

# UNIVERSIDAD DE HUANUCO

## ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA  
SALUD, CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA  
UNIVERSITARIA



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

## TESIS

---

**“CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A  
12 MESES DE EDAD SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA  
DEL CENTRO DE SALUD AGUAYTIA – UCAYALI- 2017”**

---

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN  
CIENCIAS DE LA SALUD, CON MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y  
DOCENCIA UNIVERSITARIA

AUTORA: Fabian Ponce, Doris Geovana

ASESOR: Dámaso Mata, Bernardo Cristóbal

HUÁNUCO – PERÚ

2020

# U

### TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis ( X )
- Trabajo de Suficiencia Profesional ( )
- Trabajo de Investigación ( )
- Trabajo Académico ( )

**LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:** Salud pública  
**AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN** (2018-2019)

### CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

**Área:** Ciencias médicas, Ciencias de la salud

**Sub área:** Ciencias de la salud

**Disciplina:** Nutrición, Dietética

### DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Maestra en ciencias de la salud, con mención en salud pública y docencia universitaria

Código del Programa: P21

Tipo de Financiamiento:

- Propio ( X )
- UDH ( )
- Fondos Concursables ( )

### DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 42623388

### DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 08879694

Grado/Título: Doctor en medicina

Código ORCID: 0000-0002-6268-1644

### DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Bacilio Cruz, Silvia Lina	Doctora en ciencias de la salud	22515292	0000-0001-9904-5337
2	Leiva Yaro, Amalia Verónica	Doctora en ciencias de la salud	19834199	0000-0001-9810-207X
3	Palacios Zevallos, Juana Irma	Doctora en ciencias de la salud	22418566	0000-0003-4163-8740

# D

# H



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

JEFA DE LA UNIDAD DE POST GRADO- FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la ciudad Universitaria la Esperanza, en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, a los veintiún días del mes de noviembre del año dos mil dieciocho, siendo las 11 horas, los Jurados, docentes en la Universidad de Huánuco, Dra. Silvia Bacilio Cruz, **Presidenta**, Mg. Amalia Leiva Yaro, **Secretaria**, y Dra. Juana Irma Palacios Zevallos, **Vocal** respectivamente; nombrados mediante Resolución N° 358-2017-D-EPG-UDH, de fecha diecisiete de octubre del año dos mil diecisiete y Resolución N° 710-2018-D-EPG-UDH, de fecha ocho de noviembre del año dos mil dieciocho y la aspirante al Grado Académico de Maestra, **Doris Geovana FABIAN PONCE**.

Luego de la instalación y verificación de los documentos correspondientes, la Presidenta del jurado invitó a la graduando a proceder a la exposición y defensa de su tesis intitulada: **"CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL CENTRO DE SALUD AGUAYTIA – UCAYALI - 2017"**. Para optar el Grado Académico de Maestra en Ciencias de la Salud, mención: Salud Publica y Docencia Universitaria.

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 Quince y cualitativo de Buena (Art. 54).

Siendo las 12<sup>30</sup> horas del día 20 del mes de Noviembre del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

**PRESIDENTA**

Dra. Silvia Bacilio Cruz

**SECRETARIA**

Mg. Amalia Leiva Yaro

**VOCAL**

Dra. Juana Irma Palacios Zevallos

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicarle este trabajo de investigación:

A Dios que me ha dado la vida y fortaleza para terminar este trabajo de investigación.

A mis hijos Kevin y Adriana por ser mi inspiración para seguir superándome día a día.

A mis padres por estar presentes brindándome su apoyo incondicional desde siempre.

**Doris Geovana Fabian Ponce**

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, doy gracias a DIOS por permitirme la vida y ver sus grandezas.

A la Universidad de Huánuco por haberme abierto las puertas de su casa de estudios para poder formarme como profesional de la salud.

A mi centro de trabajo C.S. Aguaytía, por haberme brindado las facilidades para llevar a cabo esta tesis dentro de sus instalaciones.

A las madres de familia que participaron como la Muestra la tesis.

Y una vez más a mis padres por su apoyo incondicional.

Doy gracias por todo lo que tengo que es muchísimo más de lo que podía soñar.

**Doris Geovana Fabián Ponce**

# ÍNDICE

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTOS .....	iii
ÍNDICE.....	iv
INDICE DE TABLAS .....	vii
INDICE DE GRAFICOS .....	viii
RESUMEN .....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN .....	xi
CAPÍTULO I.....	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
1.1. Descripción del problema .....	13
1.2. Formulación del problema .....	17
1.2.1. Problema General .....	17
1.2.2. Problemas Específicos.....	17
1.3. Objetivo general.....	17
1.4. Objetivos específicos .....	17
1.5. Trascendencia de la investigación.....	18
1.5.1. Nivel técnico.....	18
1.5.2. Nivel practico.....	18
1.5.3. Nivel académico.....	18
CAPÍTULO II.....	19
2. MARCO TEÓRICO.....	19
2.1. Antecedentes de la investigación .....	19
2.1.1. Antecedentes Internacionales .....	19
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	20
2.1.3. Antecedentes locales .....	22
2.2. Bases teóricas .....	22
2.2.1. Alimentación Complementaria .....	22

2.2.2.	Secuencia de introducción de alimentos .....	23
2.2.3.	Recomendación de qué alimentos ofrecer según el tipo de lactancia .....	23
2.2.4.	El Condicionamiento Clásico de las Actitudes .....	25
2.2.5.	El Condicionamiento Instrumental de las Actitudes .....	26
2.3.	Definiciones conceptuales .....	26
2.3.1.	Conocimientos.....	26
2.3.2.	Alimentación complementaria .....	26
2.3.3.	Desnutrición .....	27
2.3.4.	Desnutrición infantil .....	27
2.4.	Sistema de Hipótesis .....	27
2.4.1.	Hipótesis general.....	27
2.4.2.	Hipótesis secundaria .....	28
2.5.	Sistema de Variables .....	28
2.5.1.	Variable Independiente .....	28
2.5.2.	Variable Dependiente.....	28
2.5.3.	Variable de Caracterización .....	28
2.6.	Operacionalización de variables .....	29
CAPÍTULO III .....		30
3.	MARCO METODOLÓGICO .....	30
3.1.	Tipo de investigación .....	30
3.1.1.	Enfoque.....	30
3.1.2.	Alcance o nivel .....	31
3.1.3.	Diseño .....	31
3.2.	Población y muestra .....	31
3.2.1.	Población .....	31
3.2.2.	Muestra .....	32
3.2.3.	Cobertura del estudio.....	33

3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos .....	34
3.4. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información .....	37
CAPÍTULO IV.....	40
4. RESULTADOS .....	40
4.1. Relatos y descripción de la realidad observada.....	40
4.2. Conjunto de argumentos organizados .....	40
4.1. Contrastación de Hipótesis .....	51
CAPÍTULO V.....	52
5. DISCUSIÓN.....	52
5.1. Contrastación de los resultados.....	52
CONCLUSIONES .....	54
RECOMENDACIONES.....	55
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....	56
ANEXOS.....	63

## INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Descripción de la distribución según estado civil de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad .....	40
Tabla N° 2 Descripción de la distribución según el tipo de ocupación de las madres de niños de 6 a 12 meses. ....	41
Tabla N° 3 Descripción de la distribución según lugar de procedencia de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad. ....	42
Tabla N° 4 Descripción de la distribución según la edad de los niños de 6 a 12 meses de edad. ....	44
Tabla N° 5 Descripción de la distribución según el sexo de los niños de 6 a 12 meses de edad. ....	45
Tabla N° 6 Descripción de la distribución según el peso de los niños de 6 a 12 meses de edad. ....	46
Tabla N° 7 Descripción de la distribución según la talla de los niños de 6 a 12 meses de edad. ....	47
Tabla N° 8 Descripción de la distribución según el nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria. ....	48
Tabla N° 9 Descripción de la distribución según la actitud de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria.....	49
Tabla N° 10 Descripción de la Relación entre el nivel de conocimiento y las Actitudes en madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria. ....	51

## INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N° 1 Representación gráfica de la distribución según estado civil de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad.....	41
Gráfico N° 2 Representación gráfica de la distribución según el tipo de ocupación de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad. ....	42
Gráfico N° 3 Representación gráfica de la distribución según lugar de procedencia de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad .....	43
Gráfico N° 4 Representación gráfica de la distribución según la edad de los niños de 6 a 12 meses de edad.....	45
Gráfico N° 5 Representación gráfica de la distribución según el sexo de los niños de 6 a 12 meses de edad.....	46
Gráfico N° 6 Representación gráfica de la distribución según el peso de los niños de 6 a 12 meses de edad.....	47
Gráfico N° 7 Representación gráfica de la distribución según la talla de los niños de 6 a 12 meses de edad.....	48
Gráfico N° 8 Representación gráfica de la distribución según el nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria. ....	49
Gráfico N° 9 Representación gráfica de la distribución según la actitud de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria. ....	50

## RESUMEN

La adecuada alimentación y nutrición de los niños durante los tres primeros años de vida, es decir la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, son esenciales para garantizar un buen desarrollo intelectual y un desenvolvimiento laboral en la vida adulta. La interrupción de la lactancia materna exclusiva es un hecho frecuente en el Perú. **Objetivo:** Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad sobre alimentación complementaria del Centro de Salud Aguaytía, Provincia de Padre Abad, Departamento de Ucayali, en el periodo de enero a marzo del 2017. **Metodología:** El método utilizado en esta investigación es el descriptivo debido a que permite mostrar la información obtenida tal y como se encuentra en la realidad, además es de corte transversal pues se realizó en un determinado tiempo y espacio. **Conclusiones:** Existe relación entre nivel de conocimiento y la Actitud en madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Aguaytía.

**Palabras claves:** conocimiento, actitud, alimentación complementaria.

## ABSTRACT

Adequate food and nutrition for children during the first three years of life, namely breastfeeding and appropriate complementary feeding are essential to ensure a good intellectual development and job performance in adult life. The cessation of exclusive breastfeeding is a common occurrence in Peru.

**Objective:** To determine the relationship between the level of knowledge and attitude of mothers of children aged 6-12 months of age on supplementary feeding Health Center Aguaytía, Province of Padre Abad, Department of Ucayali, in the period from January to March 2017. **Methodology:** The method used in this research is descriptive because it can display information obtained as in reality, it is also cross-cut as it was done in a given time and space.

