultado.....	91
Conclusiones.....	94
Recomendaciones.....	96
Referencias bibliográficas.....	97
5.2. Anexos.....	104
5.2.1 Instrumento de guía de entrevista.....	105
5.2.2 Instrumento de escala de actitudes.....	106
5.2.3 Instrumento de escala de prácticas.....	108
5.2.4 Consentimiento informado.....	109
5.2.5 Cuestionario de validación.....	110
5.2.6 Matriz de consistencia.....	111
5.2.7 Formato de validación.....	117

<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>		<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1</b>	Edad en años de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	55
<b>Tabla 2</b>	Zona de procedencia de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	57
<b>Tabla 3</b>	Grado de escolaridad de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	59
<b>Tabla 4</b>	Número de hijos de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	61
<b>Tabla 5</b>	Ocupación de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	63
<b>Tabla 6</b>	Actitud hacia la cantidad de consumo de alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	65
<b>Tabla 7</b>	Actitud hacia la frecuencia de consumo de alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	67
<b>Tabla 8</b>	Actitud hacia la consistencia de las preparaciones de alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	69
<b>Tabla 9</b>	Actitud hacia la preparación de alimento de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	71
<b>Tabla 10</b>	Actitudes sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	73
<b>Tabla 11</b>	Prácticas de higiene de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	75

<b>Tabla 12</b>	Prácticas de conservación de los alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	77
<b>Tabla 13</b>	Prácticas de preparación de alimento de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	79
<b>Tabla 14</b>	Prácticas sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	81
<b>Tabla 15</b>	Comparación de las actitudes positivas sobre alimentación complementaria mediante valor a contrastar de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	83
<b>Tabla16</b>	Comparación de las actitudes negativas sobre alimentación complementaria mediante valor a contrastar de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	85
<b>Tabla 17</b>	Comparación de las prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria mediante valor a contrastar de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	87
<b>Tabla 18</b>	Comparación de las prácticas inadecuadas sobre alimentación complementaria mediante valor a contrastar de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015....	89

	<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1</b>	Edad en años de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	56
<b>Figura 2</b>	Zona de procedencia de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	58
<b>Figura 3</b>	Grado de escolaridad de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	60
<b>Figura 4</b>	Número de hijos de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	62
<b>Figura 5</b>	Ocupación de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	64
<b>Figura 6</b>	Actitud hacia la cantidad de consumo de alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	66
<b>Figura 7</b>	Actitud hacia la frecuencia de consumo de alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	68
<b>Figura 8</b>	Actitud hacia la consistencia de las preparaciones de alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	70
<b>Figura 9</b>	Actitud hacia la preparación de alimento de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	72
<b>Figura 10</b>	Actitudes sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	74
<b>Figura 11</b>	Prácticas de higiene de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	76
<b>Figura 12</b>	Prácticas de conservación de los alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	78
<b>Figura 13</b>	Prácticas de preparación de alimento de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de	

	Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	80
<b>Figura 14</b>	Prácticas sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	82
<b>Figura 15</b>	Comparación de las actitudes positivas sobre alimentación complementaria mediante valor a contrastar de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	84
<b>Figura 16</b>	Comparación de las actitudes negativas sobre alimentación complementaria mediante valor a contrastar de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	86
<b>Figura 17</b>	Comparación de las prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria mediante valor a contrastar de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	88
<b>Figura 18</b>	Comparación de las prácticas inadecuadas sobre alimentación complementaria mediante valor a contrastar de las madres de niños de 6 a 24 meses de consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.....	90

## CAPÍTULO I

### 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Descripción del problema

Una apropiada alimentación durante los primeros años de vida es importante para su desarrollo la cual le ayudara a tener una buena salud en su etapa de vida adulta<sup>5</sup>. La introducción oportuna de alimentos complementarios es esencial de los 6 meses hasta los 24 meses por razones nutricionales y desarrollo debido a que la leche materna para compensar los requerimientos de macronutrientes y micronutrientes se reduce con el aumento de la edad del lactante<sup>6</sup>. La alimentación complementaria tiene por objetivo cubrir las necesidades nutricionales del niño, ayuda a la interrelación madre-hijo, permite la transición del lactante de una dieta líquida a la del consumo familiar y favorecer hábitos saludables de alimentación<sup>7</sup>.

Por otro lado, las actitudes, definidas como estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la experiencia que incita a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones, pueden ser favorables o desfavorables, de rechazo o aceptación<sup>8</sup>. La formación de prácticas y conductas alimentarias inician desde las primeras etapas de la vida con la lactancia materna y consecutivamente con la alimentación complementaria, provienen de la interacción de los padres, otros miembros de la familia y los educadores<sup>9</sup>.

Es adecuado iniciar a los 6 meses con la alimentación complementaria ya que los requerimientos nutricionales cambia se presenta la evolución de los

diferentes hitos del desarrollo psicomotor, también depende de la maduración del SNC, gastrointestinal, renal<sup>10</sup>.

Respecto a lactancia materna (LM) y la alimentación habitual del niño menor de 3 años permite el desarrollo de percepciones como (procesos cognitivos que consisten en el reconocimiento, interpretación y significación para elaborar juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social)<sup>11</sup>.

La Alimentación Complementaria es esencial en la nutrición infantil donde cambia una dieta materna a una dieta familiar de acuerdo con su crecimiento requiere una demanda de nutrientes que proporciona los alimentos ya que solo la lactancia no es suficiente<sup>12</sup>.

La desnutrición viene a ser consumo insuficiente de alimentos y de llegar a presentar la aparición repetida de enfermedades infecciosas. Puede ser crónica, aguda y desnutrición según peso para la edad. Esto implica tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad, estar delgado<sup>13</sup>.

Se inicia a partir de los 6 meses de edad cuando el niño ha alcanzado un apropiado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica y necesita cubrir requerimientos nutricionales<sup>14</sup>.

A largo plazo, las deficiencias nutricionales serían una dificultad para el rendimiento intelectual, la capacidad de trabajo, la salud reproductiva y la salud general durante la adolescencia y la edad adulta<sup>15</sup>.

La alimentación complementaria debe poseer número de grupo de alimentos, cantidad, consistencia y frecuencia de consumo, que beneficien el crecimiento y desarrollo adecuado del niño. El incorrecto consumo de alimentos, tanto en cantidad y calidad puede ser perjudicial para su salud<sup>16</sup>.

Según Venegas<sup>17</sup>, Chatoor y Cols clasificaron varios tipos de desorden alimentario en infantes, los cuales se antepone a los trastornos alimentarios ya conocidos como anorexia y bulimia, entre ellos la “aversión sensorial a los alimentos” que definen así: “consistente rechazo parcial o total a comer o beber una cantidad suficiente y variada de alimentos para mantener una nutrición apropiada.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) citado por Puma<sup>18</sup>. Se debería ofrecer el alimento en un ambiente seguro, cómodo y ventilado que impida que el niño se aburra y rehúse a comer los alimentos, así como también mantener los horarios de comida.

Según sus datos, uno de los indicadores para medir el objetivo contra el hambre, la prevalencia de desnutrición, cayó del 18,6 % en el periodo de 1990 a 1992 al 10,9 % entre 2014 y 2016. Actualmente, el Sudeste Asiático concentra el mayor número de personas desnutridas, 281 millones, mientras que en África subsahariana el 23,2 % de la población pasa hambre<sup>19</sup>.

El porcentaje de personas con nutrición insuficiente a nivel mundial en las regiones en desarrollo cayó a casi la mitad desde 1990, pasando de 23,3% en el período 1990–1992 a 12,9% en el período 2014–2016<sup>20</sup>.

El Jefe del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Dr. Aníbal Sánchez Aguilar<sup>21</sup>. reveló que en el año 2015, la desnutrición crónica afectó al 14,4% de la población menor de cinco años de edad a nivel nacional, “Por

departamento, se observó que las niñas y niños menores de cinco años afectados en mayor proporción con desnutrición crónica se encuentran en Huancavelica (34,0%), Huánuco, Ucayali y Cajamarca (24,0% en cada uno). Según INFABAROMETRO<sup>22</sup>. En el Departamento de Huánuco los Niños de 0 a 59 meses con desnutrición crónica presenta los Parámetro de la OMS – 2014 es de 24,8% disminuyendo para el 2015 24,2%. Presentan anemia los niños y niñas de 0 a 3 años - ENDES en el 2014 fue 42,9% para el año 2015 disminuyo 33,4%.

Al conversar con las madres unas tienen actitudes positivas y otras negativas sobre qué tipo de alimentos le dan a sus hijos muchas refieren: “Mi mamá nos crio comiendo de todo y así crio a mi hijo”, “una vecina le da pura sopa a sus hijos y no se enferman”, “creo que las sopas son alimento”.

Esta realidad permitió analizar y plantear el trabajo de investigación sujeta a ser investigadas: Actitudes y prácticas de las madres de niños de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea- Huánuco – 2015.

## **1.2. Formulación del problema.**

### **1.2.1. Problema general.**

¿Cuáles son las actitudes y prácticas de las madres de niños de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco - 2015?

### **1.2.2. Problemas específicos.**

- ¿Cuáles son las actitudes hacia la cantidad de consumo de alimentos de las madres cuyos hijos tienen las edades de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco - 2015?
- ¿Cuáles son las actitudes hacia la frecuencia de consumo de alimentos de las madres cuyos hijos tienen las edades de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco - 2015?
- ¿Cuáles son las actitudes hacia la consistencia de las preparaciones de alimento de las madres cuyos hijos tienen las edades de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco - 2015?
- ¿Cuáles son las actitudes hacia la preparación de alimentos de las madres cuyos hijos tienen las edades de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco - 2015?
- ¿Cuáles son las prácticas de higiene que realizan las madres cuyas edades de sus hijos es de 6 meses a 24 meses sobre alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco - 2015?
- ¿Cuáles son las prácticas de conservación de los alimentos que realizan las madres cuyas edades de sus hijos es de 6 meses a 24 meses sobre

alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco - 2015?

- ¿Cuáles son las prácticas de preparación de alimentos que realizan las madres cuyas edades de sus hijos es de 6 meses a 24 meses sobre alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco - 2015?

### **1.3. Objetivos.**

#### **1.3.1. Objetivo general.**

Determinar las actitudes y prácticas de las madres de niños de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea - Huánuco – 2015.

#### **1.3.2 Objetivos específicos.**

- Identificar las actitudes hacia la cantidad de consumo de alimentos de las madres cuyos hijos tienen las edades de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015.

- Identificar las actitudes hacia la frecuencia de consumo de alimentos de las madres cuyos hijos tienen las edades de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015.

- Identificar las actitudes hacia la consistencia de las preparaciones de alimento de las madres cuyos hijos tienen las edades de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de

crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015.

- Identificar las actitudes hacia la preparación de alimentos de las madres cuyos hijos tienen las edades de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015.

- Identificar las prácticas de higiene que realizan las madres cuyas edades de sus hijos es de 6 meses a 24 meses sobre alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015.

- Identificar las prácticas de conservación de los alimentos que realizan las madres cuyas edades de sus hijos es de 6 meses a 24 meses sobre alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015.

- Identificar las prácticas de preparación de alimento que realizan las madres cuyas edades de sus hijos es de 6 meses a 24 meses sobre alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015.

## **1.4 Hipótesis**

**1.4.1. Hipótesis general.** Por ser un estudio descriptivo simple no se tendrá en cuenta la Hipótesis general; sin embargo en el estudio se formularan Hipótesis descriptivas.

#### **1.4.2. Hipótesis específicas.**

- $H_{a_0}$ : La proporción de las actitudes de las madres cuyas edades de sus hijos es de 6 meses a 24 meses sobre alimentación complementaria según nivel es (positivo/negativo), son diferentes en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015.
- $H_{a_1}$ : La proporción de las actitudes de las madres cuyas edades de sus hijos es de 6 meses a 24 meses sobre alimentación complementaria según nivel es (positivo/negativo), no son diferentes en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015.
- $H_{a_0}$ : La proporción de prácticas de las madres cuyas edades de sus hijos es de 6 meses a 24 meses sobre alimentación complementaria según nivel es (adecuado/inadecuado), son diferentes en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015.
- $H_{a_1}$ : La proporción de prácticas de las madres cuyas edades de sus hijos es de 6 meses a 24 meses sobre alimentación complementaria según nivel es (adecuado/inadecuado), no son diferentes en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015.

#### **1.5. Variables.**

##### **1.5.1. Identificación.**

Variable Principal: actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria.

## 1.5.2. Variable de caracterización

### Características demográficas

- Edad
- Lugar de Procedencia

### Características sociales

- Grado de escolaridad
- Número de hijos
- Ocupación

## 1.6. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DIMENSION	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>				
	Actitudes de las madres.	Cuantitativa Nominal	Actitudes Negativa: 0 a 17 puntos  Actitudes Positivas: 18 a 34 puntos	
Actitudes de las madres sobre la alimentación complementaria	Actitud hacia la cantidad de consumo de alimentos.	Cuantitativa Nominal	Actitudes Negativa: 0 a 4 puntos  Actitudes Positivas: 5 a 8 puntos	De razón discreta
	Actitud hacia la frecuencia de consumo de alimentos.	Cuantitativa Nominal	Actitudes Negativa: 0 a 3 puntos  Actitudes Positiva: 4 a 6 puntos	De razón discreta
	Actitud hacia la consistencia de las preparaciones de	Cuantitativa Nominal	Actitudes Negativa: 0 a 3 puntos  Actitudes Positiva:	De razón discreta

	alimentos.		4 a 6 puntos	
	Actitud hacia la preparación de alimentos.	Cuantitativa Nominal	Actitudes Negativa: 0 a 7 puntos Actitudes Positiva: 8 a 14 puntos	De razón discreta
Prácticas de las madres sobre alimentación complementaria	Prácticas de las madres.	Cuantitativa Nominal	Prácticas Inadecuadas: 0 a 15 puntos Prácticas Adecuadas: 16 a 30 puntos.	De razón discreta
	Prácticas de higiene	Cuantitativa Nominal	Prácticas Inadecuadas: 0 a 8 puntos Prácticas Adecuadas: 9 a 16 puntos	De razón discreta
	Prácticas de conservación de los alimentos.	Cuantitativa Nominal	Prácticas Inadecuadas: 0 a 3 puntos Prácticas Adecuadas: 4 a 6 puntos	De razón discreta
	Prácticas de preparación de alimentos.	Cuantitativa Nominal	Prácticas Inadecuadas: 0 a 4 puntos Prácticas Adecuadas: 5 a 8 puntos	De razón discreta
<b>VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN</b>				
Características demográficas	Edad	Cuantitativa Nominal	Años cumplidos	De razón discreta
	Lugar de Procedencia	Cualitativo Nominal	Rural	

			Urbano Urbano marginal	Nominal
Características sociales	Grado de escolaridad	Cualitativo Nominal	Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Grado superior técnico Superior universitario	Nominal
	Número de hijos	Cuantitativa Nominal	1 a 2 hijos 3 a 5 hijos 3 a 5 hijos	De razón discreta
	Ocupación	Cualitativo Nominal	Ama de casa Comerciante Otro	Nominal

## 1.7. Justificación e importancia.

### 1.7.1. A nivel teórico:

El presente estudio de investigación constituye una referencia para identificar las actitudes y prácticas maternas sobre alimentación complementaria, bajo la consideración de que la transición de la lactancia materna exclusiva a alimentación complementaria es un evento importante y fundamental en la salud y estado nutricional del niño, considerando que su implementación puede ser el origen de alergias e intolerancias, riesgos de

enfermedades como la diabetes, así como también el inicio de desnutrición, sobrepeso u obesidad o por el contrario la continuidad de un crecimiento y desarrollo adecuado en el niño; dicha situación es merecedora de importancia, sobre todo conociendo las estadísticas del país, que muestran una realidad preocupante, al existir una transición alimentaria precoz en la población, por lo que surge la necesidad de establecer cuanto y que saben las madres sobre alimentación complementaria para dar solución a los problemas que están presentes durante este proceso de introducción de nuevos alimentos, ya que de no ser tratados oportunamente generan consecuencias negativas en el estado nutricional y por lo tanto en la salud del niño.

#### **1.7.2. A nivel práctico.**

La presente investigación pertenece al área y línea de investigación de promoción de la salud y prevención de enfermedades, pretende contribuir con la eficiencia en la atención del niño y de esta manera evitar los posibles riesgos nutricionales. Así mismo consiste en proporcionar los medios necesarios para mejorar las prácticas alimentarias.

Para el caso de enfermería es esencial el estudio, ya que permitirá realizar actividades en beneficio de la familia y la comunidad, toda vez que se encarga de la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño, identificando las actitudes y prácticas de alimentación complementaria, lo que redundará en mejorar la calidad de vida del niño disminuyendo los riesgos que implica el déficit nutricional ocasionada por una ingesta inadecuada de nutrientes al inicio de su alimentación.

### **1.7.3. A nivel metodológico.**

El estudio se justifica porque está dado por la elaboración de un instrumento guía que servirá para futuras investigaciones, así mismo se tendrán en cuenta los diseños planteados en dicha investigación. Los resultados de la presente investigación contribuirán a la elaboración de nuevos estudios experimentales, programas y estrategias en el área de nutrición y alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO.**

#### **2.1. Antecedentes de investigación.**

Como antecedentes del presente estudio, se encontraron estudios realizados en otros países, en los que se asociaba directamente con las dos variables actitudes y prácticas los que sirvieron como apoyo para la elaboración del instrumento y para tener una visión de la problemática en otro entorno. Entre ellos, podemos citar:

##### **A. Antecedentes Internacionales.**

En Colombia (Cali) 2013, Beltrán, Nates y Velasco<sup>23</sup>, realizaron un estudio titulado “Prácticas de alimentación en lactantes menores de dos años de edad de Cali, Colombia”, el objetivo fue Identificar las prácticas de alimentación en lactantes menores de 2 años. El Estudio fue no experimental, descriptivo, observacional. Fueron incluidos 24 lactantes, entre los resultados se encontró que la frecuencia de las prácticas de alimentación en su orden, incluyeron: 79% fórmula infantil; 66.7% con leche materna; 59% con complementaria antes del sexto mes de vida y 54.2% con leche de vaca antes del primer año de vida. Más de la mitad de estos lactantes desnutridos menores de 2 años tenían inadecuadas prácticas de la alimentación como el inicio de la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad, y el uso de leche de vaca antes del primer año de vida, factores que alteran su estado nutricional.

En Colombia (Providencia) 2012, Estela, Jiménez y Velasco<sup>24</sup>, desarrollaron un estudio titulado “Conocimientos, Prácticas y Actitudes de madres de providencia, Colombia sobre alimentación, salud y enfermedad”, El objetivo fue describirlos Conocimientos, Actitudes, Practicas de madres sobre alimentación, salud y enfermedad, el método fue descriptivo. Entre los resultados se encontró que el 7% de las madres no lactaron a sus hijos siendo orientadas por profesionales de la salud en el 63%, y ofrecida porque protege de enfermedades en el 62.5% y da bienestar en el 33%. La alimentación complementaria fue iniciada en el 32% con frutas o cereales, respectivamente, siendo orientada por familiares en el 37.5%. Con relación a diarrea, el 55% de las madres piensan que “algo” la ocasiona; en el 59% acude al médico; el 75% ofrece hidratación oral, el 12% da frutas, y 49% retiran la leche. Entre las conclusiones se determinó que es preciso comprender la salud y la enfermedad y como se conciben las prácticas alimentarias en un contexto social particular y los cambios que se presentan a través del tiempo, por lo que hacen parte de la estructuración del constructo social cultural en el cual juegan un papel importante las ideas, los modos de actuar de los sujetos, y los intercambios históricos y culturales, que conllevan a lo que se denomina imaginario social, que concibe el establecimiento de mitos, creencias, actitudes y conocimientos que aportan identidad a la región.