**Conclusions:** There is relationship between the level of knowledge and attitude in mothers of children 6-12 months of age, complementary feeding in Aguaytía Health Center.

**Keywords:** knowledge, attitude, complementary feeding.

## INTRODUCCIÓN

La malnutrición infantil sigue siendo un problema de salud pública, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, ya que más de un tercio de la carga de morbilidad se atribuye a la desnutrición materna e infantil [1]. Los hallazgos que informan que el retraso en el crecimiento ocurre antes de lo esperado en los bebés confirman la importancia de la nutrición durante los primeros dos años de vida para garantizar un crecimiento y desarrollo óptimos para los niños [2]. Consciente de que las prácticas de alimentación afectan directamente el estado nutricional de los lactantes y los niños pequeños, la OMS validó un conjunto de indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y el niño en los países [3]. Los ocho indicadores básicos consideran la lactancia materna (amamantamiento dentro de la primera hora después del nacimiento, lactancia exclusiva, lactancia continuada al año) y prácticas de alimentación complementaria (introducción de alimentos complementarios a los 6-8 meses, diversidad dietética mínima, frecuencia mínima de comidas, mínimo aceptable dieta y consumo de alimentos ricos en hierro).

En este contexto, contar con información actualizada sobre las características de la alimentación infantil y sobre las enfermedades infecciosas prevalentes permitirá replantear las políticas, estrategias y programas de alimentación y nutrición. Por ello, el objetivo del presente trabajo fue determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Aguaytía, Provincia de Padre Abad, Departamento de Ucayali, 2017.

La tesis consta de las siguientes partes:

Capítulo: I.- Trata del problema de investigación, su fundamentación y formulación del problema; objetivos, justificación, viabilidad y limitaciones.

Capítulo II.- Marco Teórico. En esta parte comprende: antecedentes del estudio, bases teóricas, hipótesis y variables de estudio.

Capítulo III.- Metodología: tipo y nivel de investigación, diseños de investigación; población y muestra, fuentes, técnicas e instrumentos de investigación y análisis e interpretación de resultados.

Capítulo IV.- Resultados. En este capítulo se presenta los hallazgos a través de cuadros estadísticos, análisis e interpretación porcentual.

Capítulo V.- Discusión, comprende: contrastación de las teorías con el trabajo de campo, con la hipótesis y aporte teórico de la investigación.

Finalmente, las conclusiones, bibliografía y anexos como evidencias del trabajo de investigación.

**Doris Geovana Fabian Ponce**

# CAPÍTULO I

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción del problema

La malnutrición infantil sigue siendo un problema de salud pública, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, ya que más de un tercio de la carga de morbilidad se atribuye a la desnutrición materna e infantil [1]. Los hallazgos que informan que el retraso en el crecimiento ocurre antes de lo esperado en los bebés confirman la importancia de la nutrición durante los primeros dos años de vida para garantizar un crecimiento y desarrollo óptimos para los niños [2]. Consciente de que las prácticas de alimentación afectan directamente el estado nutricional de los lactantes y los niños pequeños, la OMS validó un conjunto de indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y el niño en los países [3]. Los ocho indicadores básicos consideran la lactancia materna (amamantamiento dentro de la primera hora después del nacimiento, lactancia exclusiva, lactancia continuada al año) y prácticas de alimentación complementaria (introducción de alimentos complementarios a los 6-8 meses, diversidad dietética mínima, frecuencia mínima de comidas, mínimo aceptable dieta y consumo de alimentos ricos en hierro).

Madagascar es uno de los 20 países con la mayor carga de malnutrición [7]. Según los datos de la OMS de 2004, el 61% de los lactantes amamantaron en la primera hora del nacimiento, el 67% amamantaron exclusivamente durante 6 meses y el 78% se introdujo en

alimentos complementarios entre 6 y 8 meses, mostrando mejores prácticas de alimentación infantil que el promedio de los países menos desarrollados y subsaharianos [8]. Sin embargo, para los indicadores de alimentación complementaria, como la diversidad de la dieta (31%) o la dieta mínima aceptable (25%), las prácticas aún necesitan mejoras [8].

Conocer los factores asociados con comportamientos de alimentación inapropiados es fundamental para diseñar e implementar intervenciones efectivas de nutrición y para informar las políticas. Pocos estudios han analizado los determinantes de las prácticas de IYCF en los países en desarrollo. Los factores maternos, como la educación, el conocimiento y el estado laboral, son los factores comunes que determinan las prácticas de alimentación en los países. En Uganda, los resultados mostraron que las madres educadas eran más propensas a tener prácticas de alimentación complementaria adecuadas con respecto a la frecuencia mínima de las comidas, la diversidad de la dieta, la dieta mínima aceptable y el consumo de alimentos ricos en hierro [9]. Los estudios de Bangladesh [10] y Nepal [11] encontraron resultados similares ya que las madres no educadas tenían menos probabilidades de cumplir las recomendaciones de alimentación complementaria. Además, el conocimiento materno sobre IYCF se asoció con un mayor puntaje de diversidad dietética en Etiopía [12] y las madres que tuvieron 4 o más visitas prenatales fueron más propensas a informar que alimentaron a sus hijos con la diversidad dietética recomendada [13]. Por otra parte, se informó que el mayor acceso de la madre a los recursos financieros tiene una asociación positiva con la diversidad de la dieta y los criterios de dieta mínima aceptable en nueve

países del África subsahariana [9]. Los niños que viven en los hogares más pobres eran más propensos a tener una introducción prematura a los alimentos complementarios en India y Pakistán [10]. Resultados similares se informaron mediante el uso de datos combinados de Kenia, Tanzania y Uganda [12].

Los factores del hogar influyeron en las prácticas de alimentación. Los niños que vivían en familias que cultivaban frutas y verduras y poseían ganado tenían puntajes de diversidad alimentaria más altos en el sur de Etiopía [13]. Del mismo modo, un estudio reciente de Kenia informó que una mayor biodiversidad agrícola se asoció con mayores puntuaciones de diversidad dietética en niños de 24 a 59 meses [14]. También se ha sugerido que el área de residencia desempeña un papel en las prácticas de IYCF; en Sri Lanka, los niños que viven en zonas urbanas y en plantaciones de té tenían menos probabilidades de ser introducidos a alimentos complementarios entre 6 y 8 meses que los niños de las zonas rurales [15]. Para Madagascar, los resultados del análisis completo de seguridad y vulnerabilidad alimentaria y nutricional (CFSVA + N) mostraron que la educación materna mejorada se asoció con el inicio temprano de la lactancia materna y con el logro de una diversidad dietética mínima y una dieta mínima aceptable [16]. El informe también afirmó que la riqueza familiar estaba asociada con una mayor diversidad de la dieta en los alimentos complementarios.

Con respecto a la asociación entre el IYCF y el crecimiento infantil, los resultados de los estudios no son consistentes, especialmente cuando

se usa el retraso en el crecimiento como indicador. Marriott et al. [17] utilizaron datos agrupados de 14 países en desarrollo para determinar la asociación entre los indicadores de IYCF y retraso en el crecimiento en niños menores de 2 años. Solo la introducción oportuna de alimentos sólidos y semisólidos, con una dieta mínima aceptable y el consumo de alimentos fortificados con hierro se asociaron con un menor riesgo de retraso en el crecimiento. El cumplimiento de las pautas mínimas de diversidad dietética también se asoció con una mejor duración para los puntajes z de edad (LAZ) en los niños pequeños de Bangladesh y Zambia [4]. La continuación de la lactancia materna al año sin las prácticas de alimentación complementaria adecuadas se correlacionó inversamente con ZAC en Zimbabwe, Etiopía y Zambia [4, 5]. Además, en un estudio que utiliza los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de Camboya (DHS), de los ocho indicadores de IYCF, solo la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad se asoció con tasas más bajas de retraso en el crecimiento [18]. No todos los indicadores de IYCF están asociados de manera consistente con la antropometría infantil y los hallazgos tienden a ser diferentes según el contexto del país. Por lo tanto, es necesario estudiar la relación entre la desnutrición infantil y los indicadores de IYCF a nivel de país. (19)(20)

En el Perú, 20% de los niños menores de cinco años en el año 2012 presentó síntomas de infección respiratoria aguda (IRA), mientras que las enfermedades diarreicas agudas (EDA) afectaron a 15% de ellos todo ello presuntamente por una inadecuada alimentación complementaria, según

los resultados mostrados por la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). (21)

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Aguaytía, provincia de Padre Abad, departamento de Ucayali en el periodo de enero a marzo del 2017?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad sobre alimentación complementaria?
- ✓ ¿Cuál es la actitud de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad sobre alimentación complementaria?

## **1.3. Objetivo general**

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad sobre alimentación complementaria en del Centro de Salud Aguaytía, Provincia de Padre Abad, Departamento de Ucayali, en el periodo de enero a marzo del 2017.

## **1.4. Objetivos específicos**

- ✓ Identificar el nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad sobre alimentación complementaria.

- ✓ Conocer la actitud de las madres de niños de 6 a 12 meses edad sobre alimentación complementaria.

## **1.5. Trascendencia de la investigación**

### **1.5.1. Nivel técnico.**

Este estudio tiene trascendencia a nivel técnico debido a que generará aportes, contribuciones y aclarará dudas sobre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre alimentación complementaria. Así mismo servirá para futuras investigaciones como antecedentes a realizarse.

### **1.5.2. Nivel practico**

Desde el punto de vista práctico nuestra investigación resalta la importancia que tiene profundizar en el conocimiento de la alimentación complementaria, y su relación con las actitudes que las madres tienen y como se expresa al niño menores de 3 años, todo ello permitirá una mejor comprensión de la problemática. Así mismo, pretende promover y acrecentar el nivel de información y conocimiento que tienen los profesionales de la salud de hoy.

### **1.5.3. Nivel académico**

Este estudio se justifica académico debido que se va investigar utilizando un instrumento (cuestionario) única, confiable y valido, lo cual aclararán el problema del estudio y de igual modo serán antecedentes para otros estudios.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación

##### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

En Colombia, Cali. 2013. Venegas R, Montes P, Velasco B. (22). Desarrollaron un estudio titulado “**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**”. **Conclusiones:** Hay menor nivel de conocimiento significativamente entre los estudiantes de cuarto año, pero no en los del quinto ni sexto año. No se encontró diferencias significativas en los estudiantes de sexto año de la Univalle comparados con otras universidades. Se debe mejorar el conocimiento global sobre alimentación normal en el primer año de vida en los estudiantes debido a la importancia de su formación para suministrar a los padres y/o cuidadores información relacionada con la alimentación del niño.

**En Colombia- Cali, 2010.** Marna, Ortíz y Velasco. (23) desarrollaron un estudio titulado “**Conocimientos Sobre Alimentación Durante El Primer Año De Vida En Médicos Generales De Cali, Colombia**”. **Conclusión:** El 61,5% de los MD poseen conocimientos insuficientes sobre alimentación normal durante el primer año de vida, entre lo que se destaca positivamente que la leche de vaca (LV) debe indicarse en > 1 año de edad y negativamente sobre dieta de eliminación en la madre alérgica.

**Colombia- Bogotá, 2010.** Jiménez A, Velasco C, Arango L. (24) desarrollaron un estudio titulado “**Conocimientos, Prácticas Y Actitudes De Madres De Providencia, Colombia Sobre Alimentación, Salud Y Enfermedad**”. **Conclusiones:** 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.

**Cali, Colombia, 2009.** FUNDACIÓN F. (25) “**Factores asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes de Cali y Manizales**”. **Conclusiones:** inicio de alimentación complementaria inapropiada es alto en mujeres primíparas de Cali y Manizales. Además, encontró que existen deficiencias en conocimientos, percepciones e intenciones y características a intervenir para mejorar la alimentación de los infantes de Cali y Manizales. Así, se observó que es preciso diseñar intervenciones orientadas a modificar los conocimientos frente a lactancia exclusiva, frente a los tiempos de iniciación de los diferentes tipos de alimentos.

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**En Perú - Trujillo 2012.** Yuliana M, Zamora E. (26) desarrollo un estudio titulado “**Conocimiento y prácticas de alimentarias sobre**

**alimentación infantil atendidos en el Centro Materno Infantil Santa Catalina- distrito San Pedro de Lloc. La Libertad”.** **Conclusión:** el nivel de conocimiento y prácticas alimentarias de las madres es deficiente en mayor porcentaje, y existe relación altamente significativa entre conocimiento y prácticas alimentarias de las madres en estudio.

**En Perú – Lima. 2010.** Gamarra R, Porroa M, Quintana M. (27) desarrollaron un estudio titulado **“Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima”.** **Conclusiones:** 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 Lima. 2009.** Cárdenas L. (28) desarrollo un estudio titulado **“Relación entre el nivel de conocimientos y practicas 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”.** **Conclusión:** 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. Esta investigación contribuye a identificar como un problema los conocimientos de la madre sobre la alimentación del niño en Lima.

### **2.1.3. Antecedentes locales**

En Huánuco, 2015. Soncco R. (29). Desarrollo un estudio titulado **“Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional en niños menores de 1 año aclas-umari tambillo 2015”**.

**Conclusión:** Los conocimientos maternos sobre alimentación complementaria de las madres se relacionan significativamente con el estado nutricional de los niños del ACLAS Umari - Tambillo.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Alimentación Complementaria**

La alimentación complementaria es aquel periodo en donde la leche deja de ser el alimento único del niño (30), donde se comienza a introducir a la dieta del niño mayor de 6 meses alimentos espesos como frutas, jugos, verduras, papas, mantequilla cereales carne, hígado, pescado y huevos, continuando con la lactancia materna. La desnutrición es más frecuente en este periodo (31) (32).

Las normas de Alimentación del Niño de 0 a 2 años, menciona que la alimentación del niño menor de 5 años tiene tres periodos los cuales son: (33)

- Todo niño menor de 6 meses deberá recibir lactancia materna exclusiva.
- Los niños de 6 meses al año deben recibir la alimentación complementaria, donde se introduce nuevos alimentos espesos continuándose con la lactancia materna.

- En los niños de un año a 2 años de vida la lactancia materna continúa siendo importante pero ahora varía la cantidad, frecuencia y se inicia la alimentación de la olla familiar.

La organización panamericana de la salud refiere que: “Ningún alimento único proporciona todos los nutrientes que el cuerpo requiere, por esta razón el niño debe comer preparaciones balanceadas combinando diferentes alimentos; ya que éstos proporcionan energía, proteínas, vitaminas y minerales necesarios para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño”. (34) (35) (36)

### **2.2.2. Secuencia de introducción de alimentos**

El inicio de la ablactación recomendado en el Consenso Mexicano de Ablactación en 2012 fue la introducción de verduras, frutas, cereales, leguminosas y carnes. La actualización de dicha Norma recomienda, por el contrario, la introducción de carnes, frutas, verduras, y cereales adicionados con hierro a partir de los 6 y 7 meses, leguminosas a los 7 y 8 meses, y los derivados de leche como el queso, yogurt entre los 8 a 12 meses, huevo y pescado a partir de los 8 a 12 meses y la incorporación de frutas con vitamina C y leche entera posterior a los 12 meses de edad. (37) (38)

### **2.2.3. Recomendación de qué alimentos ofrecer según el tipo de lactancia**

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, recomiendan que para niños no amamantados entre los 6 y

24 meses basarse a las guías de alimentación para lactantes alimentados al pecho materno. Así, un niño que está lactando y que ingiere alimentos de origen animal diariamente, debería de consumir entre 200 a 400ml/día de leche en diferencia a un niño que no ingiere alimentos de origen animal, que requeriría entre 300 a 500ml/día. En relación al consumo de agua en niños que no son alimentados al pecho materno; en climas templados requieren 400 a 600ml/día de líquidos adicionales y en los cálidos de 800 a 1,200ml/día. (39)(40)

### **Prácticas inadecuadas de alimentación complementaria**

#### **a) Introducción temprana de alimentos complementarios.**

Se considera introducción temprana de alimentos complementarios cuando se da antes de las 17 semana de vida. Antes de las 17 semanas en existe inmadurez de los diferentes sistemas: como son el gastrointestinal, el renal, el neuromuscular y el inmunológico. Trayendo riesgos a corto plazo como son la interferencia de la alimentación exclusiva con la leche materna; incremento de infecciones gastrointestinales por reducción del efecto protector de la leche humana y por la introducción de alimentos contaminados; desaceleración del crecimiento y desnutrición debido a disminución del volumen de consumo de leche materna y/o fórmula láctea, con introducción de alimentos de pobre densidad energética o nutricional. Y los riesgos a largo plazo como son, el aumento de la adiposidad; la predisposición a desarrollar la hipertensión y la obesidad; la modificación de las preferencias alimentarias saludables y nutrición

futura del individuo; desarrollo de hábitos alimenticios no saludables; alergia. (41)

#### **b) Introducción tardía de la alimentación complementaria.**

Se considera tardía la introducción de la alimentación complementaria después de las 26 semanas; puede tener efectos negativos, como: la desaceleración del crecimiento y la desnutrición debido a que la lactancia materna exclusiva no satisface los requerimientos de energía y proteínas después de los 6 meses de edad; la deficiencia de hierro, la anemia y la deficiencia de zinc, debido a la introducción tardía de alimentos fuente de estos minerales como las carnes rojas y cereales fortificados; los trastornos de la conducta alimentaria de lactantes, como rechazo a sólidos, vómitos por aversión a los alimentos y atragantamiento aparente. (42)

#### **2.2.4. El Condicionamiento Clásico de las Actitudes**

El condicionamiento clásico ha planteado que un estímulo neutral no capaz de obtener una determinada respuesta, adquiere esta capacidad gracias a la asociación de éste, de forma repetida, con un estímulo que provoca dicha respuesta. Diferentes autores han considerado que la formación de las actitudes podía darse por un proceso de condicionamiento clásico y que éstas podían afectar a posteriores respuestas comportamentales. Staats y Staats, presentando a estudiantes el nombre de ciertas nacionalidades acompañadas por adjetivos positivos, negativos o neutros, encontraron que aquellas que habían sido apareadas con adjetivos positivos se evaluaban más favorablemente que las

apareadas con adjetivos negativos. Según el condicionamiento clásico, la respuesta actitudinal es debida a la mera asociación entre el estímulo condicionado y el incondicionado (43).

### **2.2.5. El Condicionamiento Instrumental de las Actitudes**

Según el paradigma del condicionamiento instrumental una respuesta que forma parte del repertorio comportamental del sujeto puede ser reforzada. Así, aquellas respuestas que vengan acompañadas de consecuencias positivas para el sujeto tenderán a ser repetidas en mayor medida que aquellas que eliciten consecuencias negativas (44).

## **2.3. Definiciones conceptuales**

### **2.3.1. Conocimientos**

Conjunto de información o ideas que refieren tener los padres de los niños que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria.

### **2.3.2. Alimentación complementaria**

También llamada "destete" es el momento en el cual los padres comienzan a introducir gradualmente alimentos diferentes a la leche materna en la dieta del bebé. Los alimentos sólidos preparados especialmente pueden introducirse gradualmente entre los 4 y 6 meses de edad.

### **2.3.3. Desnutrición**

Hace referencia a un estado patológico ocasionado por la falta de ingestión o absorción de nutrientes. De acuerdo a la gravedad del cuadro, dicha enfermedad puede ser dividida en primer, segundo y hasta tercer grado.

### **2.3.4. Desnutrición infantil**

Más allá de ser una condición patológica, corresponde a un problema de salud pública. Diversas entidades alrededor del mundo se encargan de combatirla, ya que responde, según la UNICEF, una de estas entidades, a “la principal causa de muerte de lactantes y niños pequeños en países en desarrollo”. La organización mundial de la salud (OMS), otra de estas entidades, tiene como prioridad la prevención de esta condición.

## **2.4. Sistema de Hipótesis**

### **2.4.1. Hipótesis general**

**H<sub>a</sub>:** Existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en del Centro de Salud Aguaytía, Provincia de Padre Abad, Departamento de Ucayali, en el periodo de enero a marzo del 2017.

**H<sub>o</sub>:** No existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en del Centro de Salud Aguaytía, Provincia de Padre Abad, Departamento de Ucayali, en el periodo de enero a marzo del 2017.

## **2.4.2. Hipótesis secundaria**

**H<sub>1</sub>:** Existe relación del nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en del Centro de Salud Aguaytía, Provincia de Padre Abad, Departamento de Ucayali.