En Colombia (Cali) 2011, Álvarez, Montes , Velasco y Venegas <sup>25</sup>, desarrollaron un estudio titulado “Conocimiento, prácticas y actitudes sobre alimentación normal en el primer año de vida de los estudiantes de medicina de la universidad del valle de Cali Colombia”, Su objetivo fue definir las prácticas y actitudes en los estudiantes sobre la alimentación durante el primer año de vida, se utilizó el método de estudio de prevalencia observacional, descriptivo, tipo encuesta que incluyó 105 estudiantes matriculados en el año 2005 en Medicina y Cirugía en la Universidad del Valle. Como resultado se Introduce un nuevo alimento cada 3 a 7 días los de 4<sup>to</sup> año 57.1%, 5<sup>to</sup> año 74.3%, 6<sup>to</sup> año 71.4%, inicia la alimentación complementaria en un 88,6% en total de 4<sup>to</sup> año, 5<sup>to</sup> año 6<sup>to</sup> año. 71.4%, introduce huevos luego del sexto mes de vida de 4<sup>to</sup> año 14.3 %, 5<sup>to</sup> 0,0 %, 6<sup>to</sup> año 2,9 %, introduce carnes luego del sexto mes de vida de 4<sup>to</sup> año 5.7 %, 5<sup>to</sup> año 5.7 %, 6<sup>to</sup> año 22,9%,introducir pescado de 4<sup>to</sup> año 11.4 %, 5<sup>to</sup> año 5.7%, 6<sup>to</sup> año 20%, introduce leguminosas de 4<sup>to</sup> año 42.9 %, 5<sup>to</sup> año 82.9%, 6<sup>to</sup> año 82.9 %.

En España (Santander ) 2011, Parada<sup>26</sup> , desarrollo un estudio titulado : “Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años”, el objetivo fue identificar los conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de 5 años frente a la alimentación complementaria y uso de micronutrientes en el municipio de Cúcuta, durante el I semestre de 2011, el estudio fue de carácter descriptivo, cuantitativo en el que participaron 339 cuidadores de las unidades básicas Puente Barco Leones, Libertad y Comuneros. El instrumento utilizado fue el cuestionario de “Prácticas claves”

diseñado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la estrategia Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y adaptado para la región por el Instituto departamental de Salud (IDS) del Norte de Santander. Los resultados demuestran que la introducción de alimentos complementarios se ha realizado en forma oportuna en el 70% de los casos, el destete precoz se ha dado en un 30,08% cuando se inicia ablactación, así mismo se identifica el bajo nivel de conocimientos respecto a la necesidad de introducir micronutrientes en la dieta de los menores de 5 años y sobre los alimentos donde pueden ser hallados. En ausencia de la madre, el cuidador principal del menor ha sido la abuela en el 75% de los casos, dentro de las cuales, algunas imparten el cuidado de acuerdo a sus conocimientos y creencias.

## **B. Antecedentes Nacionales.**

En Perú (Chiclayo) 2014, Chú, Cisneros y Vallejos<sup>27</sup>, realizaron un estudio titulado: “Efectividad del programa educativo en conocimientos, practicas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6 - 24 meses - Reque -2014”, el estudio fue de tipo cuantitativo - cuasi experimental, tuvo como objetivo determinar la efectividad del programa educativo en los conocimientos, prácticas y actitudes sobre alimentación complementaria en las madres. La muestra fue constituida por 30 madres, se aplicaron 3 instrumentos de recolección de datos, los mismos que fueron validados por prueba piloto y juicio de expertos, para el procesamiento de datos estadísticos se utilizó el programa SPSS y la prueba de la T de student. Asimismo los resultados mostraron que hubo

efecto significativo ( $t_c = -7.899$ ) en el conocimiento, prácticas y actitudes de las madres. El 96.7% de madres alcanzaron un nivel de conocimientos Alto, el 76% de las madres lograron una práctica adecuada, y el 93.3% de las madres mostraron actitudes adecuadas.

En Perú (Lima) 2013, Gamarra, Porroa y Quintana<sup>28</sup>, desarrollaron un estudio titulado: “Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima”, el objetivo fue identificar conocimientos, actitudes y percepciones, el estudio fue de tipo observacional descriptivo, la muestra estuvo constituido por 158 madres en donde se aplicó un cuestionario de dos segmentos constituido por preguntas cerradas con respuestas dicotómicas y actitudes constituidas por las afirmaciones correctas evaluadas según escala de Likert. Entre los resultados se encontró que el 81% de participantes mostró nivel de conocimientos alto, 65% estuvo en total acuerdo con la LM exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, 63% estaba de acuerdo con prácticas adecuadas en alimentación complementaria. La mayoría percibía que la LM debía ser hasta dos años, porque ayuda a la formación de órganos y para que el niño crezca sano; la AC se inicia a los seis meses, porque ayuda a la formación del estómago, el niño tiene más apetito y la LM ya no es suficiente; el consumo de alimentos de origen animal, frutas y verduras debía ser diario; durante la diarrea se brindaría abundante líquidos y mayor frecuencia de alimentos y en menor cantidad. Llegando a las conclusiones de que las madres presentaron nivel de conocimientos alto (81%) y

actitudes favorables (66,7%) sobre alimentación infantil, y sus percepciones en general coincidían con ello.

En Perú (Lima) 2013, Córdor y Zelene<sup>29</sup>, desarrollaron un estudio cuyo título es “Relación entre el nivel de conocimientos, las prácticas sobre alimentación complementaria de las madres y el estado nutricional del niño menor de dos años en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Centro Materno Infantil Ollantay - S.J.M., 2012”, el objetivo fue determinar la relación entre las practicas sobre la alimentación complementaria de las madres y su estado nutricional del niño menor de 2 años , la muestra estuvo constituida por 58 madres, el método fue descriptivo correlacional de corte transversal. Entre los resultados se encontró que las prácticas sobre alimentación complementaria de las madres de niños menores de dos años fue 55.2% favorables y 44.8% con prácticas desfavorables.

En Perú (Lima), 2010, Cárdenas<sup>30</sup>, realizó un estudio titulado “Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita en el 2009”. El objetivo fue establecer dicha relación. Concluyendo al final del estudio que las madres primíparas tienen en su mayoría un nivel de conocimientos medio y realizan prácticas desfavorables sobre la alimentación complementaria, donde existe relación en mayor porcentaje en la consistencia de los alimentos y la higiene; en menor porcentaje la edad de inicio, el entorno durante la alimentación y la combinación de alimentos.

En Perú (Lima) 2004, Cárdenas<sup>31</sup>, 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 objetivo fue determinar la actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. El estudio fue descriptivo transversal, la población estuvo constituida por 58 madres; el instrumento fue un formulario tipo escala de Likert y la ficha de evaluación nutricional del lactante. Entre los resultados se encontró que el 70 % (de un total de 58) de las madres tienen actitudes de indiferencia hacia el inicio de la alimentación complementaria, la consistencia de los alimentos, tipos de alimentos, finalización de lactancia materna exclusiva, frecuencia de la alimentación y tiempo especial para alimentar a sus hijos. El 100 % de las madres tienen una actitud de aceptación hacia la higiene de los alimentos. El 56.9% de las madres presentan actitudes con dirección negativa hacia la alimentación complementaria de sus hijos el 57 %.

En Perú (Lima) 2008, Jiménez<sup>32</sup>, desarrollo un estudio titulado “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza, 2008”, el objetivo fue determinar el inicio de la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Fortaleza, La muestra se obtuvo mediante el muestreo por conveniencia en un total de 45 madres y 45 lactantes. La técnica que se utilizó fue la entrevista encuesta y los instrumentos, un cuestionario semiestructurado y una lista de chequeo. Las conclusiones a las que llegó,

entre otras fueron: que la mayoría de los lactantes del centro de salud “Fortaleza” inicio la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad, un menor porcentaje inicio la alimentación complementaria antes de los 6 meses o después de los 7 meses de edad. Los lactantes que iniciaron la alimentación complementaria tardía (después de los 7 meses), tienen mayor índice de Desnutrición a diferencia de los lactantes que iniciaron su alimentación precoz (antes de los 6 meses) y normal (6 meses).

### **C. Antecedentes Locales.**

En Huánuco, 2011, Castro<sup>33</sup>, realizo un estudio titulado “Nivel de conocimiento de las madres sobre lactancia materna exclusiva y la actitud para brindar la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad del centro de salud “Carlos Showing Ferrari”. El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre lactancia materna exclusiva y la actitud para brindar la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad. Las conclusiones a las que se llegaron fue que el 80.9% de madres estudiadas presentan buenos conocimientos sobre la lactancia materna en relación al 87.3% que presentaron una actitud positiva para brindar la alimentación complementaria a los niños menores de 24 meses.

En Huánuco, 2008, Malpartida<sup>34</sup>, en su estudio titulado “Nivel de conocimiento sobre alimentación en el primer año de vida del niño y conducta alimentarias de las madres de Colpa alta – Huánuco”. El objetivo fue determinar la relación existente entre el nivel de conocimiento sobre alimentación en el primer año de vida del niño y las conductas alimentarias

de las madres llegando a la conclusión que el nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación fue un 60%, tiene un nivel de conocimiento regular, el 25% tiene un nivel de conocimiento deficiente y finalmente un 15% de madres con un nivel de conocimiento bueno por lo se afirma que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre la alimentación en el primer año de vida del niño y las conductas alimentarias de la madre.

En Huánuco 2006, Veramendi.<sup>35</sup>, realizó un estudio titulado: “Formación a promotores de salud sobre alimentación complementaria de niños de 6 a 12 meses en la prevención de la desnutrición. Distrito de Churubamba – Huánuco”, el objetivo fue determinar que la formación a promotores de salud sobre alimentación complementaria es eficaz en la prevención de la desnutrición de niños de 6 a 12 meses, el estudio fue cuasi experimental, con grupo caso control realizado entre mayo del 2006 a enero del 2007 en el Distrito de Churubamba, provincia y departamento de Huánuco. Entre los resultados se encontró que el conocimiento general sobre alimentación complementaria de las madres en el grupo experimental, observo que el 47.6% contaban con buen conocimiento. En contraste, en el grupo control, en donde el 66,7% de las madres contaban con un mínimo conocimiento y solo el 9, 5 % de las madres con buen conocimiento. Respecto a la habilidad general de las madres en el grupo experimental, manifiesto que el 52,4% contaba con habilidades correctas, y solo el 14,3% con habilidades incorrectas. Por otro lado, en el grupo control, se encontró que el 61, 9% de las madres contaban con habilidades incorrectas, y solo el 9,5% con habilidades correctas.

Los antecedentes de investigación presentados ofrecieron bases conceptuales y metodológicas para el proceso de la investigación, cada uno de los antecedentes citados representaron un gran aporte para el desarrollo de la presente investigación.

## **2.2. Bases teóricas.**

El presente trabajo de investigación tiene como referencia la utilización del modelo de enfermería de Nola Pender (1996), que utiliza el modelo de promoción de la salud en el que incluye conceptos básicos para la investigación dedicada a como son los conocimientos preventivos sobre la alimentación.

### **2.2.1. Modelo de promoción de la salud de Nola Pender**

El modelo de promoción de salud de Pender <sup>36</sup>, se basa en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura que defiende la importancia de los procesos cognitivos en la modificación del comportamiento y en la teoría de Fisbein de la acción razonada, que afirma que la conducta es una función de las actitudes personales y las normas sociales. Este modelo de Pender tiene una estructura similar al de creencia en la salud, pero no se limita a explicar la conducta y abarca también los conocimientos mediante el comportamiento que tienen las mujeres para que favorezcan la salud, en sentido amplio.

El modelo de promoción de la salud (MPS) <sup>37</sup>. Integra tres categorías: características y experiencias individuales, cogniciones y afecto específico de la conducta y el resultado conductual.

a) Características y experiencias individuales: cada persona tiene características y experiencias personales únicas que afectan las acciones

subsecuentes. La importancia de su efecto dependerá de la conducta objetivo. La conducta previa relacionada es propuesta como una variable con efectos tanto directos como indirectos en la probabilidad de realizar las conductas promotoras de la salud. El efecto directo de la conducta pasada en la conducta promotora de la salud actual puede deberse a la formación del hábito, predisponiendo a la persona a realizar la conducta. Se propone que la conducta previa moldea todas estas cogniciones y afectos específicos de la conducta. Los factores personales predicen una conducta dada, son moldeados por la naturaleza de la conducta objetivo. Se propone que los factores personales influyen directamente en las cogniciones específicas de la conducta y el afecto, así como la conducta promotora de la salud. Los factores personales son clasificados como biológicos, psicológicos y socioculturales.

b) Cogniciones y efecto específico de la conducta: esta categoría de variable dentro del MPS es considerada de mayor significancia motivacional, constituyen el núcleo crítico para la intervención, ya que son sujetas a modificación a través de las acciones de enfermería.

c) Resultado conductual, esta categoría incluye los siguientes conceptos: el compromiso con un plan de acción que inicia un evento conductual e impulsa al individuo hacia la acción, implica los procesos cognitivos subyacentes específicos en un tiempo y lugar dados y con personas específicas o solos. Sin importar las preferencias contrarias, identifica estrategias definitivas para despertar, llevar a cabo y reforzar la conducta.

La elección del Modelo de Promoción de Salud de Nola J. Pender como base teórica obedece a que es la que se acopla a nuestra problemática, dado que sus dimensiones nos ayudan a responder la problemática planteada en nuestra unidad de análisis.

**2.2.2. Teoría de Abraham Maslow<sup>38</sup>.** En la obra una teoría sobre la motivación humana (motivación y personalidad) escrita en 1943, la alimentación se encuentra en la base de la pirámide de necesidades, junto con respirar, descansar, tener relaciones sexuales y mantener el equilibrio en nuestro organismo. Estas son las necesidades fisiológicas imprescindibles para la supervivencia. A partir de ahí, y una vez estas están cubiertas, el ser humano aspira a alcanzar otras necesidades hasta alcanzar la autorrealización. En las últimas décadas, la alimentación ha recorrido todos los niveles de la pirámide de Maslow en las necesidades de la población occidental. Ha pasado de simplemente cubrir una necesidad fisiológica a exigir condiciones de seguridad. Los análisis de los diferentes hábitos dietéticos según el nivel socioeconómico de la población). Finalmente, podemos decir que la alimentación se encuentra en el nivel de la autorrealización, en el que es una herramienta que nos hace ser conscientes de la necesidad de cuidar nuestro cuerpo y espíritu para tener una vida más satisfactoria, sana y con mayor bienestar. En relación a esta percepción actual de la alimentación, la comunicación de los beneficios para la salud (actualmente en fase de regulación de la AESAN) Agencia Española de seguridad alimentaria y nutrición promueve:

- Reducir los riesgos de las enfermedades transmitidas por los alimentos.
- Garantizando la eficacia de los sistemas de control de los alimentos.
- Promoviendo una alimentación variada y equilibrada que promueva una mejor salud de la población favoreciendo su accesibilidad y la información sobre los mismos.

Funciones son:

- Coordinar las actuaciones relacionadas directa o indirectamente con la seguridad alimentaria.
- Instar actuaciones ejecutivas y normativas, de las autoridades competentes, especialmente en situaciones de crisis o emergencias.
- Coordinar el funcionamiento de las redes de alerta existentes en el ámbito de la seguridad alimentaria.
- Asesorar en la planificación y desarrollo de las políticas alimentarias.
- Elaborar, en coordinación con el Comité Científico, informes técnicos y difundirlos ir derivando a beneficios para el bienestar principalmente enfocados a las necesidades de autorrealización de los individuos.

### **2.2.3. Teoría de Dorothea Orem<sup>39</sup>.**

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto

cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician en este caso que las madres realizan para su propio beneficio y para el beneficio de su menor hijo para el mantenimiento de la vida, la salud y bienestar.

Puede considerarse que la madre cuida de sí mismo y su menor si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Promoción del bienestar.

El cuidado se inicia voluntariamente e intencionadamente por los individuos.

El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

### **2.3. Bases Conceptuales:**

A continuación se expone el conjunto de conceptos que organizarán el conocimiento respecto a las variables de estudio, orientando la investigación sobre los, actitudes y prácticas sobre la alimentación complementaria.

### 2.3.1. Definición de las actitudes.

Las actitudes son creencias emocionales, motivacionales, perceptivas y cognitivas que influyen positivamente o negativamente en el comportamiento o práctica de un individuo. Conducta de una alimentación de un individuo está influenciada por sus emociones, motivaciones, percepciones y pensamientos, la forma adecuada de preparación y de introducción de alimentos, la manipulación y la higiene son parte de las prácticas adecuadas, además de ello la actitud para crear buenos hábitos a la hora de comer.

Es como un mediador en el cambio de comportamiento, por lo que puede predecir la práctica que conlleva a que el sedentarismo se haya convertido en un problema de Salud Pública (mayor y menor calidad nutricional<sup>40</sup>).

#### a) **Actitudes hacia la alimentación<sup>41</sup>.**

**Actitud alta** (o favorable) sería quien valora; la necesidad y los beneficios de realizar una alimentación sana y equilibrada, evitando las situaciones perjudiciales con respecto a la alimentación.

**Actitud baja** (o desfavorable) sería aquel o aquella que no valora; la necesidad de una alimentación sana ni sus beneficios, prefiriendo consumir alimentos inadecuados.

#### b) **Generalidades sobre actitudes**

Es importante considerar las etapas del ciclo vital individual para entender el concepto de alimentación saludable, pues las motivaciones para alimentarse son distintas en cada una de ellas, en el caso de la madre o embarazada, la alimentación que ella decida consumir estará en directa

relación con el desarrollo de su embarazo o sus hijos; la persona cuyo trabajo depende de la imagen corporal, se alimentará en razón de esta variable; en la persona de escasos recursos o de estratos sociales muy bajos, su principal motivación será satisfacer el hambre, pero por la falta de recursos, lo hará de la forma que sus ingresos le permitan, sin considerar si ésta es saludable o no<sup>42</sup>.

**c) Características de las actitudes**

Son adquiridos en el proceso de socialización (son aprendidos).

Son prueba de pertenencia a un determinado grupo social. Están relacionados con objetos sociales (individuo, grupo, productos, manifestaciones culturales

Posee una cualidad direccional positiva o negativa, de rechazo total hasta la aceptación plena; pasando por todas las variantes que oscilan entre estos polos.

No es un proceso psíquico, pero resulta de la integración de los procesos psíquicos son susceptibles de modificarse<sup>43</sup>.

**d) Componentes de la actitud<sup>44</sup>.**

Los componentes que estructuran las actitudes son las creencias, información (componente cognitivo), el gusto o disgusto hacia algo, la valoración que le damos (que conforma el componente afectivo) y la tendencia a hacer (componente conductual). Así tenemos que el núcleo de las actitudes está en la tendencia afectivo-valorativa, por ésta razón Ajzen y Fishbein citado por Vásquez afirman que las actitudes son un factor importante, pero no el único, en la determinación de las conductas extremas del ser humano.