**H<sub>2</sub>:** Existe relación de la actitud de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en del Centro de Salud Aguaytía, Provincia de Padre Abad, Departamento de Ucayali.

## **2.5. Sistema de Variables**

### **2.5.1. Variable Independiente**

- Nivel de Conocimiento sobre alimentación complementaria.

### **2.5.2. Variable Dependiente**

- Actitud sobre Alimentación complementaria.

### **2.5.3. Variable de Caracterización**

#### **a) Características de la madre**

- Edad
- Estado civil.
- Ocupación.
- Procedencia.

#### **b) Características Del Niño**

- Edad del niño.
- Sexo.

## 2.6. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición.
<b>Variable Independiente.</b>				
<b>Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria</b>	Conocimientos sobre alimentación complementaria	Cualitativa.	Bueno Regular Deficiente	Ordinal
	Generalidades de la alimentación	Cualitativa.		Ordinal
	Características de la alimentación	Cualitativa.		Ordinal
	Combinación de Alimentos	Cualitativa		Ordinal
<b>Variable dependiente.</b>				
<b>Actitud sobre alimentación complementaria</b>	Lavado de manos.	Cualitativa	Actitud negativa. Actitud positiva.	Nominal
	Mantener los Alimentos tapados.	Cualitativa		Nominal
	Conservar los Alimentos en lugares seguros.	Cualitativa		Nominal
<b>Variable de Caracterización.</b>				
Características de la madre	Edad	Cuantitativa	Años	De razón
	Estado civil.	Cualitativa.	Casada Soltera Conviviente	Nominal
	Ocupación.	Cualitativa.	Ama de casa Empleada del sector público. Empleada del sector privado	Nominal
	Procedencia	Cualitativa.	Rural Urbano	Nominal
características del niño	Edad del niño	Cualitativa.	Años	Nominal
	Sexo	Cualitativa	-masculino. -femenino.	Nominal.

## CAPÍTULO III

### 3. MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. Tipo de investigación

Según la intervención del investigador el estudio fue **observacional**, solo se observa y se describe en forma precisa los fenómenos.

Según la planificación de la medición de la variable de estudio fue **prospectivo**, porque se registra información sobre hechos ocurridos anteriormente al diseño y recolección de datos, y se realiza a partir de documentos o fuentes secundarias.

Según el número de mediciones de la variable de estudio fue **transversal**, porque los instrumentos se aplican en un solo momento y las variables se miden una sola vez.

Según la cantidad de variables a estudiar el estudio es **analítico**. Las variables a estudiar son dos o más, con la finalidad de buscar asociación o dependencias entre ellas. El análisis es bivariado.

##### 3.1.1. Enfoque

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación se utilizó el enfoque cuantitativo.

Gómez (2006:121) señala que, bajo la perspectiva cuantitativa, la recolección de datos es equivalente a medir.

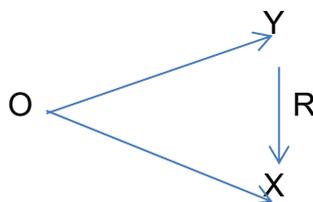
### 3.1.2. Alcance o nivel

La investigación tuvo un Nivel III, o también conocido como un nivel correlación.

Los niveles correlacionales buscan las relaciones o asociaciones entre los factores estudiados. Son estudios observacionales, estudian dos poblaciones y verifican hipótesis. (45)

### 3.1.3. Diseño

Para el estudio se utilizó el diseño descriptivo debido a que permite mostrar la información obtenida tal y como se encuentra en la realidad, además tiene un corte transversal pues se realizó en un determinado tiempo y espacio.



O: observación.

Y: variable independiente

X: variable dependiente.

R: relación

## 3.2. Población y muestra

### 3.2.1. Población

La población estuvo conformada por 120 madres de niños y niñas de 6 a 12 meses de edad que se atienden en consultorios de Crecimiento y

desarrollo del Centro de Salud Aguaytía, Provincia de Padre Abad, Departamento de Ucayali, 2017.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

#### **a) Para el criterio de inclusión, se incluyeron en el estudio a:**

- Madres de niñas(os) de 6 a 12 meses.
- Madres de niñas(os) que aceptaron participar del estudio.
- Madres de niñas(os) que hablen castellano.

#### **b) Criterios de exclusión, se excluyeron en el estudio a:**

- Madres que asistieron por primera vez al consultorio de Crecimiento y desarrollo.
- Madres de niñas(os) referidos de otros centros de salud.
- Madres de niñas(os) que requerían de hospitalización

### **3.2.2. Muestra**

Se Aplicó la fórmula para muestra de población finita con variables categóricas. (47)

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

**Dónde:**

**n** = El tamaño de la muestra que queremos calcular

**N** = Tamaño del universo

**Z** = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

**e** = Es el margen de error máximo que admito (5%)

**p** = Probabilidad de éxito (0.5) (47)

**Q** = Probabilidad de fracaso (0.5).

$$n = \frac{120 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(120 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 92$$

Por lo tanto, la muestra de nuestro estudio fue de 92 madres de niños de 6 a 12 meses de edad.

### **Tipo de muestreo**

Probabilístico aleatorio simple, la selección de la muestra fue a través de la tabla de número aleatorios.

### **3.2.3. Cobertura del estudio.**

#### **a) Delimitación geográfico-temporal y temática**

- Establecimiento:      Aguaytía
- Clasificación:        Centros de Salud con  
                                 Camas de Internamiento
- Tipo:                    Con Internamiento
- Categoría:            I-4
- Dirección:            Jr: Lamas N° 280 Carretera  
                                 Federico Basadre Km.
- Teléfono:             061-481552
- Horario:               7:00 - 19:00 horas
- DISA:                  Ucayali
- Red:                    N°04 Aguaytia- San  
                                 Alejandro.

#### **b) Delimitación temporal**

El estudio se llevó a cabo de enero a abril del 2017

### **3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos**

#### **a) Técnicas**

Las técnicas usadas para la presente investigación fueron:

- Entrevista: Se utilizó para recolectar datos relativos a la variable. (Características sociodemográficas)
- Encuesta: Se aplicó para la recolección de datos relacionados a la variable independiente (conocimiento de las madres).
- Observación: se utilizó con el fin de obtener datos relacionados a la variable dependiente (actitud de las madres).

#### **b) Instrumentos**

Los instrumentos documentales usados en el estudio fueron los siguientes:

- Guía de entrevista de características sociodemográficas.
- Cuestionario de conocimientos sobre alimentación complementaria.

**Validez y confiabilidad de los instrumentos:** Se realizó lo siguientes procedimientos de validez y confiabilidad.

**Validez de respuesta (piloto):** Se aplicó una muestra piloto al 10% de la muestra con la finalidad de añadir algunas dimensiones o corregir en el instrumento. También nos sirvió para ver la redacción la comprensión la coherencia, ambigüedad de las preguntas y el control del tiempo necesario

de los reactivos de cada instrumento. Se realizó con pre piloto con los instrumentos respectivos a los trastornos emocionales para identificar principalmente dificultades de carácter ortográfico, palabras poco comprensibles, ambigüedad de las preguntas y el control del tiempo necesario.

**Validez estadística:** Se realizó el análisis estadístico, y la validez por el alfa de crombac con un valor de 0,79.

**Validez por jueces:** Se seleccionó 5 jueces expertos de diferentes disciplinas que juzgaran cualitativamente la “bondad” de los reactivos del instrumento, en términos de contenido, la claridad en la redacción y la no tendenciosidad en la formulación de los ítems.

- Docente experto en investigación.
  - Estadístico.
  - Asesor de investigación.
- a. Cada experto recibió una determinada información escrita acerca del propósito del estudio, objetivos, hipótesis, operacionalización de las variables, entre otros.
- b. Además, cuatro fichas, las cuales incluían, hoja de instrucciones para la evaluación por jueces, hojas de respuesta de la validación por jueces, juicio de expertos sobre la pertinencia del instrumento de la escala propuesta y una constancia de validación junto con un oficio

- c. Se recogió la opinión de los expertos y se tomaron las suficientes decisiones: los ítems donde existieron observación o recomendaciones, serán modificados, replanteados y nuevamente validados, de acuerdo con la opinión de los expertos

**Confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos:** Para estimar la confiabilidad de los instrumentos inferenciales del estudio, se realizó por conveniencia realizar la validez de consistencia interna para el cual emplearemos el KR 20 ya que conllevara respuesta de tipo dicotómica.

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} * \frac{st^2 - \sum p.q}{st^2}$$

$$st^2 = \frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n}$$

Dónde:

K=número de ítems del instrumento.

p=personas que responden afirmativamente a cada ítem.

q=personas que responden negativamente a cada ítem.

St<sup>2</sup>= varianza total del instrumento

Xi=Puntaje total de cada encuestado.

### **3.4. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información**

Para el procesamiento de datos, se empleó la estadística descriptiva, que es la técnica matemática que obtiene, organiza, presenta, resume y describe un conjunto de datos con el propósito de facilitar el uso, generalmente con el apoyo de tablas, medidas numéricas o gráficas. Cervantes, (2017). En tal sentido se organizó la información y se graficó en cuadros y gráficos mediante barras de frecuencia en Excel, realizando una descripción porcentual de los datos obtenidos de las variables en estudio; gestión municipal y calidad de vida.

Para realizar inferencias, se usó la estadística inferencial Cervantes, (2017) que comprende los métodos y procedimientos que por medio de la inducción determina propiedades de una población estadística a partir de una parte de esta. En este sentido el objetivo fue obtener conclusiones válidas para hacer deducciones de las variables de estudio sobre la totalidad, basándose en la información numérica de la muestra.

#### **a) Interpretación de datos y resultados.**

- **Revisión de los datos.** Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron; asimismo, se realizó el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Codificación de los datos.** Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.

- **Clasificación de los datos.** Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- **Presentación de datos.** Se presentó los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

## **b) Análisis y datos, prueba de hipótesis**

### **Análisis descriptivo:**

Se utilizó la estadística descriptiva a través de las tablas de frecuencia, proporciones, gráficos para caracterizar algunas variables.

### **Análisis inferencial:**

Se utilizó estadísticos como medidas de tendencia central y dispersión para analizar las variables en estudio. Y también estadística inferencial utilizando el chi cuadrado. El análisis se realizó en el programa Excel y el software estadístico SPSS versión 20.

## **c) Aspectos éticos de la investigación**

Para fines de la investigación consideraron los principios éticos en materia de investigación, y fueron las siguientes.

- **Beneficencia,** se respetó este principio, porque se contó con un soporte profesional para controlar las emociones y sensibilidad.
- **No maleficencia,** se respetó este principio, porque no se puso en riesgo la dignidad, ni los derechos y bienestar de los participantes, ya que la información será de carácter confidencial.

- **Autonomía**, se respetó este principio, ya se explicó a los participantes que podrían retirarse de la investigación en el momento que lo desearan.
- **Justicia**, este principio se respetó, ya que se aplicó el consentimiento informado de carácter escrito y se solicitó en el momento de abordar al participante en estudio.

## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS

#### 4.1. Relatos y descripción de la realidad observada

En el presente capítulo se describen los resultados obtenidos del análisis de los datos del trabajo de investigación, estos se representan por medio de cuadros y gráficos para observar su comportamiento, para luego desarrollarse la prueba de inferencia estadística no paramétricas de chi cuadrada con un nivel de confianza del 95%.

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal con el propósito de determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y la actitud sobre alimentación complementaria.

#### 4.2. Conjunto de argumentos organizados

**Tabla N° 1**

*Descripción de la distribución según estado civil de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad*

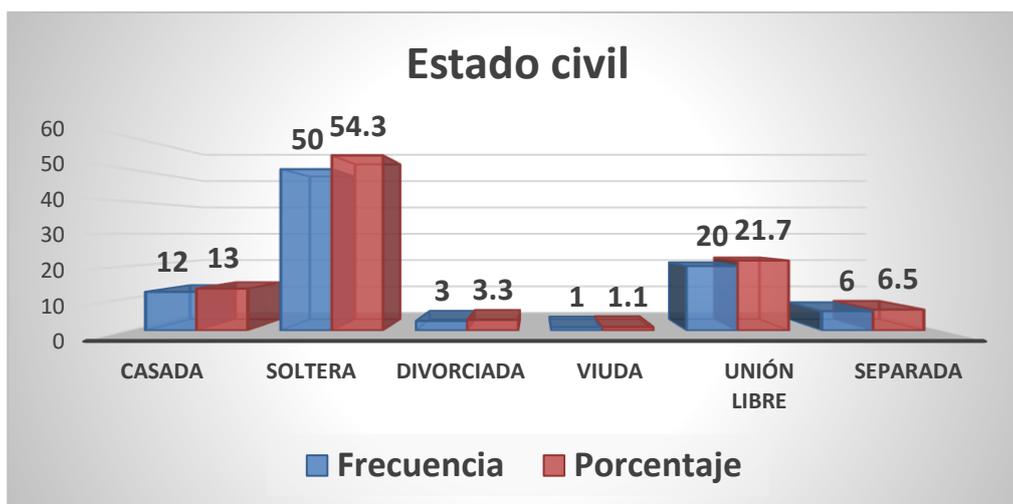
<b>Estado civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Casada	12	13,0
Soltera	50	54,3
Divorciada	3	3,3
Viuda	1	1,1
Unión libre	20	21,7
Separada	6	6,5
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: instrumentos de recolección

Elaboración: La investigadora

### Interpretación:

Del total de madres encuestadas 50 (54,3%) de ellas son solteras, 20 (21,7%) están en un estado civil de unión libre, 12 (13%) madres son casadas, 6 (6,5%) madres son separadas, 3 (3,3%) son divorciadas y solo una (1,1%) madre es viuda.



### Gráfico N° 1

Representación gráfica de la distribución según estado civil de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad

### Tabla N° 2

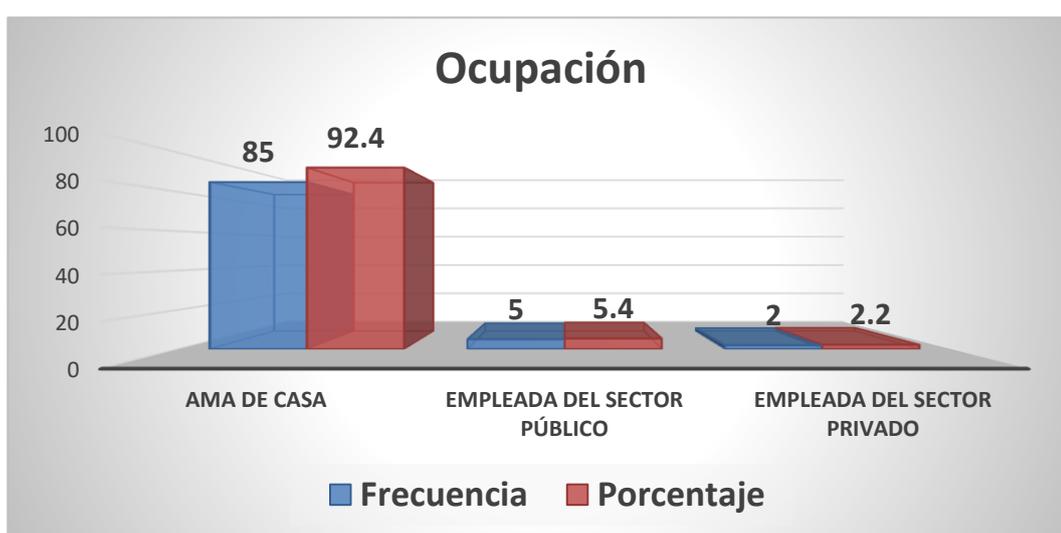
Descripción de la distribución según el tipo de ocupación de las madres de niños de 6 a 12 meses.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	85	92,4
Empleada del sector público	5	5,4
Empleada del sector privado	2	2,2
Total	92	100,0

Fuente: instrumentos de recolección  
Elaboración: La investigadora

### Interpretación:

Al interpretar el tipo de ocupación de las madres de niños de 6 a 12 meses, podemos observar que del total de 92 (100%) madres: 85 (92,4%) son amas de casa, 5 (5,4%) son empleadas del sector público y 2 (2,2%) son empleadas del sector privado. Con ello podemos asumir que la gran parte de estas madres no generan ingresos propios y solo están dedicadas a los quehaceres domésticos.



### Gráfico N° 2

*Representación gráfica de la distribución según el tipo de ocupación de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad.*

### Tabla N° 3

*Descripción de la distribución según lugar de procedencia de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad.*

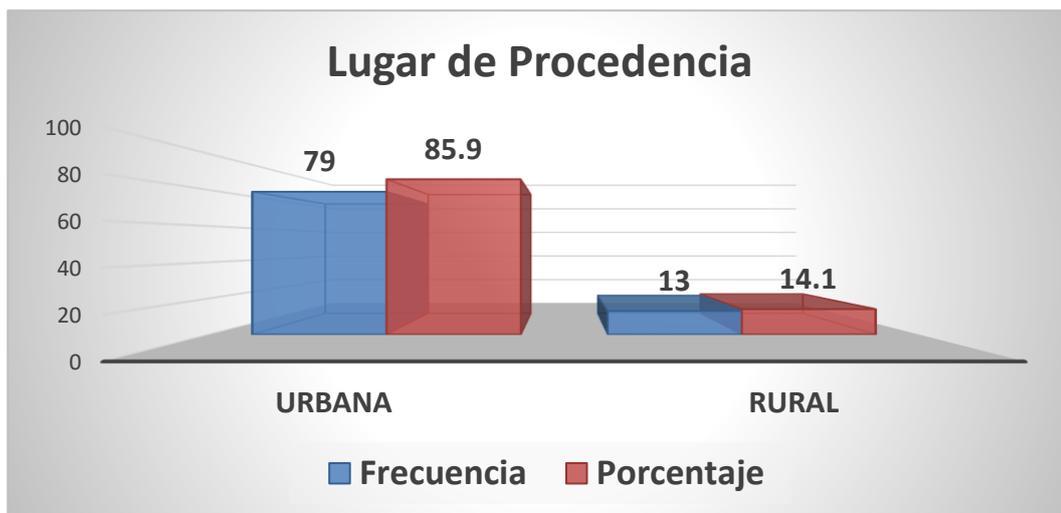
Lugar de Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	79	85,9
Rural	13	14,1
Total	92	100,0

Fuente: instrumentos de recolección.

Elaboración: La investigadora

**Interpretación:**

Respecto a la procedencia de las madres podemos notar que 79 (85,9%) madres proceden de una zona urbana y 13 (14,1%) madres proceden de una zona rural haciendo un total de 92 (100%) madres.



**Gráfico N° 3**

*Representación gráfica de la distribución según lugar de procedencia de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad*

**Tabla N° 4**

*Descripción de la distribución según la edad de los niños de 6 a 12 meses de edad.*

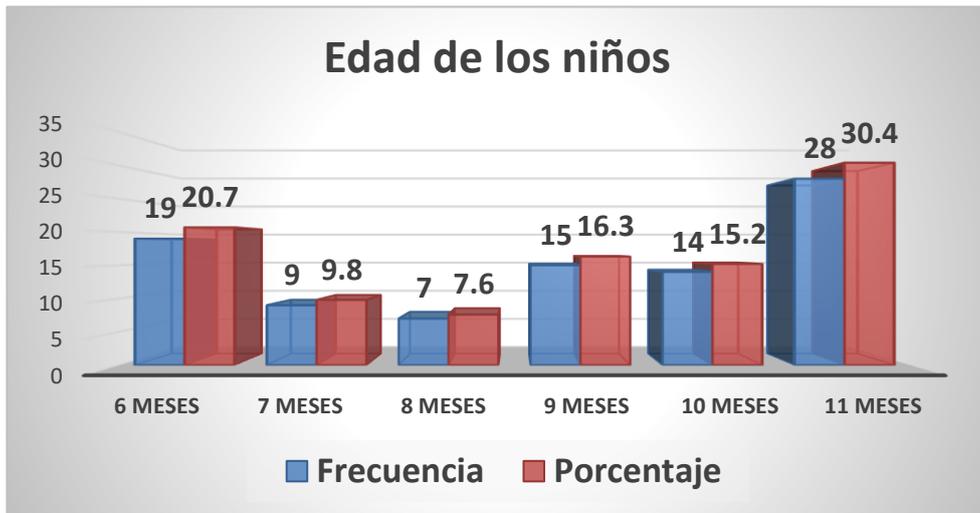
<b>Edad de los niños</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
6 meses	19	20,7
7 meses	9	9,8
8 meses	7	7,6
9 meses	15	16,3
10 meses	14	15,2
11 meses	28	30,4
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>

Fuente: instrumentos de recolección

Elaboración: La investigadora

**Interpretación:**

Al interpretar la edad de los 92 (100%) niños de 6 a 12 meses podemos observar: que 28 (30,4%) niños tienen 11 meses de edad; 19 (20,7%) niños 6 meses; 15 (16,3%) niños 9 meses; 14 (15,2%) niños 10 meses; 9 (9,8%) niños 7 meses y 7 (7,6%) niños 8 meses de edad.