**Componente cognitivo:** para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Éste componente está formado por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un él. La representación cognitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

**Componente afectivo:** es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones (que se caracterizan por su componente cognitivo)

**Componente conductual:** es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.

#### **e) Factores Que Influyen en la formación de las Actitudes<sup>45</sup>.**

Para Valero José, los factores que influyen en la formación de actitudes son.

**El conocimiento previo:** Muchas veces nuestra actitud hacia personas o cosas es indiferente por falta de conocimientos.

**La Experiencia propia:** Una experiencia agradable favorecerá la fijación de una actitud.

**La percepción:** al captar un valor es fácil que surja una actitud.

**La práctica:** La actitud se aprende con la práctica.

**Los medios de comunicación:** Son medios de comunicación  
Son armas poderosas que pueden hacer cambiar las actitudes.

**El medio:** Que suele imponer una serie de actitudes y son pocos  
Los que se liberan de su fuerza poderosa. Sólo los que poseen

Una personalidad integra no se dejan influenciar por el medio.

#### **f) Funciones de las actitudes<sup>46</sup>.**

Las actitudes están en la base de los procesos cognitivos emotivos prepuestos al conocimiento y a la orientación en el ambiente.

Éstas pueden tener funciones instrumentales, expresivas, de adaptación social, ego defensivo, etc. Este concepto resulta central en toda la psicología social porque tiene una aplicación en muchos campos distintos:

**Función instrumental.** Usamos las actitudes como instrumentos para obtener premios o evitar castigos.

**Función ego defensiva.** Utilizamos las actitudes para compensar determinadas carencias de nuestra personalidad. Ej. Cuando te comparas con alguien que crees inferior te sientes mejor.

**Función conocimiento.** Utilizar una actitud por un cierto conocimiento, según la percepción que tengas de alguien aunque no lo conozcas.

**Función expresión de valores.** Las actitudes son un reflejo de los valores que tenemos. Las actitudes se aprenden, aunque no en su totalidad.

#### **2.3.2 Generalidades sobre prácticas.**

##### **a) Definición**

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

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

adquiere con la realización continuada de una actividad, donde se aplica una idea, teoría o doctrina y es la ciencia la que debe aunar la teoría, donde su uso se hace continuado o habitual, de manera general es la aplicación de una idea, conocimiento, enseñanza o pensamiento<sup>47</sup>.

#### **b) Prácticas de alimentación.**

Las prácticas de alimentación se refieren a los comportamientos específicos que caracterizan a las interacciones durante la alimentación, recomendaciones y evaluaciones de las interacciones durante la alimentación a menudo se centran en las prácticas, ha habido relativamente pocos intentos de integrar las prácticas de alimentación con los estilos de alimentación y una falta de directrices claras para los programas de intervención en la promoción de conductas de alimentación saludable<sup>48</sup>.

#### **c) Intervenciones y prácticas**

Las intervenciones que promueven las prácticas de alimentación dentro de un contexto de un clima emocional apropiado donde se responde en forma rápida y con sensibilidad aumentan la probabilidad de una interacción responsiva, es muy importante que los programas nutricionales incorporen los conceptos relacionados con las prácticas y estilos de alimentación, además de los contenidos nutricionales, donde la promoción de una alimentación responsiva<sup>49</sup>.

#### **d) Factores que influyen en las prácticas.**

A través del tiempo, se dan todo tipo de cambios: sociales, culturales, tecnológicos, que hacen que los conocimientos se modifiquen positiva o

negativamente y si a la mujer, que está involucrada en la sociedad y sus cambios, no se le da a conocer o educa en el momento adecuado, posteriormente serán más difíciles de cambiar las prácticas o costumbres.<sup>50</sup>

**e) Factores de las prácticas preventivas<sup>51</sup>.**

Mientras que los beneficios de una nutrición adecuada son probabilísticos y a largo plazo, las constricciones materiales y simbólicas se juegan con carácter urgente, aquí y ahora.

El seguimiento de una dieta idónea supone un control del entorno cotidiano unas condiciones sociales y materiales específicos muy alejados de las condiciones de vida de la mayoría de las clases populares.

**f) Prácticas nutricionales**

Definidas como toda práctica aplicada al desarrollo, proceso productivo de alimentos que tiene incidencia en un mejoramiento saludable de la alimentación global de las personas.

Hay evidencia sólida sobre los patrones alimentarios poco saludables de la población; sus excesos y deficiencias ciencias nutricionales.

Se puede determinar la medida en que cada alimento o categoría de ellos, dependiendo de su composición, su frecuencia o modo de consumo y su proporcionalidad en la dieta total, incide en la dieta total (en sus deficiencia ciencias o en sus excesos)

**2.3.3. Alimentación complementaria.**

Se define a la alimentación complementaria como el acto de recibir alimentos sólidos o líquidos a partir de los 6 meses (excepto medicamentos en gotas y jarabes) diferentes a la leche materna, durante el tiempo que el

lactante está recibiendo ésta o fórmula infantil.<sup>52</sup>Según, (Organización Mundial de la Salud, nf, citado Daza y Dadán, nf, p. 18).

#### **a) Fundamentos para la incorporación de la alimentación complementaria**

Según Franco (2004 a), los fundamentos para la alimentación complementaria básicamente son de acuerdo a los requerimientos nutricionales y al desarrollo del niño<sup>53</sup>.

- **Fundamentos Nutricionales:** A partir de los 5-6 meses de edad, el aporte energético de la leche materna y de otros nutrientes como el hierro son insuficientes para los requerimientos del niño.
- **Fundamentos del desarrollo:** La introducción de alimentos de diferentes sabores y texturas inicia la masticación y la movilidad buco-faríngea en el niño. La masticación mejora la coordinación de la boca y la lengua, facilitando en el futuro el desarrollo del lenguaje. La introducción tardía de texturas y sabores puede ser el origen de ciertas aversiones en edades más tardías.

#### **b) Edad de introducción de Alimentos en el niño.**

La edad de introducción de alimentos depende esencialmente de las siguientes consideraciones<sup>54</sup>:

- Proporcionar alimentos cuyo contenido nutricional cubra sus requerimientos nutricionales.
- Utilizar alimentos que no predispongan a la aspiración de las vías aéreas.
- Evitar o disminuir el riesgo de las alergias alimentarias.

- Orientar la alimentación según la capacidad funcional del niño, de acuerdo a la maduración del tracto gastrointestinal y de los riñones.

El desarrollo del niño se relaciona directamente con la maduración neuromuscular, digestiva, y renal, por ello es importante conocer el desarrollo según la edad para elegir con fundamentos el mejor momento para la Introducción de la alimentación complementaria.

- **Maduración neuromuscular.**- El niño desde su nacimiento presenta reflejos, tales como succión, deglución y búsqueda, los cuales facilitan la lactancia natural, mientras que el reflejo de náuseas, puede incluso oponerse a la introducción temprana de alimentos diferentes a la leche. De 4 a 7 meses de edad se incrementa la succión y aparece la masticación y el reflejo nauseoso, localizado inicialmente en el tercio medio de la lengua. A esta edad por las modificaciones dadas, el niño ya es capaz de recibir algunos alimentos sólidos, sin embargo no es recomendado hacerlo. De 7 a 12 meses de edad ya se puede empezar con la alimentación complementaria, ya que aparecen los reflejos de morder, masticar y efectuar movimientos laterales con la lengua y de llevar alimentos con las manos a la boca. De 12 a 24 meses de edad el niño tiene la capacidad de efectuar movimientos rotatorios de masticación y existe mayor estabilidad de la mandíbula, esto permite que el niño se incorpore a la dieta de la familia. El proceso de maduración se completa a los 24 meses de edad.

- **Maduración gastrointestinal.**- La capacidad intestinal del recién nacido es de 10-20 ml, la cual va aumentando hasta 200-300 ml al final del primer año de vida. Esta condición obliga a utilizar alimentos que cubran los requerimientos mediante un volumen acorde con la fisiología del niño. En la

leche materna existe un factor de crecimiento epitelial de la mucosa gastrointestinal, lo que permite la maduración de la mucosa intestinal. De allí la importancia de cumplir con las recomendaciones de la duración de la lactancia materna exclusiva.

- **Maduración renal.**- La función renal del recién nacido está bien desarrollada. El único inconveniente de inmadurez está limitada a los niños que no reciben lactancia natural y que en consecuencia necesitan de fórmulas con alta carga de solutos renales desde muy temprana edad, situación que conlleva inconvenientes.

**c) Alimentos, consistencia, frecuencia.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013)<sup>55</sup>. 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. La OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 a 8 meses, y después, entre los 9 a 23 meses, unas tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee. Las recomendaciones actuales además indican que la alimentación complementaria se puede introducir no antes de los 4 meses ni después de los seis meses para favorecer al desarrollo motriz y evitar complicaciones gastrointestinales

Según Flores,<sup>56</sup> Martínez, Toussaint, Adell y Copto (2006, p. 133-134), los aspectos prácticos que deben considerarse en el proceso de implementación de la alimentación complementaria son:

**Tipo de alimentos:** Se recomienda preferir los alimentos de origen natural. Tener cuidado con los alimentos industrializados como cereales refinados, así como los alimentos ricos en grasas saturadas, por el riesgo de infecciones que existe. Para observar la tolerancia, se recomienda dar un solo alimento, tal como cereal, fruta o verdura, con una consistencia adecuada, observar las reacciones durante tres días de ingerir el alimento para determinar la tolerancia o intolerancia al mismo.

**Consistencia de los alimentos:** Teniendo en cuenta que la transición alimentaria parte de una consistencia líquida, que es la que el niño conoce, a una consistencia sólida, es importante que la introducción de alimentos sea gradual, es así que se recomienda una progresión de alimentos en puré, papillas, picados y trozos pequeños. La consistencia de los alimentos debe favorecer la digestión y absorción.

**Cantidad:** La cantidad de inicio de un alimento nuevo, según el autor, es de 10-15 g/día, lo que equivaldría a 2-3 cucharaditas, dicho volumen debe ser administrado tres días para ver su tolerancia, posterior a este periodo los alimentos tolerados formaran parte del conjunto de alimentos que el niño come.

**Edulcorantes y sal:** Se recomienda respetar el sabor de los alimentos en su forma natural, ya que el período de alimentación complementaria, es una oportunidad para distinguir los sabores y degustar los alimentos; al mismo

tiempo, es una etapa en la que lo aprendido, en cuanto a sabores dulces o salados, perduran para el resto de la vida y pueden ser factores de riesgo para enfermedades como la obesidad, diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial.

**Variedad de alimentos:** Según el autor, 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.

**Frecuencia:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) el número de comidas en la alimentación complementaria debe aumentar en relación a la edad del niño y niña, así tenemos: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario

**Alimentación activa:** según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) la adecuación de la alimentación complementaria (en cuanto a tiempo, suficiencia y adaptación) depende no solo de la disponibilidad de alimentos, sino también de las prácticas de alimentación de las personas a cargo de los niños y niñas, siendo así necesaria la estimulación activa de parte de los cuidadores, con el fin de solventar todos los signos de hambre que manifieste el niño y niña.

### **2.3.3.1. Características de la alimentación en el lactante de 06 a 12 meses<sup>57</sup>.**

#### **a) Cantidad**

La cantidad diaria de comida ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios,

asumiendo una capacidad gástrica de 30g/kg de peso corporal y una densidad energética de mínima de 0.8kcal/g de alimento. 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. A los 6 meses se empezará con dos comidas al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a tres comidas diarias; entre los 9 y 11 meses, además de las tres comidas principales deberán recibir una comida adicional y finalmente; entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedará establecida en tres comidas principales y dos refrigerios adicionales, además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los 2 años o más. En las comidas adicionales de media mañana o media tarde, se ofrecerán de preferencia alimentos de fácil preparación y consistencia espesa (mazamorra, papa sancochada, entre otros) o ya listos para consumir (pan, fruta u otros alimentos sólidos), de modo que la niña o niño los pueda comer por si solos.

#### **b) Frecuencia**

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

A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas

(1/4 taza) de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará de 3 a 5 cucharadas (1/2 taza) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará de 5 a 7 cucharadas (3/4 taza) tres veces al día, más una

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

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

### **c) consistencia y textura.**

Se aconseja aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos a medida que el niño crece, adaptándose a los requerimientos y habilidades motoras esenciales como el masticado y el contacto con nuevos sabores.

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

Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, gaseosas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio las preparaciones espesas como purés y mazamorras, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las nutricionales del niño. Las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales,

leguminosas (menestras), alimentos de origen animal como tubérculos, verduras, lácteos (derivados) y frutas.

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

### **2.3.3.2. Alimentación Complementaria y alimentos alergénicos.**

Según, Olmos (n.f) <sup>58</sup>, los alimentos considerados universalmente más alergénicos son el huevo, la leche, el pescado, el maní, las nueces, el trigo y la soya, razón por la que su introducción en la alimentación complementaria debe ser vigilada. No obstante, en países como Francia los alimentos más alergénicos son las frutas seguido de los vegetales. Así tenemos:

- Huevo: La clara del huevo contiene más proteínas alergénicas que la yema, siendo la ovoalbúmina la proteína más abundante.
- Pescado: La comida del mar contiene proteínas alergénicas altamente resistentes al calor y a varios métodos de cocción. Según, Rodríguez y Rasco (2007), otro determinante del tiempo de introducción del pescado es su contenido graso, por lo que se recomienda a los nueve meses empezar con pescados blancos, además de su alto contenido de sal y fósforo y posibles sustancias nocivas, bien por su conservación (ácido bórico) o en su composición (mercurio).

- Maní: La alergia al maní es permanente, a diferencia de la alergia al huevo y a la leche, que desaparecen en la edad escolar.
- Cereales: cereales que contienen la proteína gliadina, tales como el trigo, cebada, centeno, avena, pueden provocar la enfermedad celíaca, por lo que su 26 introducción no debe hacerse antes del sexto mes ni tampoco después del octavo mes.

Según, Rodríguez y Rasco (2007, p. 334-341), <sup>59</sup> otros alimentos a considerar en la implementación de la alimentación complementaria, son:

- Frutas: Según el autor, se debe evitar las frutas potencialmente alergénicas, como: fresa, frambuesa, kiwi, mora y melocotón, por la capacidad de las mismas para liberar histamina.
- Verduras y hortalizas: Se evitarán las verduras flatulentas como la col, coliflor y el nabo (potencialmente bociógenas); las ricas en sustancias sulfuradas (cebollas, ajo, espárragos, etc.) por su potencial efecto metahemoglobinizante; también debe evitarse la administración de remolacha y las de hoja verde ancha, como espinacas, habas y acelgas, por su contenido en nitratos, etc.
- Carnes: La alergenicidad de las carnes se elimina con el procesamiento y cocción siendo recomendada la administración en forma homogeneizada y bien cocinada a la hora de iniciar la dieta complementaria.
- Legumbres: Se recomienda iniciar su aporte a partir del 10<sup>o</sup> ó 11<sup>o</sup> mes debido a su alto contenido en nitratos.

Leche: Según la Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics, citado en Medline plus, 2011)<sup>60</sup> sobre el tema menciona, que no debe ser introducida antes del año, debido a su alto contenido de proteínas, grasas, sodio y potasio, características que lo convierten en un alimento difícil de digerir y absorber por parte del niño, además de un bajo contenido de hierro y de ácidos grasos esenciales.

### **2.3.3.3. Definición operacional de términos:**

**Actitudes sobre la Alimentación Complementaria:** Son Predisposición que adopta una madre hacia la alimentación de sus hijos de 6 meses a 24 meses. El cual se obtendrá a través de una guía de entrevista cuyos valores finales será positiva o negativa.

**Prácticas sobre Alimentación Complementaria:** Son todas aquellas acciones que refiere realizar la madre durante la Alimentación Complementaria. El cual se obtendrá a través de una guía de entrevista cuyos valores finales será adecuadas e inadecuadas.

**Madres:** Todas las personas de sexo femenino que tienen hijos entre los 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco- 2015.

**Alimentación Complementaria:** Proceso de introducción de alimentos adicionales lácteos y no lácteos diferentes a la leche materna que se inicia a los 6 meses a 24 meses de edad.

**Niño de 6 meses a 24 meses:** Niño(a) nacido a término que actualmente tiene una edad comprendida desde los 6 meses hasta los 24 meses, sin complicaciones ni antecedentes patológicos durante su gestación y parto,

que es atendido en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco - 2015.

## CAPÍTULO III.

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo de estudio

Según el análisis, la intervención y el alcance de los resultados del investigador fue de tipo **observacional**, porque solo se observó y se describió en forma precisa los fenómenos.

Según la planificación de la medición de la variable de estudio fue de tipo **prospectivo** porque se estudió a las variables en el momento de los hechos.

Según el tiempo de estudio fue de tipo **transversal**, porque se analizaron los datos de un grupo de sujetos de una población determinada en un momento dado y en un lugar determinado.

De acuerdo a las variables de interés fue de tipo **descriptivo** porque solo describe o estima parámetros en la población en estudio a partir de una muestra.

#### 3.2. Diseño del estudio:

Para efecto de la investigación se consideró el diseño descriptivo simple como se muestra a continuación:

**M.....O<sub>1</sub>.....O<sub>2</sub>**

#### **Dónde:**

M: muestra de estudio

O<sub>1</sub>: observación de la muestra (Actitudes)

O<sub>2</sub>: observación de la muestra (practicar)

### **3.3. Población.**

La unidad de estudio estuvo conformada por el total de 300 madres, que asistieron a su control de sus hijos de 6 meses a 24 meses en el área de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco - 2015.

#### **3.3.1. Criterios de inclusión.** Se incluyó en el estudio a:

- Madres cuyos niños tuvieron una edad de 6 meses hasta 24 meses que asistieron al consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea Huánuco 2015.
- Que por lo menos han tenido una atención al consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea Huánuco 2015.
- Que aceptaron participar en el estudio voluntariamente del estudio mediante la firma del consentimiento informado.

#### **3.3.2. Criterios de exclusión.** No se incluirá a:

- Que por primera vez ingresaron al consultorio de Crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea Huánuco 2015.
- Con limitaciones para comunicarse (sordo, mudo).
- Madres que no aceptaron participar en el estudio.

#### **3.3.3. Ubicación de la población en espacio y tiempo.**

**Ubicación en espacio:** El estudio se realizó en el servicio del control de crecimiento y desarrollo (CRED) en el centro de salud Perú- Corea - Huánuco 2015.

**Ubicación en tiempo:** El estudio estuvo comprendido entre los meses de Julio a Diciembre del 2015.

### 3.4. Muestra y muestreo.

#### 3.4.1. Unidad de análisis:

Madre en estudio

#### 3.4.2. Unidad de muestreo:

De igual forma fue cada madre en estudio.

**3.4.3. Marco muestral:** Estuvo conformada por una relación nominal de los niños de 6 a 24 meses de edad del ámbito de estudio.