**Gráfico N° 4**

*Representación gráfica de la distribución según la edad de los niños de 6 a 12 meses de edad.*

**Tabla N° 5**

*Descripción de la distribución según el sexo de los niños de 6 a 12 meses de edad.*

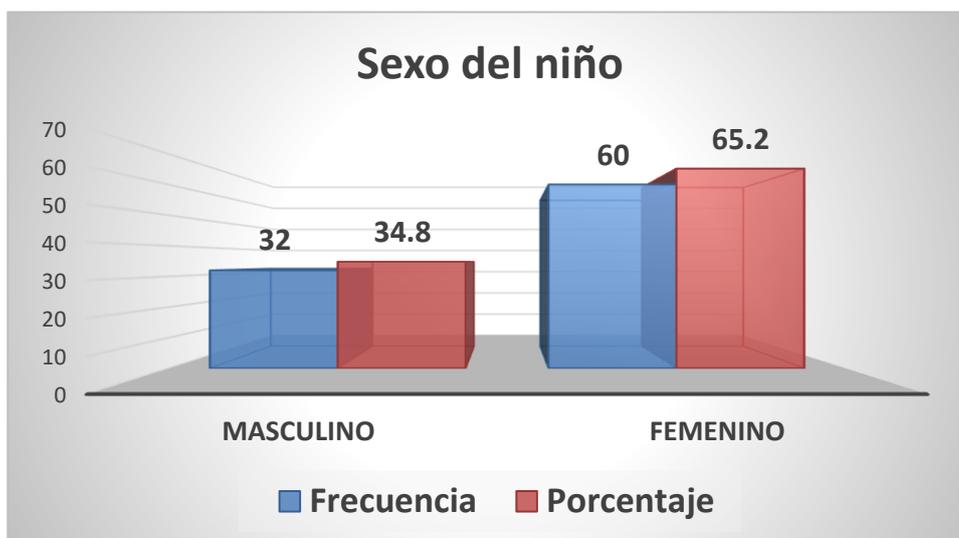
Sexo del niño	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	32	34,8
Femenino	60	65,2
Total	92	100,0

Fuente: instrumentos de recolección

Elaboración: La investigadora

**Interpretación:**

Al analizar el sexo de los niños podemos observar que 60 (65,2%) de ellos son de sexo femenino y 32 (34,8%) de ellos son de sexo masculino. Se evidencia entonces que existe más niñas que niños.



**Gráfico N° 5**

*Representación gráfica de la distribución según el sexo de los niños de 6 a 12 meses de edad.*

**Tabla N° 6**

*Descripción de la distribución según el peso de los niños de 6 a 12 meses de edad.*

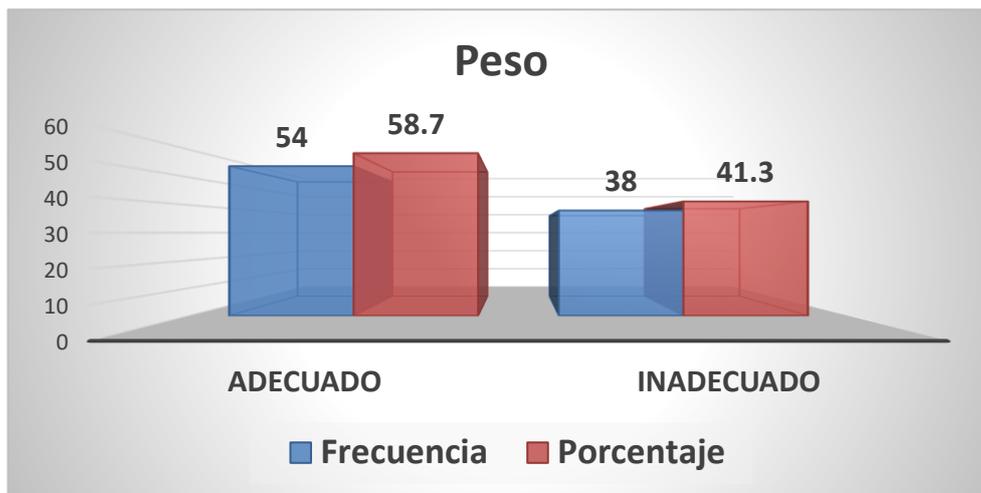
Peso	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	54	58,7
Inadecuado	38	41,3
Total	92	100,0

Fuente: instrumentos de recolección

Elaboración: La investigadora

**Interpretación:**

Al analizar el peso de los niños podemos observar que 54 (58,7%) de ellos tienen un adecuado peso y 38 (41,3%) niños presentan un inadecuado peso.



### Gráfico N° 6

Representación gráfica de la distribución según el peso de los niños de 6 a 12 meses de edad.

### Tabla N° 7

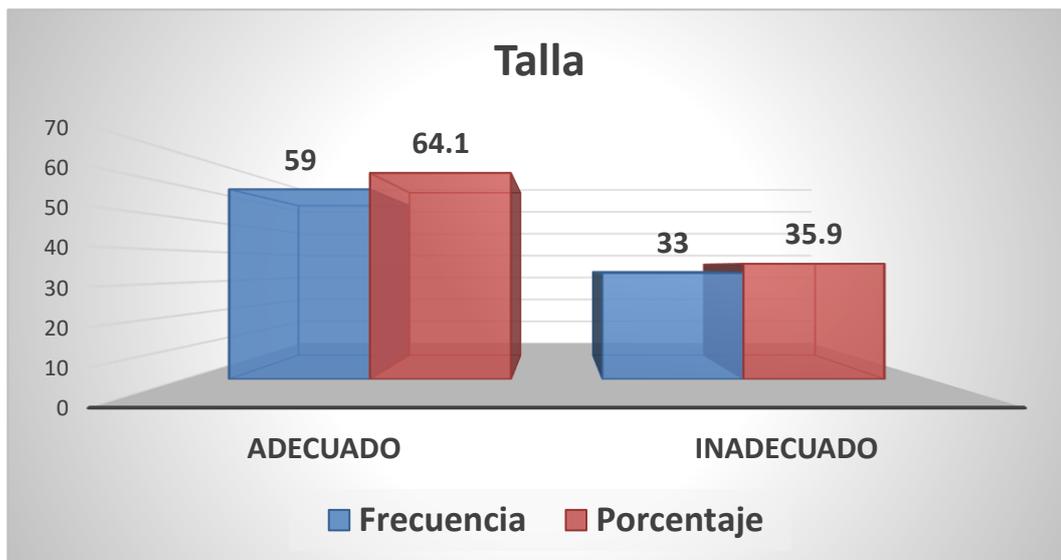
Descripción de la distribución según la talla de los niños de 6 a 12 meses de edad.

Talla	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	59	64,1
Inadecuado	33	35,9
Total	92	100,0

Fuente: Instrumentos de recolección  
Elaboración: La investigadora

### Interpretación:

Al analizar el peso de los niños podemos observar que 59 (64,1%) de ellos tienen una adecuada talla y 33 (35,9%) niños presentan una inadecuada talla.



### Gráfico N° 7

Representación gráfica de la distribución según la talla de los niños de 6 a 12 meses de edad.

### Tabla N° 8

Descripción de la distribución según el nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria.

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	17	18,5
Regular	55	59,8
Malo	20	21,7
Total	92	100,0

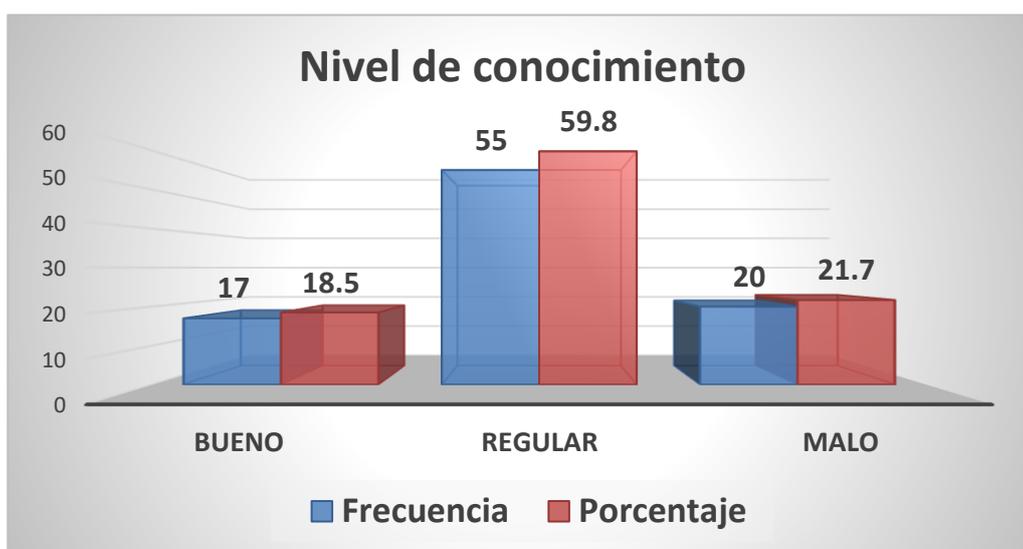
Fuente: instrumentos de recolección

Elaboración: La investigadora

### Interpretación:

Respecto al nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Aguaytía podemos apreciar que 55 (59,8%) de ellas tienen un nivel de conocimiento regular, seguido por 20 madres (21,7%) que tienen un nivel de conocimiento malo y como puesto final 17 madres (18,5%) que tiene un nivel de conocimiento bueno.

En relación al nivel de conocimiento el instrumento estuvo validado por los tres expertos y así mismo con la validación interna del alfa de Cronbach, dicho instrumento solo brinda un valor final, mas no brinda valores según las dimensiones que se encuentran en la Operacionalización de las variables, por ello este resultado responde de manera concreta al objetivo secundario planteado.