#### 3.4.4. Tamaño de la muestra:

Para determinar el tamaño de la muestra se aplicó la siguiente fórmula de cálculos de muestras para la estimación de proporciones de una sola población, siendo:

$$n = \frac{N \cdot Z_{1-\text{ALFA}}^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{1-\text{ALFA}}^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

$Z_1$  = 95% confiabilidad

$p$  = 50%

$q$  = 1-P

$e$  = error de estimación en 5%

$N$  = 300

Cálculo:

$$n = \frac{(300) \cdot 1.96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0.052 \cdot (300-1) + 1.96^2 \cdot 0.5}$$

$$0.052 \cdot (300-1) + 1.96^2 \cdot 0.5$$

$$n = 73$$

Por tanto, se trabajó con una muestra mínima total de 73 madres de niños de 6 a 24 meses en estudio.

#### **3.4.5. Tipo de muestreo**

La selección de la muestra fue obtenida mediante el muestreo a conveniencia considerando los criterios de inclusión y exclusión de la unidad de análisis.

### **3.5. Métodos e instrumentos de recolección de datos.**

#### **3.5.1. Métodos**

El método que se utilizó en esta investigación fue la entrevista (anexos, 1)

#### **3.5.2. Instrumentos documentales:**

- **Guía de entrevista sociodemográfica. (Anexo 01).** Este instrumento se tomó de otra investigación consta de 5 ítems, clasificadas en 2 dimensiones (aspectos demográficos, aspectos sociales. Este instrumento fue tomado de otro autor la cual fue aplicada por un encuestador, previamente capacitado.
- Escala de actitudes sobre la alimentación complementaria (Anexo 02).** Consta de 16 reactivos divididas en 4 dimensiones se elaboró los instrumentos siendo validado por los expertos: actitud hacia la cantidad de consumo de alimentos, actitud hacia la frecuencia de consumo de alimentos, actitud hacia la consistencia de las preparaciones de alimentos, actitud hacia la preparación de alimento. Asignándole 2 puntos a la actitud positiva y 1 punto a la actitud negativa.

### Medición

- Negativas = 0 – 17
- Positivas = 18 - 34

Dónde:

- Actitud hacia la cantidad de consumo de alimentos
  - Negativas = 0 - 4
  - Positivas = 5 - 8
- Actitud hacia la frecuencia de consumo de alimentos
  - Negativas = 0 - 3
  - Positivas = 4 - 6
- Actitud hacia la consistencia de las preparaciones de alimentos
  - Negativas = 0 - 3
  - Positivas = 4 - 6
- Actitud hacia la preparación de alimento
  - Negativas = 0 - 7
  - Positivas = 8 – 14

**-Escala de prácticas sobre la alimentación complementaria (Anexo 03).** Consta de 15 reactivos divididas en 3 dimensiones se elaboró los instrumentos siendo validado por los expertos: prácticas de higiene, prácticas de conservación de los alimentos, prácticas de preparación de alimento. Asignándole 2 a las prácticas adecuadas y 1 punto a las practicas inadecuadas.

#### 4. Medición:

- Inadecuadas = 0-15
- Adecuadas = 16-30

#### Dónde:

- Prácticas de higiene
  - Inadecuadas = 0-8
  - Adecuadas = 9-16
- Prácticas de conservación de los alimentos
  - Inadecuadas = 0-3
  - Adecuadas = 4-6
- Prácticas de preparación del alimento
  - Inadecuadas = 0-4
  - Adecuadas = 5-8

**Consentimiento informado. (Anexo 04).** A través del cual las madres fueron informadas por escrito acerca de los objetivos generales del proyecto y del protocolo de trabajo en el que fueron incluidos. Una vez leído este documento, los sujetos lo firmaran.

#### **3.5.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos.**

Los instrumentos de recolección de datos usados en el presente estudio fueron sometidos a pruebas de validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos, con el fin

de adaptar algunas terminologías que pudieron ser poco entendibles para la muestra en estudio. Seguido a la validación se realizaron las modificaciones necesarias para optimizar los instrumentos y obtener datos confiables y precisos. Para estimar la confiabilidad de los instrumentos inferenciales del presente estudio de investigación, se realizó una prueba pre-piloto para someter todos los instrumentos de recolección de datos a prueba en nuestro contexto e identificar principalmente dificultades de carácter ortográfico, palabras poco comprensibles, ambigüedad de las preguntas y el control del tiempo necesario para cada instrumento; esta pequeña pre-prueba piloto se realizó en otro establecimiento de salud con las mismas características, en una muestra piloto de 20 madres con sus niños ajenos al estudio., cuyos resultados permitieron incorporar preguntas culturalmente aceptables y entendidas por la población. Posteriormente, se procedió a determinar el análisis de confiabilidad de la variable actitudes y prácticas, a través del análisis de consistencia interna para el cual empleamos el método del índice **KR – 20 de Kuder Richardson**, para el anexo 02 y anexo 03 que contempla en su totalidad respuestas dicotómicas, se aplicaron en cada pregunta correcta (puntaje 1) e incorrecta (puntaje 0). La estadística de prueba fue: Con el presente resultado, se concluyó que la consistencia interna en la muestra piloto para el anexo 02 y 03 (actitudes y prácticas) fue de 0,78 de

puntuación, lo que significa que el instrumento tiene una confiabilidad de consistencia interna “alta”, por lo cual lo consideramos confiable para nuestros propósitos investigativos.

### **3.6. Procedimientos de recolección de datos.**

Para los procedimientos de recolección de datos se cumplieron con las siguientes fases:

Se realizó la revisión bibliográfica del tema propuesto, con el fin de fundamentar teóricamente la presente investigación, mediante: libros, revistas científicas, páginas de internet, artículos de internet, etc.

Se solicitó la autorización para obtener los permisos respectivos para la aplicación del trabajo de campo, se realizó las coordinaciones respectivas con las autoridades responsables del Centro de Salud Perú Corea, a través de la emisión de oficios y/o solicitudes dirigidas a la Gerencia, jefatura de enfermería y Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del ámbito de estudio.

Se aplicaron los instrumentos, para lo cual se contó con encuestadores capacitados, quienes aplicaron los instrumentos de medición, previa aceptación del consentimiento informado, según el cronograma actividades establecido; teniendo en consideración que el tiempo promedio para la aplicación del instrumento fue de aproximadamente 20 minutos durante los meses de Julio a Diciembre del 2015.

### **3.7. Elaboración de los datos.**

Se examinaron en forma crítica cada uno de los instrumentos que se utilizaron y se hizo control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias. Seguidamente se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas en los instrumentos respectivos, según las variables del estudio.

Posteriormente se realizó la clasificación de los datos, de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal. Y finalmente se presentó los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

### **3.8. Análisis de los datos.**

#### **3.8.1. Análisis descriptivo:**

Se usó un análisis descriptivo de interés en la posición y dispersión de la medida de los datos, de acuerdo a la necesidad del estudio; determinando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de proporciones para las variables categóricas. Para tal efecto se determinó las medidas de tendencia central, la media, moda y mediana; y para las medidas de dispersión la varianza

**3.8.2. Inferencial** Para contrastar la hipótesis del presente estudio, se realizó un análisis a través de la prueba para una proporción.

En la significancia estadística de las pruebas se consideró el valor  $p \leq$  de 0,05. El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.

### **3.9. Aspectos éticos de la investigación:**

Para fines de la investigación se consideró los principios éticos de enfermería en materia de investigación, y fueron los siguientes:

- El principio de beneficencia: las madres de los niños en estudio, fueron beneficiadas al saber cuáles son las actitudes y prácticas que tienen sobre la alimentación complementaria .Este estudio se realizó para plantear algunas soluciones a los problemas nutricionales de la población, y se cumplió no dañando ni física ni psicológicamente a la unidad de observación.
- La no maleficencia: Establece que la prioridad en toda investigación es no cometer daño o perjuicio a los sujetos en estudio. Con el presente estudio se respetó el principio manteniendo en completa reserva las identidades de los niños con sus madres, y los resultados de la aplicación de instrumentos de medición.
- En el principio de autonomía se tomó en cuenta el consentimiento de las madres para ser encuestadas, después de una explicación sencilla y clara sobre la naturaleza de la investigación, respetando la decisión de las madres de no participar en el estudio.
- En el principio ético de justicia todas las madres de los niños en estudio recibieron las mismas indicaciones para el desarrollo de los instrumentos y sin preferencia para ningún grupo durante la recolección de datos.

## CAPÍTULO IV

### 4 ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 4.1. Resultados descriptivo.

##### 4.1.1. Características demográficas

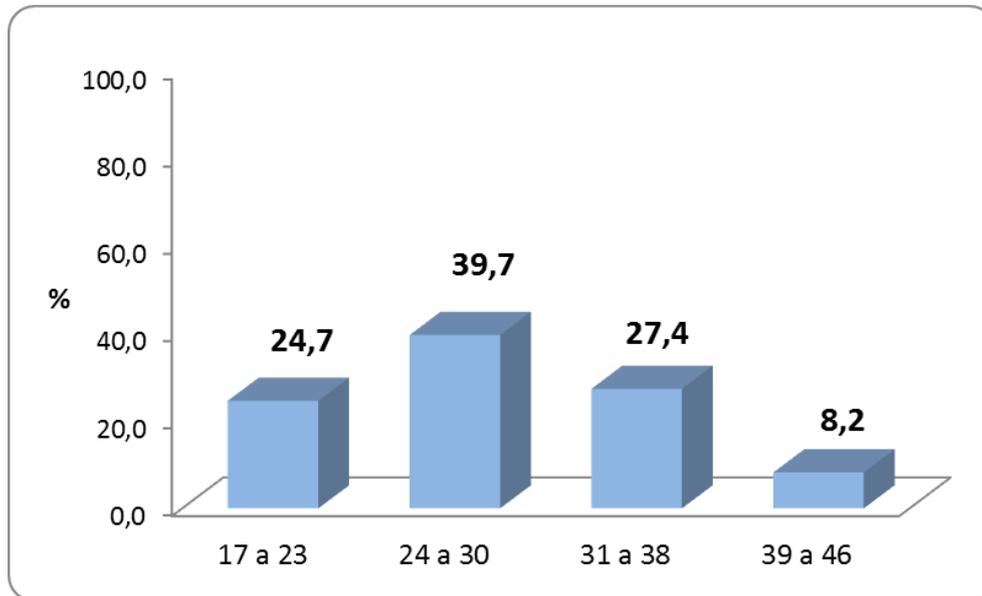
**Tabla 01. Edad en años de las madres de niños de 6 a 24 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**

Edad en años	Frecuencia	%
17 a 23	18	24,7
24 a 30	29	39,7
31 a 38	20	27,4
39 a 46	6	8,2
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Guía de entrevista (Anexo 01).

En cuanto a la edad en años de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que el 39,7% (29 madres) tuvieron edades entre 24 a 30 años, le sigue el 27,4% (20 madres) entre 31 a 38 años, el 24,7% (18 madres) entre 17 a 23 madres y el 8,2% (6 madres) entre 39 a 46 años.

**Gráfico 01. Proporción de madres de niños de 6 a 24 meses según edad en años en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**



En el grafico N° 1 En cuanto a la edad en años de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que el 39,7% tuvieron edades entre 24 a 30 años, le sigue el 27,4% entre 31 a 38 años, el 24,7% entre 17 a 23 años y el 8,2% entre 39 a 46 años.

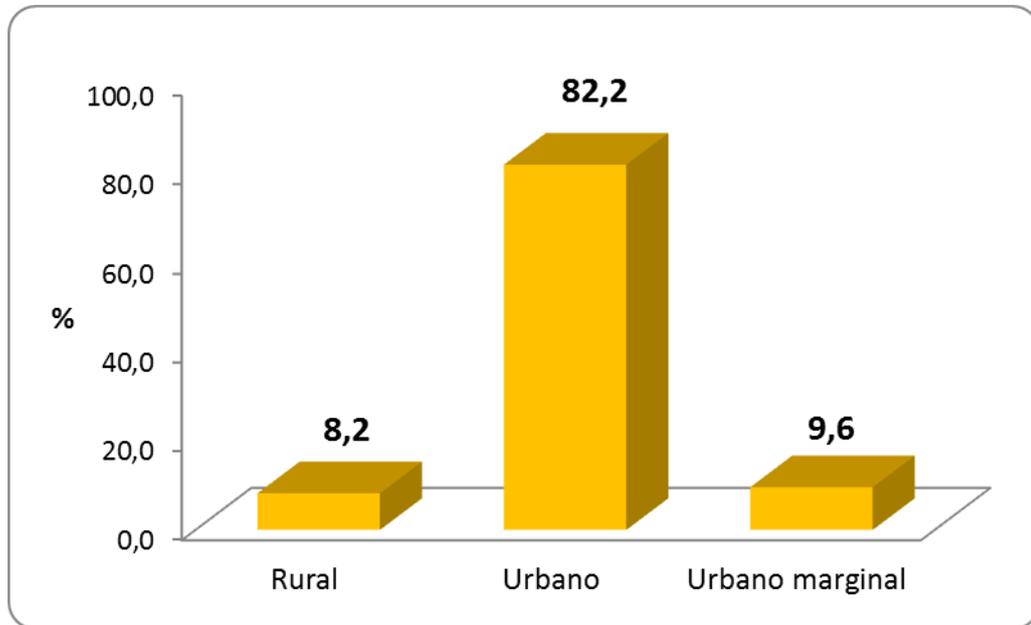
**Tabla 02. Zona de procedencia de las madres de niños de 6 a 24 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**

Zona de procedencia	Frecuencia	%
Rural	6	8,2
Urbano	60	82,2
Urbano marginal	7	9,6
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Guía de entrevista (Anexo 01).

En relación a la zona de procedencia de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 82,2% (60 madres) provenían de la zona urbana, el 9,6% (7 madres) de la zona urbana marginal y el 8,2% (6 madres) fueron de la zona rural.

**Gráfico 02. Proporción de madres de niños de 6 a 24 meses según procedencia en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**



En el gráfico N° 2 En relación a la zona de procedencia de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 82,2% provenía de la zona urbana, el 9,6% de la zona urbana marginal y el 8,2% fueron de la zona rural.

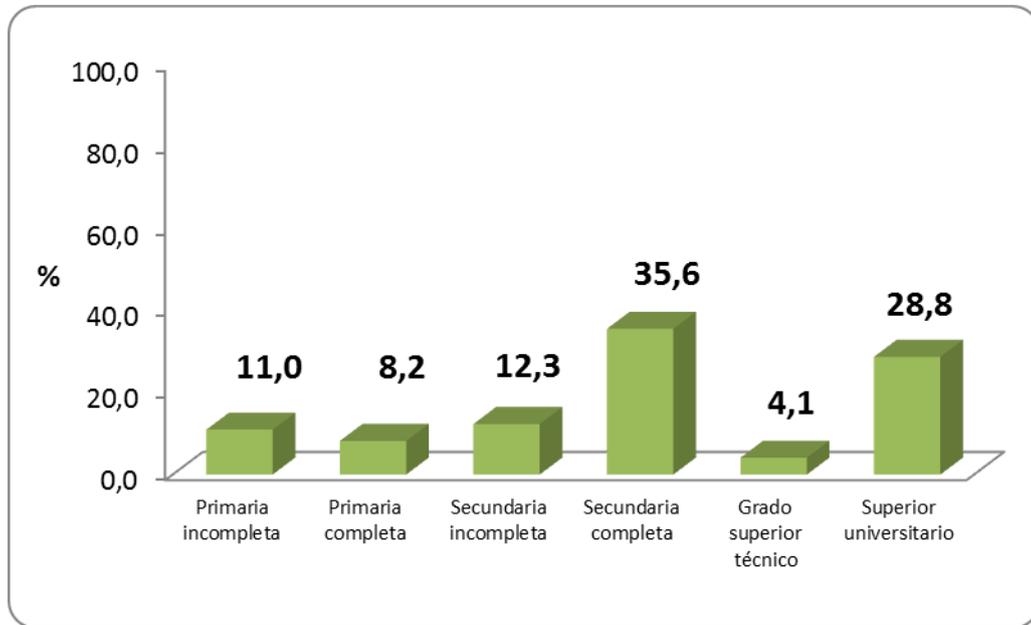
**Tabla 03. Grado de escolaridad de las madres de niños de 6 a 24 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**

<b>Grado de escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Primaria incompleta	8	11,0
Primaria completa	6	8,2
Secundaria incompleta	9	12,3
Secundaria completa	26	35,6
Grado superior técnico	3	4,1
Superior universitario	21	28,8
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Guía de entrevista (Anexo 01).

Respecto al grado de escolaridad de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que el 35,6% (26 madres) alcanzaron la secundaria completa, el 28,8% (21 madres) tuvo superior universitario, el 12,3% (9 madres) secundaria incompleta, el 11,0% (8 madres) primaria incompleta, el 8,2% primaria completa y el 4,1% grado superior técnico.

**Gráfico 03. Proporción de madres de niños de 6 a 24 meses según grado de escolaridad en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**



En el gráfico N° 3 Respecto al grado de escolaridad de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que el 35,6% alcanzaron la secundaria completa, el 28,8% tuvo superior universitario, el 12,3% secundaria incompleta, el 11,0% primaria incompleta, el 8,2% primaria completa y el 4,1% grado superior técnico.

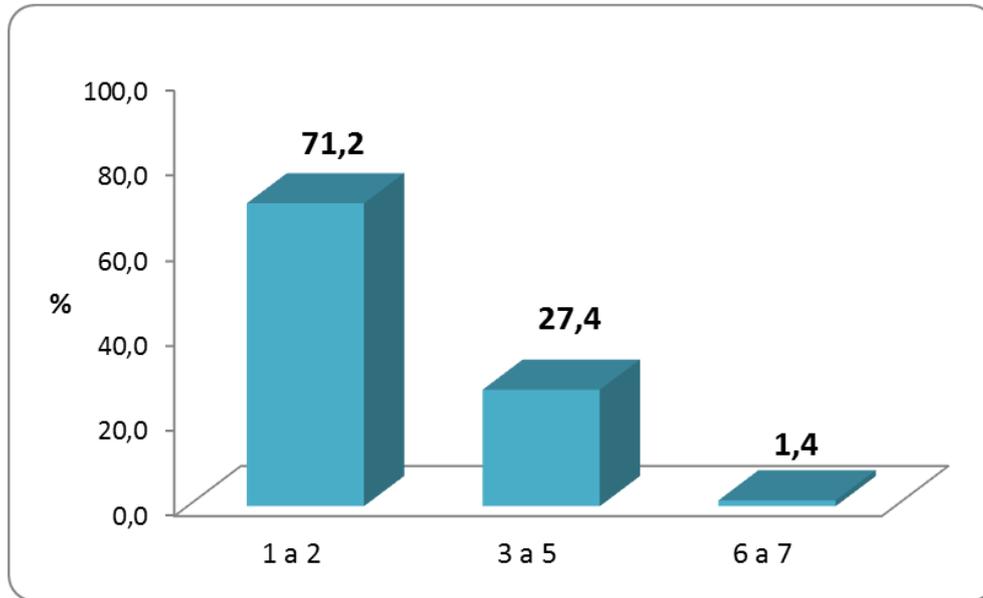
**Tabla 04. Número de hijos de las madres de niños de 6 a 24 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**

<b>Número de hijos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
1 a 2	52	71,2
3 a 5	20	27,4
6 a 7	1	1,4
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Guía de entrevista (Anexo 01).

En razón a número de hijos de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que el 71,2% (52 madres) tuvieron entre 1 a 2 hijos, asimismo, el 27,4% (20 madres) entre 3 a 5 hijos y el 1.4% entre 6 a 7 hijos.

**Gráfico 04. Proporción de madres de niños de 6 a 24 meses según número de hijos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**



En el grafico N° 4 En razón a número de hijos de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que el 71,2% tuvieron entre 1 a 2 hijos, asimismo, el 27,4% entre 3 a 5 hijos y 1,4 % entre 6 a 7 hijos.

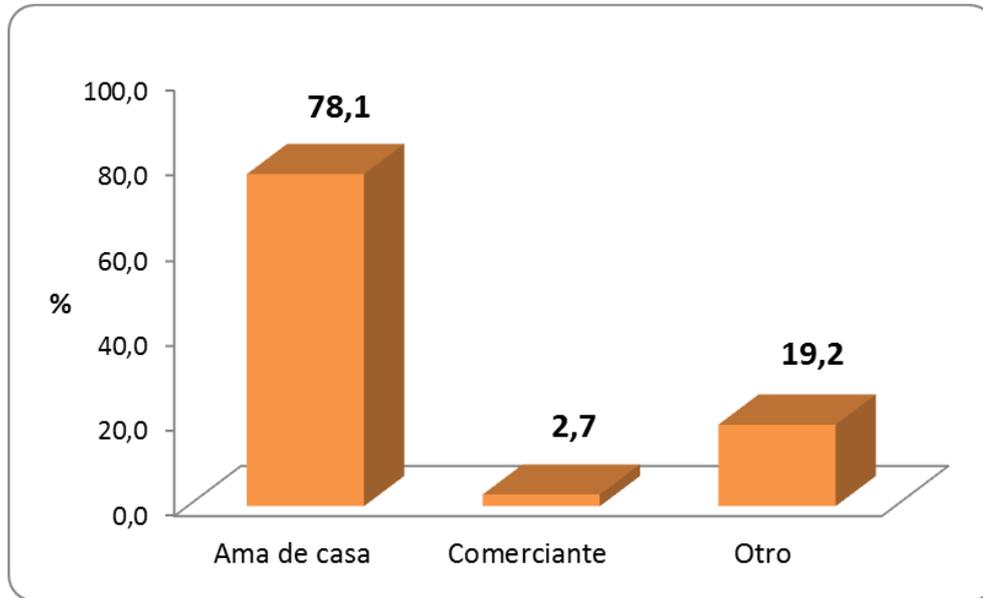
**Tabla 05. Ocupación de las madres de niños de 6 a 24 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**

<b>Ocupación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Ama de casa	57	78,1
Comerciante	2	2,7
Otro	14	19,2
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Guía de entrevista (Anexo 01).

Concerniente a la ocupación de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que el 78,1% (57 madres) fueron amas de casa, el 2,7% (2 madres) comerciante y el 19,2% (14 madres) tuvieron otra ocupación.

**Gráfico 05. Proporción de madres de niños de 6 a 24 meses según ocupación en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**



En el gráfico N° 5 Concerniente a la ocupación de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que el 78,1% fueron amas de casa, el 2,7% comerciante y el 19,2% tuvieron otra ocupación.

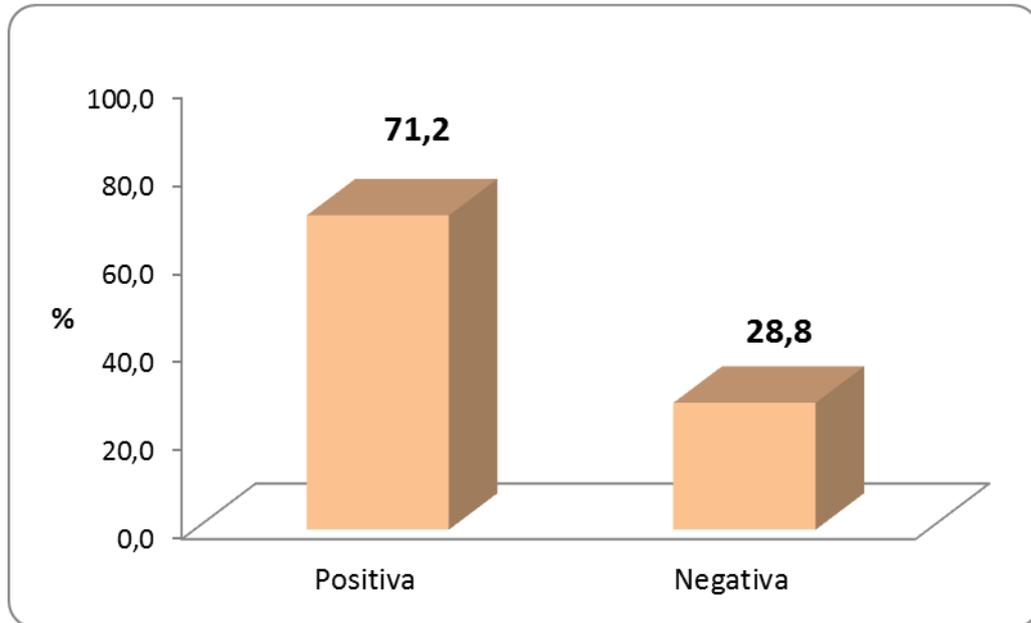
**Tabla 06. Actitud hacia la cantidad de consumo de alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015**

n=73		
Actitud hacia la cantidad de consumo de alimentos	Frecuencia	%
Positiva	52	71,2
Negativa	21	28,8
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de actitudes (Anexo 02).

Respecto a la actitud hacia la cantidad de consumo de alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 71,2% (52 madres) manifestaron una actitud positiva frente al 28,8% (21 madres) que respondieron con una actitud negativa.

**Gráfico 06. Proporción de madres de niños de 6 a 24 meses según actitud hacia la cantidad de consumo de alimentos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**



En el gráfico N° 6 Respecto a la actitud hacia la cantidad de consumo de alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 71,2% manifestó una actitud positiva frente al 28,8% que respondieron con una actitud negativa.

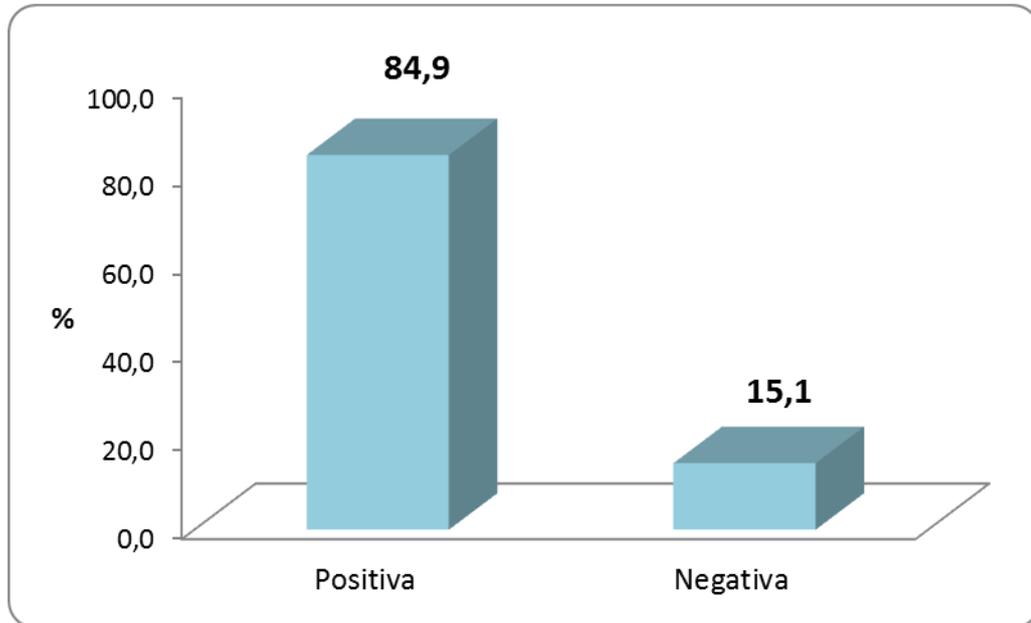
**Tabla 07. Actitud hacia la frecuencia de consumo de alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**

<b>n=73</b>		
<b>Actitud hacia la frecuencia de consumo de alimentos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Positiva	62	84,9
Negativa	11	15,1
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de actitudes (Anexo 02).

En relación a la actitud hacia la frecuencia de consumo de alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 84,9% (62 madres) manifestaron una actitud positiva frente al 15,1% (11 madres) con actitud negativa.

**Gráfico 07. Proporción de madres de niños de 6 a 24 meses según actitud hacia la frecuencia de consumo de alimentos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**



En el grafico N° 7 En relación a la actitud hacia la frecuencia de consumo de alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 84,9% manifestó una actitud positiva frente al 15,1% con actitud negativa.

#### 4.1.2. Características de las actitudes sobre alimentación

##### complementaria

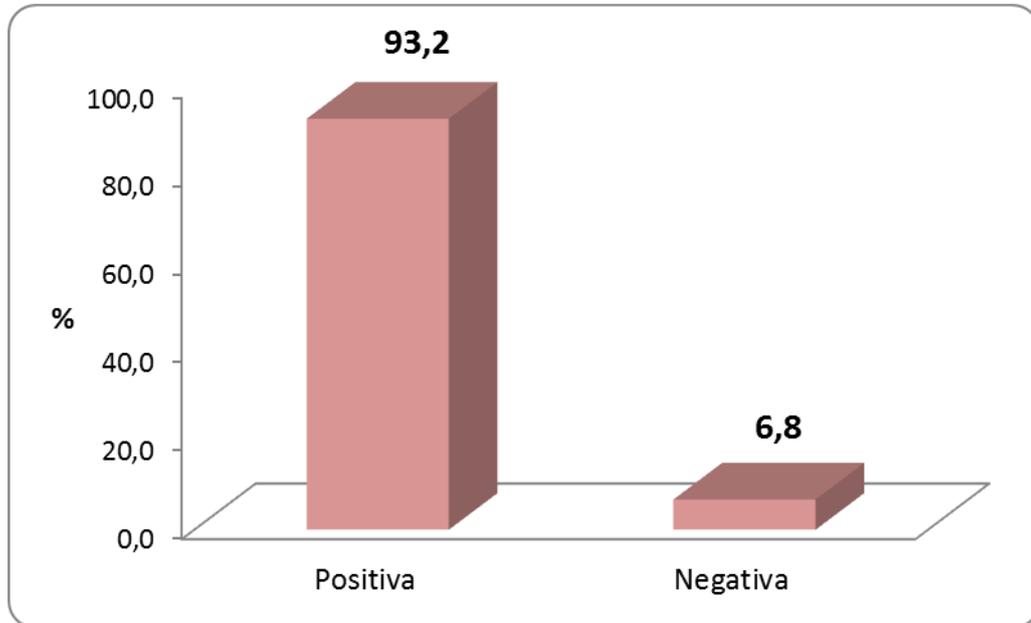
**Tabla 08. Actitud hacia la consistencia de las preparaciones de alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**

<b>Actitud hacia la consistencia de las preparaciones de alimentos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Positiva	68	93,2
Negativa	5	6,8
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de actitudes (Anexo 02).

En lo que respecta a la actitud hacia la consistencia de las preparaciones de alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 93,2% (68 madres) revelaron una actitud positiva frente al 6,8% (5 madres) que indicaron una actitud negativa.

**Gráfico 08. Proporción de madres de niños de 6 a 24 meses según actitud hacia la consistencia de las preparaciones de alimentos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**



En el gráfico N° 8 En lo que respecta a la actitud hacia la consistencia de las preparaciones de alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 93,2% reveló una actitud positiva frente al 6,8% que indicaron una actitud negativa.

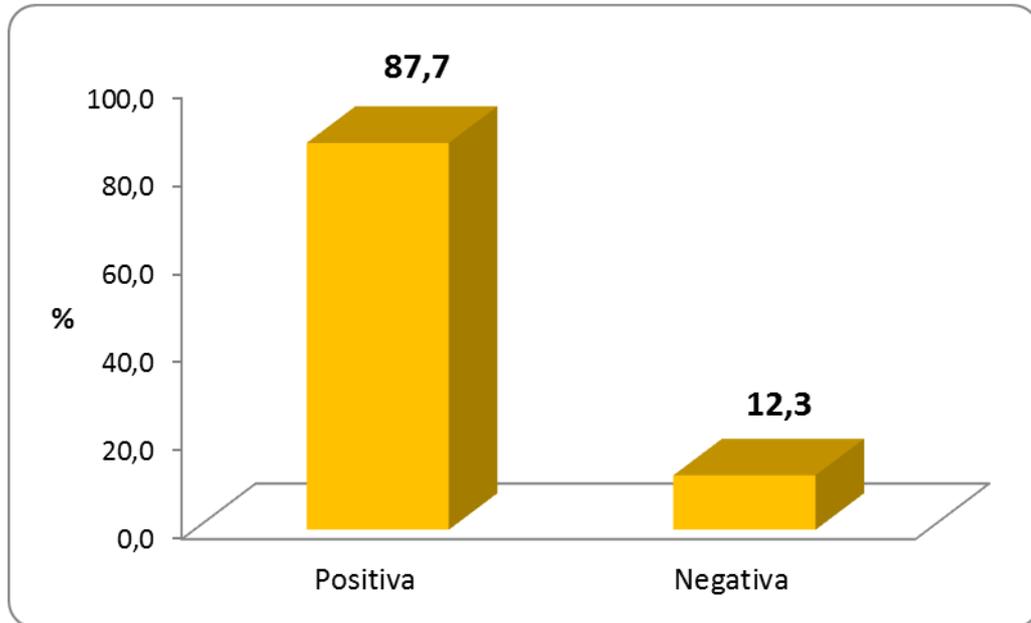
**Tabla 09. Actitud hacia la preparación de alimento de las madres de niños de 6 a 24 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**

<b>Actitud hacia la preparación de alimento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Positiva	64	87,7
Negativa	9	12,3
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de actitudes (Anexo 02).

En razón a la actitud hacia la preparación de alimento de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 87,7% (64 madres) mostraron una actitud positiva frente al 12,3% (9 madres) que manifestaron una actitud negativa.

**Gráfico 09. Proporción de madres de niños de 6 a 24 meses según actitud hacia la preparación de alimento en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**



En el grafico N° 9 En razón a la actitud hacia la preparación de alimento de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 87,7% mostró una actitud positiva frente al 12,3% que manifestaron una actitud negativa.

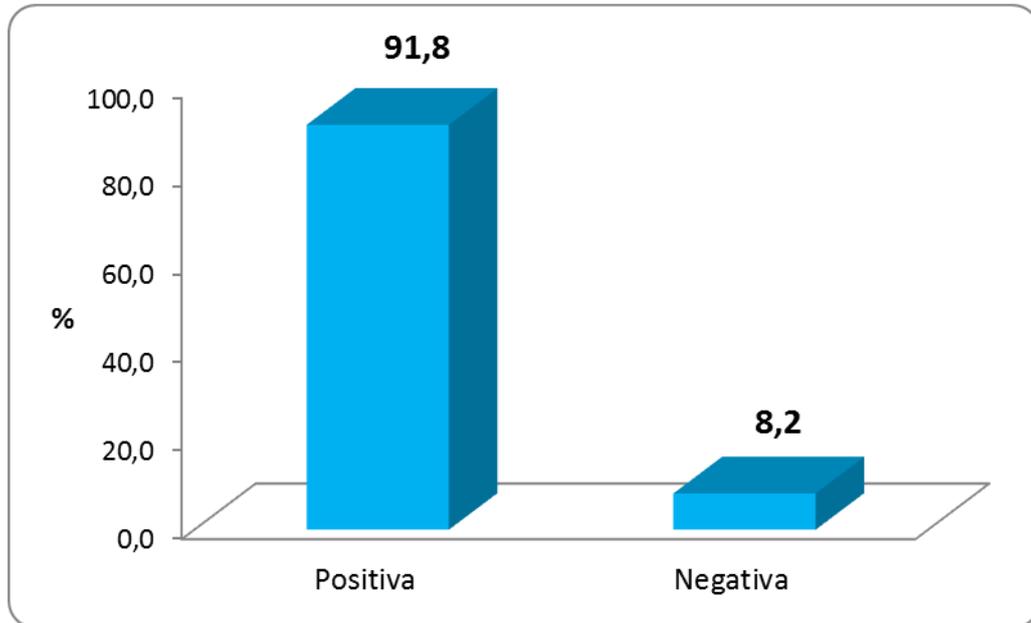
**Tabla 10. Actitudes sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 24 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**

<b>Actitudes sobre alimentación complementaria</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Positiva	67	91,8
Negativa	6	8,2
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de actitudes (Anexo 02).

En general, respecto a la actitud sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 91,8% (67 madres) declararon una actitud positiva frente al 8,2% (6 madres) que confesaron una actitud negativa.

**Gráfico 10. Proporción de madres de niños de 6 a 24 meses según actitudes sobre alimentación complementaria en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**



En el gráfico N° 10 En general, respecto a la actitud sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 91,8% declaró una actitud positiva frente al 8,2% que confesaron una actitud negativa.

#### 4.1.3. Características de las practicas sobre alimentación

##### complementaria

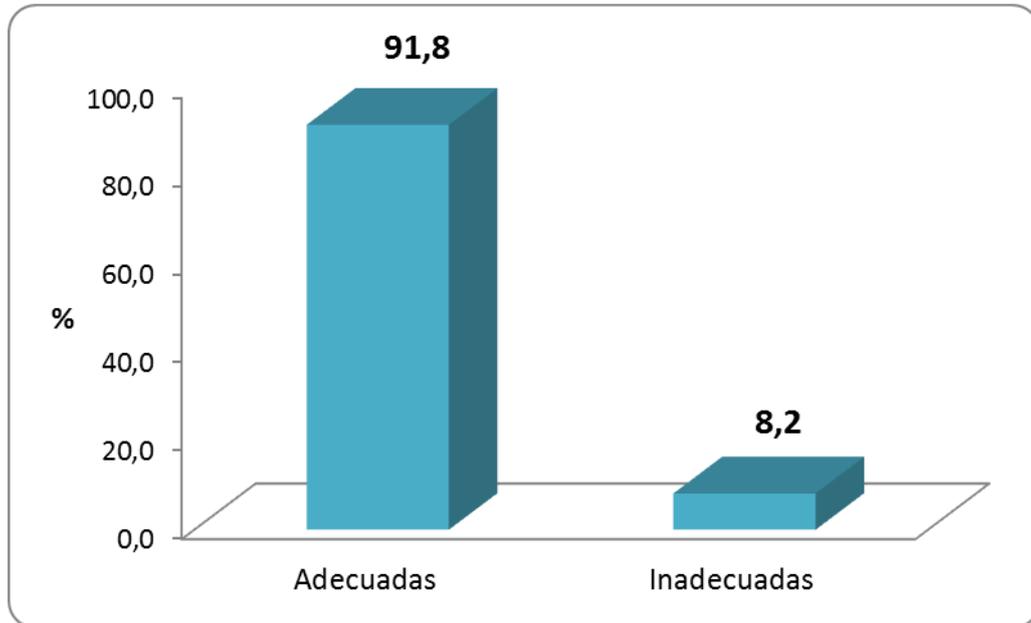
**Tabla 11. Prácticas de higiene de las madres de niños de 6 a 24 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015**

<b>Prácticas de higiene</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Adecuadas	67	91,8
Inadecuadas	6	8,2
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de prácticas (Anexo 03).