#### Gráfico N° 8

*Representación gráfica de la distribución según el nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria.*

#### Tabla N° 9

*Descripción de la distribución según la actitud de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria.*

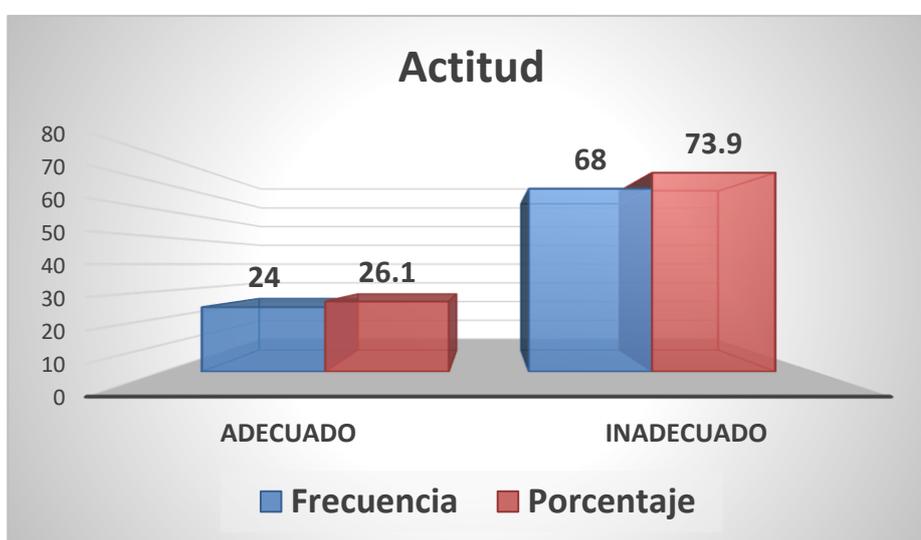
Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Negativa	24	26,1
Positiva	68	73,9
Total	92	100,0

Fuente: instrumentos de recolección  
Elaboración: Doris Geovana Fabián Ponce

### Interpretación:

Al analizar la actitud de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Aguaytía, hemos podido encontrar que 68 madres (73,9%) tiene actitudes positivas en relación a la alimentación complementaria con sus hijos, mientras 24 madres (26,1%) tienen actitudes negativas en relación a la alimentación complementaria con sus hijos.

No es posible desglosar los resultados por sus dimensiones ya que se trabajó con el método de la valides interna del alfa de Cronbac, dicho instrumento solo brinda un valor final, mas no brinda valores según las dimensiones que se encuentran en la operacionalización de las variables, por ello este resultado responde de manera concreta al objetivo secundario planteado.



### Gráfico N° 9

*Representación gráfica de la distribución según la actitud de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria.*

#### 4.1. Contratación de Hipótesis

**Tabla N° 10**

*Descripción de la Relación entre el nivel de conocimiento y las Actitudes en madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria.*

Actitudes	Nivel de conocimiento			Total	P	X <sup>2</sup>
	Malo	Regular	Bueno			
Negativa	5	15	4	24		
Positiva	12	40	16	68	0,522	0,470
<b>Total</b>	17	55	20	92		

Fuente: Instrumentos de recolección

Elaboración: La investigadora

#### **Interpretación:**

Como se evidencia los valores esperados son menores que 25%, por ello es adecuada aplicar prueba de Chi cuadrado. Al revisar la significancia asintótica bilateral (P) de Chi cuadrado este nos da un valor de 0,470 el cual es mayor que 0,05 con lo cual se evidencia estadísticamente que **existe relación entre nivel de conocimiento y la Actitud en madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Aguaytía. 2017.**

## CAPÍTULO V

### 5. DISCUSIÓN

#### 5.1. Contrastación de los resultados

Respecto al nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Aguaytía podemos apreciar que 55 (59,8%) de ellas tienen un nivel de conocimiento regular, seguido por 20 madres (21,7%) que tienen un nivel de conocimiento malo y como puesto final 17 madres (18,5%) que tiene un nivel de conocimiento bueno, dichos resultados No concuerdan con los estudios llevado a cabo en l ciudad de Lima el año 2010 por Gamarra R, Porroa M, Quintana M. (27) desarrollaron un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima”. Donde las madres presentaron nivel de conocimientos alto (81%).

Al analizar la actitud de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Aguaytía, hemos podido encontrar que 68 madres (73,9%) tiene actitudes positivas en relación a la alimentación complementaria con sus hijos, mientras 24 madres (26,1%) tienen actitudes negativas en relación a la alimentación complementaria con sus hijos, dichos resultados no concuerdan con los estudios llevado a cabo en la ciudad de Cali, Colombia, 2009 por la FUNDACIÓN F. (25) “Factores asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes de Cali

y Manizales”, donde manifestaron que el inicio de alimentación complementaria inapropiada es alto en mujeres primíparas de Cali y Manizales. Además, encontró que existen deficiencias en conocimientos, percepciones e intenciones y características a intervenir para mejorar la alimentación de los infantes de Cali y Manizales.

Existe relación entre nivel de conocimiento y la Actitud en madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Aguaytía, dicho resultado es significativo con los estudios llevado a cabo en Trujillo 2012 por Yuliana M, Zamora E. (26) desarrollo un estudio titulado “Conocimiento y prácticas de alimentarias sobre alimentación infantil atendidos en el Centro Materno Infantil Santa Catalina- distrito San Pedro de Lloc. La Libertad”, cual conclusión fue que el nivel de conocimiento y prácticas alimentarias de las madres es deficiente en mayor porcentaje, y existe relación altamente significativa entre conocimiento y prácticas alimentarias de las madres en estudio. Asi mismo en Lima el año 2010. Gamarra R, Porroa M, Quintana M. (27) desarrollaron un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima”, cuya conclusión fue 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.

## CONCLUSIONES

- Respecto al nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Aguaytía podemos apreciar que 55 (59,8%) de ellas tienen un nivel de conocimiento regular, seguido por 20 madres (21,7%) que tienen un nivel de conocimiento malo y como puesto final 17 madres (18,5%) que tiene un nivel de conocimiento bueno.
- Al analizar la actitud de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Aguaytía, hemos podido encontrar que 68 madres (73,9%) tiene actitudes positivas en relación a la alimentación complementaria con sus hijos, mientras 24 madres (26,1%) tienen actitudes negativas en relación a la alimentación complementaria con sus hijos.
- Existe relación entre nivel de conocimiento y la actitud en madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Aguaytía.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda que el Centro de Salud Aguaytía debe realizar talleres de capacitación, sesiones demostrativas, monitoreo, supervisión y evaluación a las madres de niños de 6 a 12 meses de edad sobre la alimentación complementaria.
- Se recomienda que el Centro de Salud Aguaytía debe realizar campañas de sensibilización, actividades de consejería, charlas a las madres de niños de 6 a 12 meses de edad sobre la alimentación complementaria.
- Se recomienda que el Centro de Salud Aguaytía debe realizar campañas de sensibilización, actividades de consejería, charlas a las madres de niños de 6 a 12 meses de edad sobre la alimentación complementaria.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, Haider BA, Kirkwood B, Morris SS, Sachdev HP, et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*. 2008;371(9610):417–40.
2. Victora CG, de Onis M, Hallal PC, Blossner M, Shrimpton R. Worldwide timing of growth faltering: revisiting implications for interventions. *Pediatrics*. 2010;125(3):e473–80.
3. WHO. Indicators for assessing infants and young children feeding practices. In: Part, vol. 1. Definitions. Geneva: World Health Organization; 2008.
4. Jones AD, Ickes SB, Smith LE, Mbuya MN, Chasekwa B, Heidkamp RA, Menon P, Zongrone AA, Stoltzfus RJ. World Health Organization infant and young child feeding indicators and their associations with child anthropometry: a synthesis of recent findings. *Matern Child Nutr*. 2014;10(1):1–17.
5. Disha AD, Rawat R, Subandoro A, Menon P. Infant and young child feeding practices in Ethiopia and Zambia and their association with child nutrition: analysis of demographic and health survey data. *Afr J Food Agric Nutr Dev*. 2012;12(2):5895–914.
6. Menon P, Bamezai A, Subandoro A, Ayoya MA, Aguayo V. Age-appropriate infant and young child feeding practices are associated with child nutrition in India: insights from nationally representative data. *Matern Child Nutr*. 2015;11(1):73–87.

7. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008;371(9608):243–60.
8. WHO. Indicators of assessing infants and young child feeding practices. In: Part, vol. 3. Country profiles. Geneva: World Health Organization; 2008.
9. Ickes SB, Hurst TE, Flax VL. Maternal literacy, facility birth, and education are positively associated with better infant and young child feeding practices and nutritional status among Ugandan children. *J Nutr*. 2015;145(11):2578–86.
10. Kabir I, Khanam M, Agho KE, Miharshahi S, Dibley MJ, Roy SK. Determinants of inappropriate complementary feeding practices in infant and young children in Bangladesh: secondary data analysis of demographic health survey 2007. *Matern Child Nutr*. 2012;8(Suppl 1):11–27.
11. Gautam KP, Adhikari M, Khatri RB, Devkota MD. Determinants of infant and young child feeding practices in Rupandehi, Nepal. *BMC Research Notes*. 2016;9:135.
12. Gewa CA, Leslie TF. Distribution and determinants of young child feeding practices in the east African region: demographic health survey data analysis from 2008-2011. *J Health Popul Nutr*. 2015;34:6.