En cuanto a las prácticas de higiene de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 91,8% (67 madres) tuvieron practicas adecuadas frente al 8,2% (6 madres) que mostraron prácticas inadecuadas.

**Gráfico 11. Proporción de madres de niños de 6 a 24 meses según actitudes sobre alimentación complementaria en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**



En el grafico N° 11 En cuanto a las prácticas de higiene de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 91,8% tuvo prácticas adecuadas frente al 8,2% que mostraron prácticas inadecuadas.

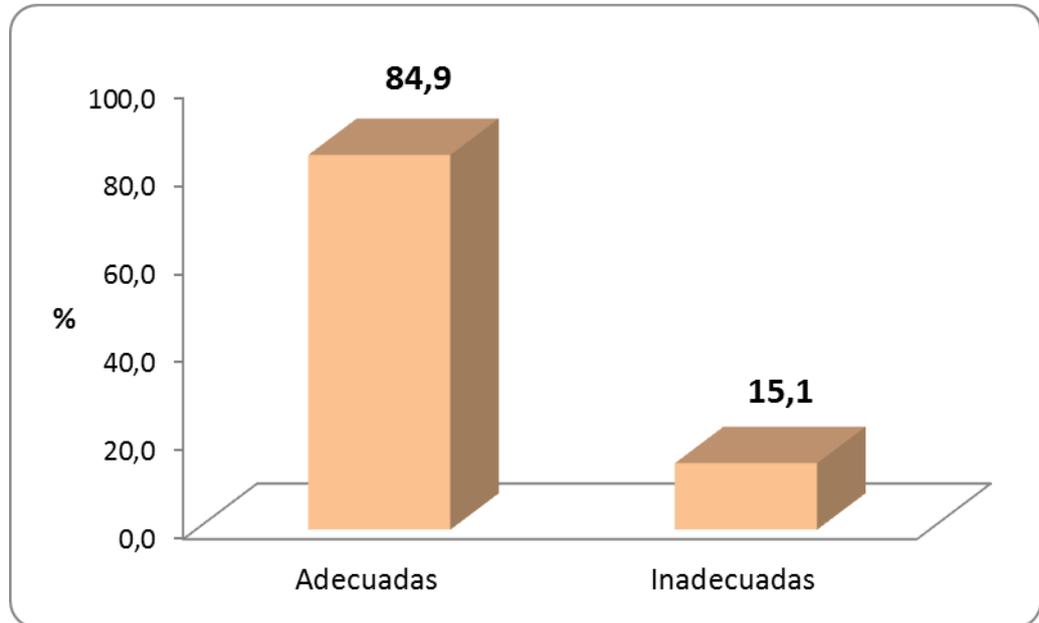
**Tabla 12. Prácticas de conservación de los alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**

<b>Prácticas de conservación de los alimentos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Adecuadas	62	84,9
Inadecuadas	11	15,1
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de prácticas (Anexo 03).

Con respecto a las prácticas de conservación de los alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 84,9% (62 madres) demostraron practicas adecuadas frente al 15,1% (11 madres) que revelaron prácticas inadecuadas.

**Gráfico 12. Proporción de madres de niños de 6 a 24 meses según prácticas de conservación de los alimentos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**



En el gráfico N° 12 Con respecto a las prácticas de conservación de los alimentos de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 84,9% demostró prácticas adecuadas frente al 15,1% que revelaron prácticas inadecuadas.

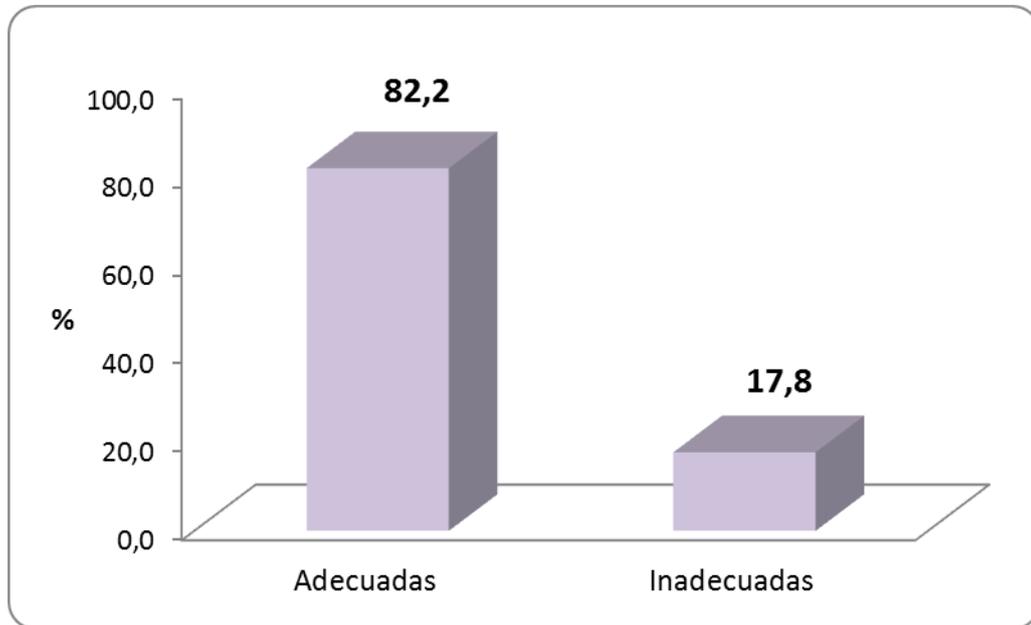
**Tabla 13. Prácticas de preparación de alimento de las madres de niños de 6 a 24 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**

<b>Prácticas de preparación de alimento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Adecuadas	60	82,2
Inadecuadas	13	17,8
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de prácticas (Anexo 03).

Concerniente a las prácticas de preparación de alimento de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 82,2% (60 madres) obtuvieron practicas adecuadas frente al 17,8% (13 madres) que mostraron prácticas inadecuadas.

**Gráfico 13. Proporción de madres de niños de 6 a 24 meses según prácticas de preparación de alimento en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**



En el gráfico N° 13 Concerniente a las prácticas de preparación de alimento de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 82,2% obtuvo prácticas adecuadas frente al 17,8% que mostraron prácticas inadecuadas.

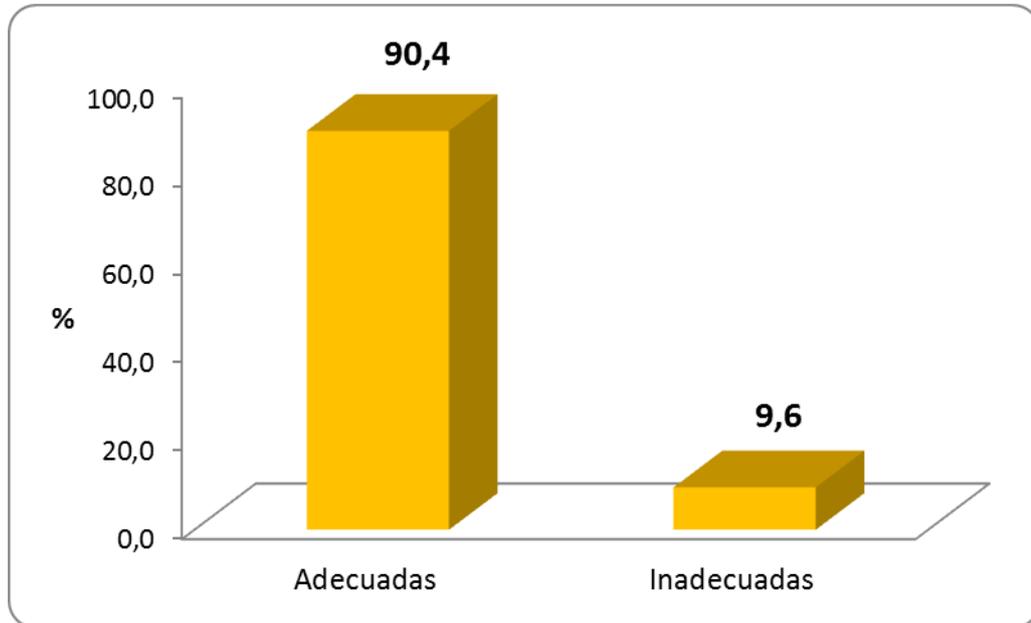
**Tabla 14. Prácticas sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 24 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**

<b>Prácticas sobre alimentación complementaria</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Adecuadas	66	90,4
Inadecuadas	7	9,6
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de prácticas (Anexo 03).

En general, en cuanto a las prácticas sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 90,4% (66 madres) demostraron practicas adecuadas frente al 9,6% (7 madres) que mostraron prácticas inadecuadas.

**Gráfico 14. Proporción de madres de niños de 6 a 24 meses según prácticas sobre alimentación complementaria en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**



En el gráfico N° 14 En general, en cuanto a las prácticas sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 24 meses en estudio, se encontró que la mayoría del 90,4% demostró prácticas adecuadas frente al 9,6% que mostraron prácticas inadecuadas.

#### 4.2. Análisis inferencial

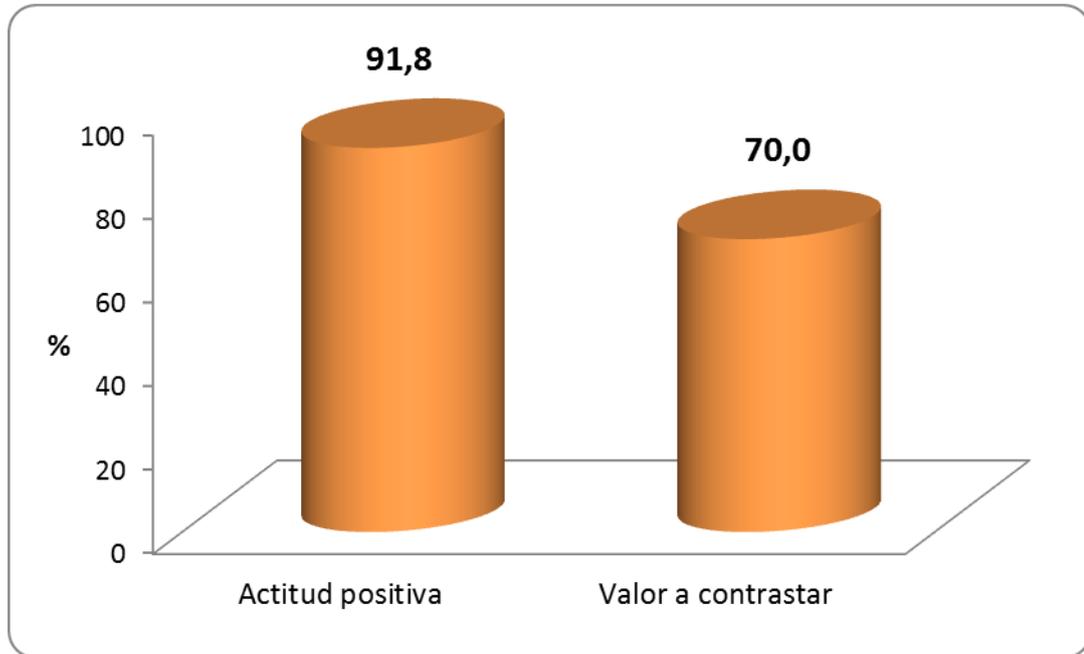
**Tabla 15. Comparación de las actitudes positivas sobre alimentación complementaria mediante valor a contrastar de las madres de niños de 6 a 24 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015**

<b>Actitudes positivas sobre alimentación complementaria</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Valor a contrastar (%)</b>	<b>Prueba para una proporción</b>	<b>Significancia</b>
SI	67	91,8			
NO	6	8,2	70,0	3,93	0,000
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>			

**Fuente:** Escala de actitudes (Anexo 02).

Dentro de la comparación entre las actitudes positivas sobre alimentación complementaria y el valor a contrastar, observamos que en total 67madres que representan el 91,8% manifestaron actitudes positivas sobre alimentación complementaria y al comparar este valor con el de contraste que fue del 70,0% (valor asumido por la investigadora), resulta diferente significativamente estadísticamente con  $p \leq 0,000$ . En otras palabras, las actitudes positivas sobre alimentación complementaria es diferente y mayor respecto al valor propuesto de contraste.

**Gráfico 15. Proporción de madres de niños de 6 a 24 meses según actitudes positivas sobre alimentación complementaria en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**



En el gráfico N° 15 Dentro de la comparación entre las actitudes positivas sobre alimentación complementaria y el valor a contrastar, observamos que en total 67 madres que representan el 91,8% manifestaron actitudes positivas sobre alimentación complementaria y al comparar este valor con el de contraste que fue del 70,0% (valor asumido por la investigadora), resulta diferente significativamente estadísticamente con  $p \leq 0,000$ . En otras palabras, las actitudes positivas sobre alimentación complementaria es diferente y mayor respecto al valor propuesto de contraste.

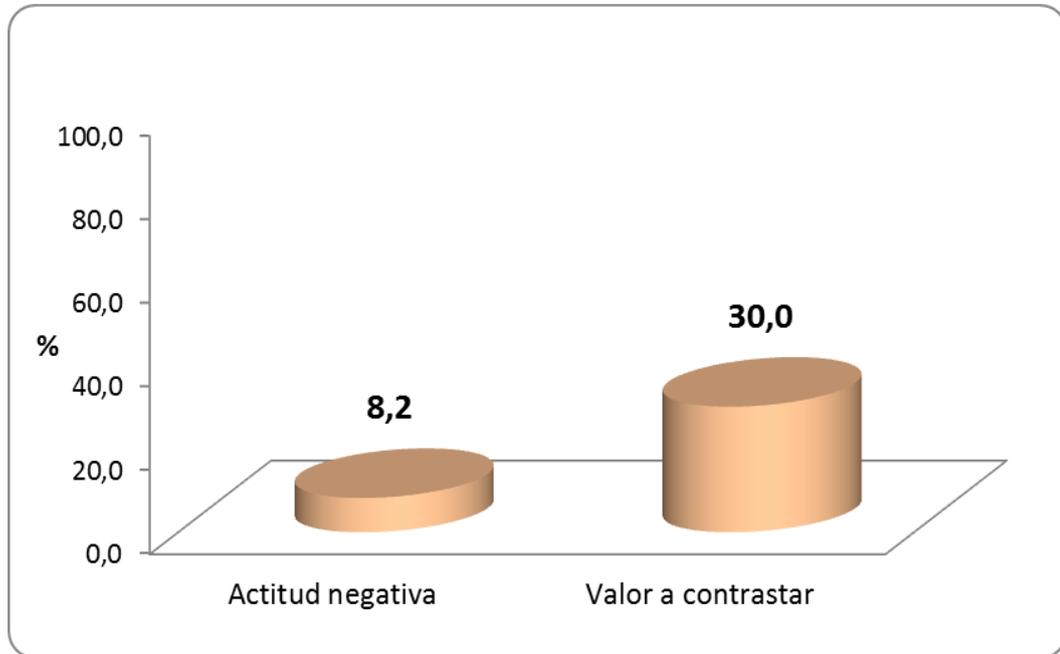
**Tabla 16. Comparación de las actitudes negativas sobre alimentación complementaria mediante valor a contrastar de las madres de niños de 6 a 24 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**

<b>Actitudes negativas sobre alimentación complementaria</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Valor a contrastar (%)</b>	<b>Prueba para una proporción</b>	<b>Significancia</b>
SI	6	8,2			
NO	67	91,8	30,0	3,93	0,000
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>			

**Fuente:** Escala de actitudes (Anexo 02).

Por otro lado, respecto a la comparación entre las actitudes negativas sobre alimentación complementaria y el valor a contrastar, observamos que en total 6madres que representan el 8,2% presentaron actitudes negativas sobre alimentación complementaria y al comparar este valor con el de contraste que fue del 30,0% (valor asumido por la investigadora), resulta diferente significativamente estadísticamente con  $p \leq 0,000$ . En otras palabras, las actitudes negativas sobre alimentación complementaria es diferente y menor respecto al valor propuesto de contraste.

**Gráfico 16. Proporción de madres de niños de 6 a 24 meses según actitudes negativas sobre alimentación complementaria en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**



Por otro lado, respecto a la comparación entre las actitudes negativas sobre alimentación complementaria y el valor a contrastar, observamos que en total 6 madres que representan el 8,2% presentaron actitudes negativas sobre alimentación complementaria y al comparar este valor con el de contraste que fue del 30,0% (valor asumido por la investigadora), resulta diferente significativamente estadísticamente con  $p \leq 0,000$ . En otras palabras, las actitudes negativas sobre alimentación complementaria es diferente y menor respecto al valor propuesto de contraste.

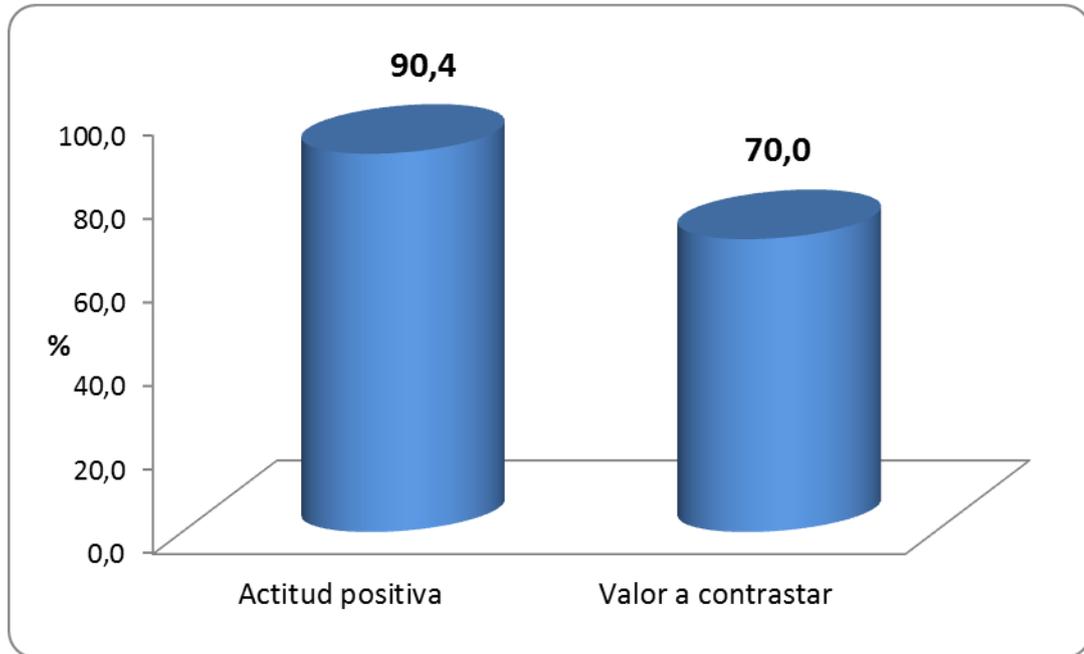
**Tabla 17. Comparación de las prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria mediante valor a contrastar de las madres de niños de 6 a 24 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**

<b>Prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Valor a contrastar (%)</b>	<b>Prueba para una proporción</b>	<b>Significancia</b>
SI	66	90,4			
NO	7	9,6	70,0	3,68	0,000
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>			

**Fuente:** Escala de prácticas (Anexo 03).

En cuanto a la comparación entre las prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria y el valor a contrastar, encontramos que en total 66madres que representan el 90,4% demostraron prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria y al comparar este valor con el de contraste que fue del 70,0% (valor asumido por la investigadora), resulta diferente significativamente estadísticamente con  $p \leq 0,000$ . En otras palabras, las prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria es diferente y mayor respecto al valor propuesto de contraste.

**Gráfico 17. Proporción de madres de niños de 6 a 24 meses según prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**



En el gráfico N°17 En cuanto a la comparación entre las prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria y el valor a contrastar, encontramos que en total 66madres que representan el 90,4% demostraron prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria y al comparar este valor con el de contraste que fue del 70,0% (valor asumido por la investigadora), resulta diferente significativamente estadísticamente con  $p \leq 0,000$ . En otras palabras, las prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria es diferente y mayor respecto al valor propuesto de contraste.

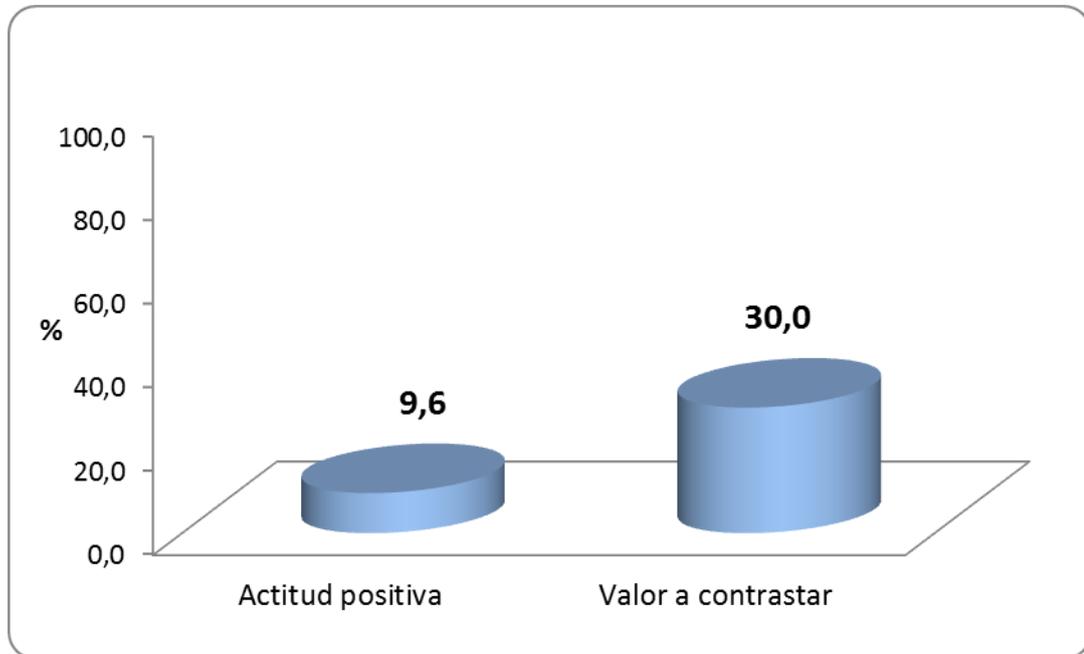
**Tabla 18. Comparación de las prácticas inadecuadas sobre alimentación complementaria mediante valor a contrastar de las madres de niños de 6 a 24 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**

<b>Prácticas inadecuadas sobre alimentación complementaria</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Valor a contrastar (%)</b>	<b>Prueba para una proporción</b>	<b>Significancia</b>
SI	7	9,6			
NO	66	90,4	30,0	3,68	0,000
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>			

**Fuente:** Escala de prácticas (Anexo 03).

Y, en cuanto a la comparación entre las prácticas inadecuadas sobre alimentación complementaria y el valor a contrastar, encontramos que en total 7madres que representan el 9,6% demostraron prácticas inadecuadas sobre alimentación complementaria y al comparar este valor con el de contraste que fue del 30,0% (valor asumido por la investigadora), resulta diferente significativamente estadísticamente con  $p \leq 0,000$ . En otras palabras, las prácticas inadecuadas sobre alimentación complementaria es diferente y menor respecto al valor propuesto de contraste.

**Gráfico 18. Proporción de madres de niños de 6 a 24 meses según prácticas inadecuadas sobre alimentación complementaria en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2015.**



En el gráfico N°18 En cuanto a la comparación entre las prácticas inadecuadas sobre alimentación complementaria y el valor a contrastar, encontramos que en total 7madres que representan el 9,6% demostraron prácticas inadecuadas sobre alimentación complementaria y al comparar este valor con el de contraste que fue del 30,0% (valor asumido por la investigadora), resulta diferente significativamente estadísticamente con  $p \leq 0,000$ . En otras palabras, las prácticas inadecuadas sobre alimentación complementaria es diferente y menor respecto al valor propuesto de contraste.

## CAPÍTULO V

### 5. DISCUSIÓN

#### 5.1. Discusión de resultados.

El presente estudio se realizó con la finalidad de determinar el nivel de actitudes y prácticas de las madres de niños de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el centro de salud Perú corea- Huánuco – 2015.

De acuerdo a los resultados de análisis inferencial dentro de la comparación entre las actitudes positivas sobre alimentación complementaria fue 91,8% manifestaron actitudes positivas sobre alimentación complementaria y al comparar este valor con el de contraste que fue del 70,0% (valor asumido por la investigadora), resulta diferente significativamente estadísticamente con  $p \leq 0,000$ . En otras palabras, las actitudes positivas sobre alimentación complementaria es diferente y mayor respecto al valor propuesto de contraste. Se acepta la hipótesis nula: la proporción (positivo / negativo) son diferentes.

Este resultado se apoya en los estudios de Parada<sup>61</sup>, desarrollo un estudio titulado: “Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años”; Los resultados demuestran que la introducción de alimentos complementarios se ha realizado en forma oportuna en el 70% mostrando una actitud positiva.

Resultados similares reporto Chú, Cisneros y Vallejos<sup>62</sup>, ejecutaron un estudio titulado: “Efectividad del programa educativo en conocimientos,

prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses - Reque -2014”; la cual el 93.3% de las madres mostraron actitudes adecuadas y el 76% de las madres lograron una práctica adecuada.

Los resultados reportados por Castro<sup>63</sup>, realizó un estudio titulado “Nivel de conocimiento de las madres sobre lactancia materna exclusiva y la actitud para brindar la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad del centro de salud “Carlos Showing Ferrari”87.3% que presentaron una actitud positiva para brindar la alimentación complementaria a los niños menores de 24 meses.

De acuerdo a los resultados de análisis inferencial dentro de la comparación entre las practicas adecuadas sobre alimentación complementaria fue 90,4% demostraron prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria y al comparar este valor con el de contraste que fue del 70,0% (valor asumido por la investigadora), resulta diferente significativamente estadísticamente con  $p \leq 0,000$ . En otras palabras, las prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria es diferente y mayor respecto al valor propuesto de contraste. Se acepta la hipótesis nula: la proporción (positivo / negativo) son diferentes.

Según Córdor y Zelene<sup>64</sup>, desarrollaron un estudio título es “Relación entre el nivel de conocimientos, las prácticas sobre alimentación complementaria de las madres y el estado nutricional del niño menor de dos años en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Centro Materno Infantil Ollantay - S.J.M., 2012”,Entre los resultados se encontró que las prácticas sobre

alimentación complementaria de las madres de niños menores de dos años fue 55.2% prácticas favorables y 44.8% con prácticas desfavorables.

Estos resultados se apoyan a la teoría de **Nola Pender**<sup>65</sup>. El modelo de Promoción de Salud identifica también los factores modificantes que según Pender influye en la probabilidad de acción, es decir que van a influir de manera indirecta sobre las actitudes y de la información que reciba de su entorno, entre ellos se identifican demográficos, interpersonales, situacionales y de conducta. Se conoce que las creencias y percepciones de la madre pueden influir en la toma de decisión para adoptar una conducta saludable, pero también es posible que los factores modificantes ofrezcan las bases que permiten o limiten la decisión de iniciar una conducta promotora de salud como es la de realizar la práctica de alimentación saludable.

Estos resultados se apoyan a la **Teoría de Abraham Maslow**<sup>66</sup>, por que menciona que la alimentación se encuentra en la base de la pirámide, estas son las necesidades fisiológicas imprescindibles para la supervivencia. A partir de ahí, y una vez estas están cubiertas, el ser humano aspira a alcanzar otras necesidades hasta alcanzar la autorrealización.

También este hallazgo se sustenta con la **Teoría de Dorothea Orem**<sup>67</sup>, El autocuidado es la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir el estudio pretende cubrir las necesidades físicas que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollase de una forma que sea normal para él, le ayuda al mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.

## CONCLUSIONES

Después de haber realizado los resultados se abordan las siguientes conclusiones:

Al analizar de modo general y de forma descriptiva los datos de las características demográficas de la muestra estudiada; el (39.7%) de madres cuyos hijos son menores de 2 años comprendidos las edades de 24 a 30 años, 82,2% pertenece a la zona de procedencia urbana, 35,6% tienen educación secundaria, 71,2% el número de hijos que tiene es de 1 a 2, ocupación 78,1% ama de casa.

Dentro de la comparación entre las actitudes positivas sobre alimentación complementaria y el valor a contrastar, observamos que en total 67 madres que representan el 91,8% manifestaron actitudes positivas sobre alimentación complementaria y al comparar este valor con el de contraste que fue del 70,0%, resulta diferente significativamente estadísticamente con  $p \leq 0,000$ . Las actitudes positivas sobre alimentación complementaria es diferente y mayor respecto al valor propuesto de contraste.

Por otro lado, respecto a la comparación entre las actitudes negativas sobre alimentación complementaria y el valor a contrastar, observamos que en total 6 madres que representan el 8,2% presentaron actitudes negativas sobre alimentación complementaria y al comparar este valor con el de contraste que fue del 30,0%, resulta diferente significativamente estadísticamente con  $p \leq 0,000$ . Las actitudes negativas sobre alimentación complementaria es diferente y menor respecto al valor propuesto de contraste.

En cuanto a la comparación entre las prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria y el valor a contrastar, encontramos que en total 66madres que representan el 90,4% demostraron prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria y al comparar este valor con el de contraste que fue del 70,0%, resulta diferente significativamente estadísticamente con  $p \leq 0,000$ . Las prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria es diferente y mayor respecto al valor propuesto de contraste.

Y, en cuanto a la comparación entre las prácticas inadecuadas sobre alimentación complementaria y el valor a contrastar, encontramos que en total 7madres que representan el 9,6% demostraron prácticas inadecuadas sobre alimentación complementaria y al comparar este valor con el de contraste que fue del 30,0%, resulta diferente significativamente estadísticamente con  $p \leq 0,000$ . Las prácticas inadecuadas sobre alimentación complementaria es diferente y menor respecto al valor propuesto de contraste.

## **RECOMENDACIONES**

En base a los resultados encontrados en la presente investigación se realiza las siguientes recomendaciones.

### **Al Centro de Salud Perú Corea.**

A la institución a través de las autoridades programar capacitaciones constantes para las enfermeras de CRED sobre la alimentación complementaria la cual ayudara usar estrategias para concientizar a las madres que faltan como en algunas zonas como: Urbanas marginales y rurales.

### **Para los profesionales de Enfermería.**

Poner empeño en este tema que es fundamental para los niños y niñas que sus mamás presenten actitudes positivas y prácticas adecuadas para su mejor desarrollo físico y cognitivo, la capacitación constante ayudara ampliar los conocimientos referentes al tema.

### **Los futuros investigadores**

Solo se ha logrado el primer peldaño de la escalera, en cuanto al alcance de la presente investigación, se sugiere plantear, desarrollar y ejecutar estudios de investigación semejantes con otras poblaciones e instituciones de salud con el fin de adoptar nuevas investigaciones en cuanto a actitudes y prácticas de las madres sobre la alimentación complementaria también para los futuros estudios que sea estudio analítico partiendo de esta investigación.

## RERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Wisbaum W y col. La desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. España; 2011.
2. Organización Panamericana de la Salud. Conocimientos actuales sobre nutrición. OPS/OMS. 2006 (7).
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la Infancia. UNICEF; 2007.
4. Food and Agriculture Organization. Expert Consultation. Report on Human Energy Requirements. FAO/WHO/UNU; 2004.
5. Gupta A, Dadhich JP, Faridi MMA. Breastfeeding and Complementary Feeding as a Public Health Intervention for Child Survival in India. Indian J Pediatr [publicación periódica en línea] 2010. January; Se encuentra en: URL:<http://www.bpni.org/Article/child-survival-in-India-II.pdf>.
6. ESPGHAN Committee on Nutrition. Complementary feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J PediatrGastroenterolNutr 2008; 46: 99–110.
7. Ruíz P, Sánchez P. Trastornos del comportamiento alimentario. Sociedad Colombiana de Pediatría. 2008; (2):11-15.
8. Quesada D. Técnica de investigación cuantitativa. Escala de actitudes tipo Likert t. Licenciatura en docencia. Investigación Educativa. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2006.
9. Cereceda MP. Dietética de la teoría a la práctica. Alimentación en las diferentes etapas de la vida. 1ra Edición. Fondo Editorial de la UNMSM. Lima. 2008.
10. Flores S, Martínez G, Toussaint G, Adell A, Copto A. Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. Bases técnicas. Bol MedHospInfantMex. 2006; 63(2):129-44.
11. Gómez A. Percepciones y conocimientos de los actores políticos locales de la cuenca del río Casma en temas de nutrición y seguridad alimentaria. Ancash, enero-junio, 2007.

12. Noemí L, Alfaro C. Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre la alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2009[licenciatura]. Universidad Mayor de San Marcos; 2010. 135p.
13. Marrufo Marrufo M. actitudes de las madres hacia la alimentación infantil en preescolares del nido "Belén Kids", los Olivos, 2011. [licenciatura]. Universidad Mayor de San Marcos; 2012. 97p.
14. Bazalar G, Amelia D. Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", 2011[licenciatura]. Universidad Mayor de San Marcos; 2012. 94p.
15. Puma Araujo F S. Relación entre características de inicio de alimentación complementaria y aversión sensorial a los alimentos en preescolares del Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2015[licenciatura]. Universidad Mayor de San Marcos; 2016. 55p.
16. Rodríguez Paredes C A. Relación entre características de alimentación complementaria y longitud en lactantes de 6-11 meses de edad de un centro materno infantil – Lima, 2015[licenciatura]. Universidad Mayor de San Marcos; 2015. 46p.
17. Venegas R, Montes P, Álvarez J, Velasco C. conocimientos, prácticas y actitudes sobre alimentación normal en el primer año de vida de los estudiantes de medicina de la universidad del valle de Cali, Colombia. *gastrohup*. 2011; 13 (3): 128-134.
18. *Ibíd.*, p15.
19. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo [Internet]. Roma: FAO; c 2015 [cited 2015]. Available from: [www.fao.org/publications](http://www.fao.org/publications).
20. Naciones Unidas [Internet]. Nueva York: Catharine Way; c2015 [cited 2015]. Available from: [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015\\_spanish.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf).
21. Desnutrición crónica [Internet]. Lima Perú: Notas De Prensa INEI; c 2015 [cited 2015 Mayo 26]. Available from:

[https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion\\_cronica-afecto-al-144-de-la-poblacion-menor-de-cinco\\_años-en-el-año-2015-9066/](https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion_cronica-afecto-al-144-de-la-poblacion-menor-de-cinco_años-en-el-año-2015-9066/)

22. Infobarómetro de la Primera Infancia [Internet]. Perú: humanizando las cifras; c 2014. [cited 2015]. Available from: <http://inversionenlainfancia.net/infobarometro/>.
23. Beltrán CP, Nates DX, Velasco CA. prácticas de alimentación en lactantes menores de dos años de edad de Cali, Colombia. *gastrohnap*. 2012; 14(3): 54-58.
24. Jiménez AM, Velasco BC, stella AL. conocimientos, prácticas y actitudes de madres de providencia, Colombia sobre alimentación, salud y enfermedad. *gastrohnap*: 2012; 14(3): 88-93.
25. *Ibíd.*, p17.
26. Revista Ciencia y Cuidado- Volumen 8 / NÚMERO 1 / AÑO 2011 Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años. Doris Amparo Parada Rico.
27. Cisneros Poma, E. P., & Vallejos Esquivas, Y. Y. (2015). Efectividad del programa educativo en conocimientos, practicas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses, Reque, 2014
28. Gamarra AR, Porroa JM, Quintana SM. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. *AnFacmed*. 2010; 71(3):179-83.
29. Córdor Y, Zelene A. relación entre el nivel de conocimientos, las prácticas sobre alimentación complementaria de las madres y el estado nutricional del niño menor de dos años en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del centro materno infantil ollantay. *sn*.2013:118.
30. Cárdenas Alfaro, L. Relación entre el nivel de Conocimientos y Prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño”. Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería], Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2010
31. Cárdenas Castillo, Catherine Janina. 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. 50 [Tesis Lic. Enfermería] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2004.
32. Jiménez Huamaní, Cesar. “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza 2008” [Tesis Lic. Enfermería] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2008.
33. Castro B. Karla, “Nivel de conocimiento de las madres sobre lactancia materna exclusiva y la actitud para brindar la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses”. (tesis para optar el título de Licenciado en enfermería) Universidad nacional Hermilio Valdizan Huánuco – 2011
34. Malpartida T. Roger. “Nivel de conocimiento sobre alimentación en el primer año de vida del niño y conducta alimentarias de las madres de culpa alta” [tesis para optar título profesional de enfermería] Universidad Nacional Hermilio Valdizan– Huánuco, 2008
35. Veramendi Villavicencios N , Manzano Tarazona M, Ortiz Cruz M L , Martel y Chang S , Llanos Melgarejo M, Deza y Falcón I, Castro Bravo R , Rojas Bravo V , Sotomayor Baca A, Portocarrero Merino E, Tucto Berrios Y. formación a promotores de salud sobre alimentación complementaria de niños de 6 a 12 meses en la prevención de la desnutrición. Distrito de Churubamba – Huánuco. Formación a promotores de salud. en la prevención de la desnutrición infantil [Internet]. 2008[2015 Diciembre 16]; 2 (1): 5. Aviable from: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/invest.valdiz/v2n1/a1.pdf>.
36. Pender, Nola, Modelo de Promoción de la Salud. [Internet]. México. S/N. Mayo del 2011. Fecha de acceso: [12 de Setiembre del 2016] Disponible en [www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf).
37. Jáuregui Cárdenas Jocelyn Lisset. El componente crecimiento y desarrollo: Significado para las madres de niños de 1 a 4 años del AAHH Nueva Unión, Comas 2009. Trabajo para optar el título de Licenciada. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2010.
38. Abraham H. Maslow. Motivación y personalidad [Internet]. Madrid España: Días de Santos, S.A; 1991 [cited 2015 Nov 3]. 433 P. Aviable from: <https://books.google.com.pe/books?isbn=8487189849>

39. Margarita Pereda Acosta. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enfermería Neurológica* [Internet]. 2011 [cited 2015 noviembre 6]; Vol. 10, No. 3: 163-167. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>
40. *Ibíd.*, p13.
41. Lima Serrano Marta, Rodríguez Joaquín Salvador, Sáez Bueno África. Diseño y validación de dos escalas para medir la actitud hacia la alimentación y la actividad física durante la adolescencia. *Rev. Esp. Salud Pública* [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2016 Ene 08]; 86(3): 253-268.
42. *Ibíd.*, p41.
43. Vázquez Alonso, Á., & Manassero Mas, M. A. (1995). Actitudes relacionadas con la ciencia: una revisión conceptual. *Enseñanza de las Ciencias*, 13(3), 337-346.
44. *Ibíd.*, p.8.
45. *Ibíd.*, p.13.
46. *Ibíd.*, p.13.
47. *Ibíd.*, p.12.
48. Black Maureen M, Creed-Kanashiro Hilary M. ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Rev. Perú MedExp Salud Pública* [Internet]. 2012 Sep. [citado 2016 Ene 11]; 29(3): 373-378.
49. *Ibíd.*, p.12.
50. Martín Criado Enrique. El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: el caso de las madres de clases populares en Andalucía. *Rev. Esp. Salud Pública* [revista en la Internet]. 2007 Oct [citado 2015 Jun 23]; 81(5): 519-528.
51. Alviz Ferreyra DN, Camones Manrique FF. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación saludable en gestantes de 17 a 19 años que acuden al Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, 2015 [tesis para licenciada]. Perú: Universidad Privada Arzobispo Loayza; 2015. 103p

52. Daza, W. y Dadán, S (n/f). Alimentación Complementaria en el primer año de vida. PRECOP. Vol. 8. N<sup>a</sup> 4. Recuperado: 31/05/2012. Disponible en [http://URL. http://www.scp.com.co/precop/precop\\_files/modulo\\_8\\_vin\\_4/alimentacion\\_complementaria\\_1ano\\_vida.pdf](http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_8_vin_4/alimentacion_complementaria_1ano_vida.pdf).
53. Franco, E. (2004 a). Alimentación Complementaria del Lactante. Unidad de Nutrición Depto. Pediatría y Cuidado Infantil. Recuperado: 11/06/2012. Disponible en: [www.med.ufro.cl/.../clases/.../ALIM.%20COMPLEMENTARIA.doc](http://www.med.ufro.cl/.../clases/.../ALIM.%20COMPLEMENTARIA.doc).
54. Escobar Álvarez M B. 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 junio – septiembre del 2013. [licenciatura]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de Enfermería Carrera de Nutrición Humana; 2014. 103 p.
55. Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013 a). Programas y proyectos: Alimentación complementaria. Recuperado 17/06/2012. Disponible en: [http://URL.www.who.int/nutrition/topics/complementary\\_feeding/es/](http://URL.www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/).
56. Ibíd., p.10.
57. Ibíd., p.14.
58. Olmos, C. Dieta Complementaria y el desarrollo de alergias. Revista Fundación Cardioinfantil de Bogotá. Vol. 7. N<sup>a</sup> 4. p.20. n.f. Recuperado: 31/05/2012. Disponible en: [http://URL.www.scp.com.co/precop/precop\\_files/modulo\\_7\\_vin\\_4/PrecopVol7N4\\_3.pdf](http://URL.www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_7_vin_4/PrecopVol7N4_3.pdf).
59. Rodríguez, C. y Rasco, M. (2007, p.333). La alimentación complementaria en el lactante. Sevilla. Recuperado: 06/06/2012. Disponible en [http://URL. www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/alimentacion\\_complementaria\\_lactante.pdf](http://URL.www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/alimentacion_complementaria_lactante.pdf).
60. Medline plus. Leche de vaca para los bebés. Publicado: 02/08/2011. Recuperado: 10/08/2013. Disponible en: [http://URL. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002448.htm](http://URL.www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002448.htm).

61. Ibíd., p26.

62. Ibíd., p27.

63. Ibíd., p33.

64. Ibíd., p29.

65. Ibíd., p36.

66. Ibíd., p38.

67. Ibíd., p39.

# A N N E X O S

Nº encuesta: \_\_\_\_\_

Fecha:     /     /

**ANEXO Nº 1**  
**GUÍA DE ENTREVISTA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS,**  
**DE LA MUESTRA DE ESTUDIO**

**TITULO DE INVESTIGACION.** “Actitudes y prácticas de las madres de niños de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea-Huánuco – 2015”

**INTRUCCIONES.**

Buenos días soy Roció García Cabello, alumna de Enfermería en la Universidad de Huánuco, estoy realizando la presente investigación que tiene por objetivo identificar las actitudes y prácticas de las madres sobre la alimentación complementaria. Agradezco por anticipado su colaboración, respondiendo a las preguntas en forma sincera y honesta.

**I CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS.**

**1. ¿Cuántos años tiene usted?**

.....

**2. Zona procedencia**

- |                    |     |
|--------------------|-----|
| 1. Rural           | ( ) |
| 2. Urbano          | ( ) |
| 3. urbano marginal | ( ) |

**II CARACTERISTICAS SOCIALES**

**2. ¿Cuál es su grado de escolaridad?**

- |                           |     |
|---------------------------|-----|
| 1. Primaria incompleta    | ( ) |
| 2. Primaria completa      | ( ) |
| 3. Secundaria incompleta  | ( ) |
| 4. Secundaria completa    | ( ) |
| 5. Grado superior técnico | ( ) |
| 6. Superior universitario | ( ) |

**4. Número de hijos**

.....

**5. ¿Cuál es su ocupación?**

- |                |     |
|----------------|-----|
| 1. Ama de casa | ( ) |
| 2. Comerciante | ( ) |
| 3. Otro        | ( ) |

Nº encuesta: \_\_\_\_\_

Fecha:     /     /

**ANEXO Nº 2****ESCALA DE ACTITUDES DE LAS MADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

**TÍTULO DE INVESTIGACIÓN.** “Actitudes y prácticas de las madres de niños de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea-Huánuco – 2015”

**INSTRUCCIONES**

La presente escala es estrictamente anónima por lo que no necesita escribir su nombre ni apellidos; le agradeceré que lea cuidadosamente cada uno de los enunciados y responda lo que para usted es la respuesta más adecuada; deberá responder marcando con un aspa (X), utilizando los siguientes criterios:

Acuerdo (A) 2

Desacuerdo (DA) 1

Recuerda que su sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegúrese de contestar todos los enunciados.

Nº	REACTIVOS	ACUERDO	DESACUERDO
I	<b>ACTITUD HACIA LA CANTIDAD DE CONSUMO DE ALIMENTOS</b>		
1	El niño a los 6 - 8 meses de edad puede comer de 3 a 5 cucharadas en cada comida.		
2	El niño a los 9 - 11 meses de edad puede comer de 5 a 7 cucharadas en cada comida		
3	Al cumplir el año de edad el niño puede comer de 7 a 10 cucharas en cada comida.		
4	Con la alimentación complementaria se puede seguir dando leche materna.		
II	<b>ACTITUD HACIA LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS</b>		
5	Considera necesario que el niño de 6 – 8 meses de edad consuma de 2 a 3 comidas al día como: (media mañana, mediodía, media tarde).		
6	Considera necesario que el niño a los 9 – 11 meses de edad consuma 4 comidas al día como: (desayuno, media		

	mañana, mediodía, media tarde).		
7	Considera necesario que el niño al año consuma 5 comidas por día como: (desayuno, media mañana, mediodía, media tarde, noche).		
<b>III</b>	<b>ACTITUD HACIA LA CONSISTENCIA DE LAS PREPARACIONES DE ALIMENTOS</b>		
8	Considera que la alimentación del niño de 6 – 8 meses puede ser a base de papilla, mazamorra o purés.		
9	Considera que a los 9- 11 meses el niño puede comer alimentos picados, como: picadito de hígado, etc.		
10	Considera que al cumplir el año a más de edad el niño puede consumir segundos.		
<b>IV</b>	<b>ACTITUD HACIA LA PREPARACIÓN DE ALIMENTO</b>		
11	Considera que su niño a los 6 – 8 meses de edad puede consumir tubérculos como: (papa, camote, yuca, oca, arracacha).		
12	Considera que su niño a los 6 – 8 meses de edad puede consumir cereales como: (fideos, sémolas, maicena y otras harinas).		
13	Considera que su niño a los 6 – 8 meses de edad puede consumir vegetales como: (zapallo, zanahoria y espinacas).		
14	Considera que su niño a los 6 – 8 meses de edad puede consumir frutas como: (plátano, durazno, papaya y otros).		
15	Considera que su niño a los 6 – 8 meses de edad puede consumir alimentos de origen animal como: (hígado, bazo, yema de huevo y carnes).		
16	Considera que su niño a los 9 – 11 meses de edad puede consumir clara de huevo.		
17	Considera que su niño al año de edad puede consumir de la olla familiar que Ud. Cocina.		

Nº encuesta: \_\_\_\_\_

Fecha:     /     /

**ANEXO Nº 3****ESCALA DE PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

**TÍTULO DE INVESTIGACIÓN.** “Actitudes y prácticas de las madres de niños de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea-Huánuco – 2015”

**INTRUCCIONES.** Señora primeramente Saludándole cordialmente le invitamos a que conteste las pregunta que le presentamos a continuación marcando con un aspa (X) la opción que crees conveniente, puedes marcar una o más opciones. Recuerde que esta guía de entrevista es totalmente confidencial.

Si (2)

No (1)

Nº	REACTIVOS	SI	NO
<b>I</b>	<b>PRÁCTICAS DE HIGIENE</b>		
1	Los utensilios para alimentar al niño (plato, cuchara, taza) son lavados antes y después de alimentar a su niño.		
2	Su niño tiene sus propios utensilios como: (plato, cuchara, vaso).		
3	Ud. se Lava las manos con agua y jabón antes y después de cocinar y de dar de comer a su niño.		
4	Coloca la basura o restos de comida en tachos tapados y fuera de la vivienda.		
5	Al preparar los alimentos usted se sujeta el cabello.		
6	Al preparar los alimentos usted se retira los accesorios de las manos como: (anillos, relojes, pulseras).		
7	Al preparar los alimentos usted tiene las uñas cortas y sin esmalte.		
8	Los alimentos como: (carnes, verduras, tubérculos, huevos).son lavados antes de prepararse.		
<b>II</b>	<b>PRÁCTICAS DE CONSERVACIÓN DE LOS ALIMENTOS</b>		
9	Ud. Mantiene los alimentos cocidos tapados.		
10	Ud. A los alimentos de origen animal crudo como: (hígado, bazo, carne) los guarda en la refrigeradora.		
11	Las frutas lo conserva lavados y tapados.		
<b>III</b>	<b>PRÁCTICAS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTO</b>		
12	Para la preparación de jugos y refrescos del niño utiliza agua hervida.		
13	Durante la preparación de las mazamorras, purés no le añade azúcar.		
14	Durante la preparación de papillas u otros alimentos no le añade sal.		
15	En la preparación de su comidita le echa aceite o mantequilla.		



**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**  
**ANEXO 04**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Sr. (a).....,

de.... Años de edad, N° de DNI....., manifiesta que ha sido informado/a sobre la finalidad del cuestionario cuyo contenido busca cubrir los objetivos del Proyecto titulado “actitudes y prácticas de las madres de niños de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea Huánuco-2015”

He sido informada delos procedimiento que se llevara a cabo durante la encuesta.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos y confidenciales.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en este proyecto de realizar y contribuir con el objetivo de dicho estudio.

---

*Firma del Participante*

## ANEXO 05

### CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN PARA JUECES SOBRE EL INSTRUMENTO OBJETO DE EVALUACIÓN

#### I. JUSTIFICACION

Nombre del experto: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

#### II. APRECIACION DEL EXPERTO

Nº	ITEMS	APRECIACION		OBSERVACION
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?			
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?			
3	¿Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la elaboración del instrumento?			
4	¿El instrumento responde a la operacionalización de las variables?			
5	¿La estructura que presenta el instrumento es secuencial?			
6	¿Los ítems están redactados de forma clara y precisa?			
7	¿El número de ítems es adecuado?			
8	¿Los ítems del instrumento son válidos?			
9	¿Se deben incrementar el número de ítems?			
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?			

#### III. DECISION DEL EXPERTO

El instrumento debe ser aplicado:      SI (   )                      NO (   )

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

-----

Firma y sello

**ANEXO N°06: MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

**Título:** “Actitudes y prácticas de las madres de niños de 6 a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015. “

**Tesista:** GARCÍA CABELLO, Yanett Rocío

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones e indicadores	Metodología	Población y muestra	Técnicas
<p><b>Problema general.</b></p> <p>¿Cuáles son las actitudes y prácticas de las madres de niños de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco</p>	<p><b>Objetivo general.</b></p> <p>Determinar las actitudes y prácticas de las madres de niños de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea -</p>	<p><b>Hipótesis general:</b></p> <p>-Por ser un estudio descriptivo simple no se tuvo en cuenta la Hipótesis general; sin embargo en el estudio se formularon en Hipótesis descriptivas.</p>	<p><b>Variable dependiente</b></p> <p>Actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria.</p>	<p>-Actitud hacia la cantidad de consumo de alimentos.</p> <p>-Actitud hacia la frecuencia de consumo de alimentos.</p> <p>-Actitud hacia la consistencia de</p>	<p>-Según la intervención, el estudio es <b>descriptivo</b> porque solo describe o estima parámetros en la población en estudio a partir de una muestra.</p>	<p><b>-Población</b></p> <p>La población estuvo conformada por un total de 300 madres, que asistieron a su control de sus</p>	<p><b>TIPO DE ESTUDIO:</b></p> <p>-Guía de entrevista de las características generales en estudio (Anexo 1)</p> <p>-Escala de actitudes de las madres sobre la</p>

- 2015?	Huánuco – 2015.			<p>las preparaciones de alimento.</p> <p>-Actitud hacia la preparación de alimentos.</p> <p>-Prácticas de higiene.</p> <p>-Prácticas de conservación de los alimentos.</p> <p>-Prácticas de preparación de alimento.</p>	<p>- De acuerdo a los resultados de la investigadora fue de tipo <b>observacional</b>, porque solo se observó y se describió en forma precisa los fenómenos.</p> <p>- El estudio fue de tipo <b>prospectivo</b>, porque se estudió a las variables en el momento de los hechos.</p> <p>- El estudio fue de tipo <b>transversal</b>, porque se analizaron los datos de un grupo de sujetos de una población determinada en un momento</p>	<p>hijos de 6 meses a 24 meses en el área de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco - 2015.</p> <p><b>-Tipo de muestra</b></p> <p>Fue obtenida mediante el muestreo aleatorio simple considerando los criterios de inclusión y exclusión de la unidad de análisis.</p>	<p>alimentación complementaria (Anexo 2)</p> <p>-Escala de prácticas de las madres sobre la alimentación complementaria (Anexo 3)</p>
---------	-----------------	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					dado y en un lugar determinado.		
<p><b>Problemas específicos.</b></p> <p>- ¿Cuáles son las actitudes hacia la cantidad de consumo de alimentos de las madres cuyos hijos tienen las edades de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en</p>	<p><b>Objetivos específicos.</b></p> <p>- Identificar las actitudes hacia la cantidad de consumo de alimentos de las madres cuyos hijos tienen las edades de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de</p>	<p><b>Hipótesis específicas.</b></p> <p>- <math>H_{a0}</math>: La proporción de las actitudes de las madres cuyas edades de sus hijos es de 6 meses a 24 meses sobre alimentación complementaria según nivel es (positivo/negativo), son diferentes en el consultorio de</p>					

<p>el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco - 2015? - ¿Cuáles son las actitudes hacia la frecuencia de consumo de alimentos de las madres cuyos hijos tienen las edades de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco - 2015? - ¿Cuáles son las actitudes hacia la consistencia de las preparaciones de alimento de las madres cuyos hijos tienen las edades de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco - 2015?</p>	<p>crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015. - Identificar las actitudes hacia la frecuencia de consumo de alimentos de las madres cuyos hijos tienen las edades de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015. - Identificar las actitudes hacia la consistencia de las preparaciones de alimento de las madres cuyos hijos tienen las edades de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y</p>	<p>crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015. - <math>H_{a1}</math>: La proporción de las actitudes de las madres cuyas edades de sus hijos es de 6 meses a 24 meses sobre alimentación complementaria según nivel es (positivo/negativo), no son diferentes en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015. - <math>H_{a0}</math>: La proporción de prácticas de las madres cuyas edades de sus hijos es de 6 meses a 24 meses sobre alimentación complementaria según nivel es (adecuado/inadecuado), son diferentes</p>					
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

<p>- ¿Cuáles son las actitudes hacia la preparación de alimentos de las madres cuyos hijos tienen las edades de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015?</p> <p>- ¿Cuáles son las prácticas de higiene que realizan las madres cuyas edades de sus hijos es de 6 meses a 24 meses sobre alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015?</p> <p>- ¿Cuáles son las prácticas de conservación de los alimentos que realizan las madres cuyas edades de sus hijos es</p>	<p>desarrollo del niño en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015.</p> <p>- Identificar las actitudes hacia la preparación de alimentos de las madres cuyos hijos tienen las edades de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015.</p> <p>- Identificar las prácticas de higiene que realizan las madres cuyas edades de sus hijos es de 6 meses a 24 meses sobre alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015.</p>	<p>en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015.</p> <p>- Ha<sub>2</sub>: La proporción de prácticas de las madres cuyas edades de sus hijos es de 6 meses a 24 meses sobre alimentación complementaria según nivel es (adecuado/inadecuado), no son diferentes en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015.</p>					
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

<p>de 6 meses a 24 meses sobre alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco - 2015?</p> <p>- ¿Cuáles son las prácticas de preparación de alimento que realizan las madres cuyas edades de sus hijos es de 6 meses a 24 meses sobre alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco - 2015?</p>	<p>- Identificar las prácticas de conservación de los alimentos que realizan las madres cuyas edades de sus hijos es de 6 meses a 24 meses sobre alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015.</p> <p>- Identificar las prácticas de preparación de alimento que realizan las madres cuyas edades de sus hijos es de 6 meses a 24 meses sobre alimentación complementaria en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Perú Corea – Huánuco – 2015.</p>						
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Reyna Angélica Cruz Herrero, con DNI N° 43967912, de  
profesión Enfermera, ejerciendo actualmente como  
Lic. Enfermería en Área Niño, en la Institución  
C.O.S. Carlos Shading Ferrari.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación  
de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes  
recomendaciones:

Ejecutar su encuesta con los instrumentos  
revisados.

En Huánuco, a los 05 días del mes de octubre del 2015.

  
Firma

### CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, ELIEN DORNADO CANTALERO, con DNI N° 40613742, de profesión LIC. SNF, ejerciendo actualmente como DOCENTE INVESTIGACION, en la institución USH.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

- CONTINUAR CON EL SIGUE PASO EN SU VALIDACION
- LAS PREGUNTAS GUARAN CONCORDANCIA CON LAS DIMENSIONES DE LAS VARIABLES.

En Huánuco, a los 04 días del mes de OCTUBRE del 2015.



Firma

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Matelele Cisneros Estela, con DNI N° 80069594 de  
profesión Lic. Enfermería, ejerciendo actualmente como  
personal asistencial, en la Institución  
C.S. "Podol Showing Ferrari".

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación  
de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes  
recomendaciones:

---

---

---

---

En Huánuco, a los 07 días del mes de Setiembre del 2015.

  
Matelele Cisneros Estela  
LIC. ENFERMERIA  
C.E.N. 37732  
Firma