13. Dangura D, Gebremedhin S. Dietary diversity and associated factors among children 6-23 months of age in Gorche district, southern Ethiopia: cross-sectional study. *BMC Pediatr.* 2017;17(6).
14. M'kaibi FM, Steyn NP, Ochola SA, Du Plessis L. The relationship between agricultural biodiversity, dietary diversity, household food security, and stunting of children in rural Kenya. *Food Sci Nutr.* 2016;5(2):243–54.
15. Senarath U, Dibley MJ, Godakandage SS, Jayawickrama H, Wickramasinghe A, Agho KE. Determinants of infant and young child feeding practices in Sri Lanka: secondary data analysis of demographic and health survey 2000. *Food Nutr Bull.* 2010;31(2):352–65.
16. WFP, UNICEF. Rural Madagascar comprehensive food and nutrition security and vulnerability analysis. 2011. [http://sci-hub.tw/http://www.wfp.org/sites/default/files/MAG%202010%20CFSVA+N\\_Full%20report\\_English.pdf](http://sci-hub.tw/http://www.wfp.org/sites/default/files/MAG%202010%20CFSVA+N_Full%20report_English.pdf). Accessed 7 Oct 2017.
17. Marriott BP, White A, Hadden L, Davies JC, Wallingford JC. World Health Organization (WHO) infant and young child feeding indicators: associations with growth measures in 14 low-income countries. *Matern Child Nutr.* 2012;8(3):354–70.
18. Marriott BP, White AJ, Hadden L, Davies JC, Wallingford JC. How well are infant and young child World Health Organization (WHO) feeding indicators associated with growth outcomes? An example from Cambodia. *Matern Child Nutr.* 2010;6(4):358–73.

19. Moursi MM, Treche S, Martin-Prevel Y, Maire B, Delpuech F. Association of a summary index of child feeding with diet quality and growth of 6-23 months children in urban Madagascar. *Eur J Clin Nutr.* 2009;63(6):718–24.
20. Moursi MM, Martin-Prevel Y, Eymard-Duvernay S, Capon G, Treche S, Maire B, Delpuech F. Assessment of child feeding practices using a summary index: stability over time and association with child growth in urban Madagascar. *Am J Clin Nutr.* 2008;87(5):1472–9.
21. ENDES. Lactancia y nutrición de niñas, niños y madres. [Online].; 2012 [Citado el 22 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/>.
22. Venegas R, Montes P, Velasco Benítez CA, Álvarez J. 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. *Revista Gastrohnutp.* 2012 junio; 13(3): p. 128-134.
23. Marna R, Ortíz M, Velasco D. Conocimientos sobre alimentación durante el primer año de vida. *Revista Gastrohnutp.* 2010 julio; 12(2).
24. Jiménez A, Velasco C, Arango L. Conocimientos, Prácticas Y Actitudes De Madres De Providencia, Colombia Sobre Alimentación, Salud Y Enfermedad. *Revista Gastrohnutp.* 2012 junio; 14(3): 12-16.
25. FUNDACIÓN F. Factores asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes de Cali y Manizales. *revista de pediatría.* 2009 enero; 12(5).
26. Yuliana M, Zamora E. Conocimiento y prácticas de alimentarias sobre alimentación infantil atendidos en el Centro Materno Infantil Santa Catalina-

- distrito San Pedro de Lloc. La Libertad-Perú. revista peruana enfermeria investigación y desarrollo. 2013 enero; 11(1): 11-13.
27. Gamarra R, Porroa M, Quintana M. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. An Fac med. 2010 noviembre; 71(3): 21-23.
  28. Cárdenas LN. Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2009. [Online].; 2009 [Citado el 22 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/251>.
  29. Soncco R. Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional en niños menores de 1 año aclas-umari tambillo 2015. 2015. Tesis para optar el grado de licenciada de enfermería. Universidad de Huánuco.
  30. OPS. principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 200. 1st ed. Washington: Street, NW; 2012.
  31. OPS. Principios de orientación para la alimentación. [Online].; 2013 [Citado el 22 de febrero del 2017]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf).
  32. Honufood. Nutrición en la lactancia. [Online].; 2010 [Citado el 22 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://www.henufood.com/nutricion-salud/consigue-una-vida-saludable/comer-bien-para-crecer-bien-nutricion-y-alimentacion-durante-el-crecimiento-y-desarrollo-etapa-1-lactancia-0-a-1-anos/>.
  33. MINSA. Guía de Alimentación. Lima-Peru. 2008.

34. Prisma. E. Alimentación complementaria. 2009. Lima- Perú 2009. Pág. 45
35. Jedrychowski W, Perera F, Jankowski J. Effect of exclusive breastfeeding on the development of children's cognitive function in the Krakow prospective birth cohort study. Eur J Pediatr. 2012 junio; 17(1): p. 151-158.
36. Agostoni C, Decsi T. ESPGHAN Committee on Nutrition. Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2008 enero; 46(1): p. 99-110.
37. Asociación Mexicana de Pediatría. Primer consenso nacional sobre alimentación en el primer año de la vida. Acta Pediatr Mex. 2009 junio; 1(1): p. 213-241.
38. Pearce J, Langley S. The types of food introduced during complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. Int J Obes (Lond). 2013 junio; 37(1): 477-485.
39. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación de niños no amamantados entre los 6 y los 24 meses de edad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008. [Online].; 2014 [Citado el 22 de febrero del 2017]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96355/1/9789275327951\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96355/1/9789275327951_spa.pdf).
40. Pardío J. Alimentación Complementaria del Niño de Cuatro a 24 Meses de Edad. Nutriología médica. 2013 junio; 1(1): p. 293-310.
41. Greer F.R, Sicherer S. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition and Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary rest. Pediatrics. 2010 junio; 121(1): p. 183-19.

42. Bernard A. Feeding problems of infants and toddlers. Can Fam Phys. 2009 junio; 52(1): p. 1247-1251.
43. Ubillos S. Componentes de la actitud. modelo de la acción razonada y acción planificada. [Online].; 2010 [Citado el 22 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>.
44. Reynolds S. Compendio de condicionamiento. [Online].; 1963 [Citado el 22 de febrero del 2017]. Disponible en: [http://www.conductitlan.net/libros\\_y\\_lecturas\\_basicas\\_gratuitos/g\\_s\\_reynolds\\_compendio\\_de\\_condicionamiento\\_operante.pdf](http://www.conductitlan.net/libros_y_lecturas_basicas_gratuitos/g_s_reynolds_compendio_de_condicionamiento_operante.pdf).
45. Aguilar S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. Salud en Tabasco. 2012 junio; 11(1).
46. Fonseca A. investigación científica en salud con enfoque cuantitativo. 1st ed. Unheval, editor. Huánuco: Unheval; 2012.
47. Gómez E. Muestreo Simple Aleatorio. [Online].; 2013 [Citado el 22 de febrero del 2017]. Disponible en: <http://reyesestadistica.blogspot.com/2011/07/muestreo-simple-aleatorio.html>.

## **ANEXOS**



**“UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO”  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON MENCIÓN  
EN SALUD PÚBLICA Y DOCENCIA UNIVERSITARIA.**

**ANEXO N° 01**

**GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS**

**SOCIODEMOGRÁFICAS**

**Ficha de análisis documental para evaluación del nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria en del centro de salud Aguaytia, provincia de Padre Abad, departamento de Ucayali, 2017.**

**INSTRUCCIONES.** Estimada usuaria: La presente ficha de análisis forma parte de un estudio orientado a obtener información sobre el **conocimiento de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad, sobre alimentación complementaria**, por lo cual se pide que pueda responder a cada pregunta marcando con una X, la respuesta que usted crea que es correcta.

**I. DATOS GENERALES DE LA MADRE.**

**1. Edad materna:**

**2. Estado civil.**

- a) Casada
- b) Soltera
- c) Conviviente
- d) Viuda

**3. ¿Cuál es tu ocupación?**

- a) Ama de casa
- b) Empleada del sector público
- c) Empleada del sector privado

**4. Procedencia**

- a) Urbano
- b) Rural

## **II. DATOS GENERALES DEL NIÑO**

**5. Edad del niño en meses:**

**6. Sexo del niño**

- a) Femenino
- b) Masculino

**7. Peso del niño**

- a) Adecuado
- b) Inadecuado

**8. Talla del niño**

- a) Adecuado
- b) Inadecuado

**ANEXO N° 02**  
**CUESTIONARIO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE**  
**ALIMENTACION COMPLEMENTARIA**

**1. La alimentación complementaria consiste en:**

- a) Dar otros tipos de leches (evaporada y/o fórmula) más leche materna.
- b) Dar alimentos semisólidos y blandos en la dieta del niño más leche materna.
- c) Dar de alimentos sólidos a la dieta del niño sin leche materna

**2. ¿A qué edad se empieza a comer alimentos, aparte de la leche materna?**

- a) A los 5 meses o antes
- b) A los 6 meses
- c) A los 7 meses u 8 meses
- d) A los 9 meses a más

**3. ¿Cuántas veces al día se debe alimentar a un niño de 6 meses?**

- a) 2 comidas más lactancia materna frecuente.
- b) 3 comidas más lactancia materna frecuente.
- c) 4 comidas más lactancia materna frecuente.

**4. 5 comidas más lactancia materna frecuente.**

**¿Cómo debe ser la consistencia de los alimentos para un niño de 7 y 8 meses?**

- a) Purés, papillas, picados y trocitos.
- b) Sopas, caldos.
- c) Jugos, mates.
- d) Sólidos.

**5. La cantidad de alimentos aproximadamente que debe recibir un niño entre 9 y 11 meses es:**

- a) 2 a 3 cucharadas o 1/4 taza de alimentos.
- b) 3 a 5 cucharadas o 1/2 taza de alimentos.
- c) 5 a 7 cucharadas o 3/4 taza de alimentos.
- d) 7 a 10 cucharadas o 1 taza de alimentos.

**6. La edad en la que su niño debe comer los mismos alimentos de la misma olla familiar es:**

- a) A los 6 meses
- b) A los 7 a 8 meses
- c) A los 9 a 11 meses
- d) A los 12 meses a más.

**7. Se debe enriquecer una de las comidas principales del niño con:**

- a) Menos de 1 cucharadita de aceite, mantequilla o margarina.
- b) 1 cucharadita de aceite, mantequilla o margarina.
- c) 1 cucharada de aceite, mantequilla o margarina.
- d) Más de 1 cucharaditas de aceite, mantequilla o margarina.

**8. ¿A partir de qué edad se puede dar de comer pescado a los niños?**

- a) A los 6 meses
- b) A los 7 a 8 meses
- c) A los 9 a 11 meses
- d).- A los 12 meses a más

**9. ¿Cuáles son los alimentos hacen que tu hijo no tenga anemia?**

- a) Leche y queso
- b) Carnes y vísceras
- c) Verduras y frutas
- d) Caldos y aguas

**10.- Los alimentos que son amigos del hierro (favorecen la absorción del hierro) son:**

- a) Los cítricos, ricos en vitamina C (naranja, mandarina, limón).
- b) Los lácteos, ricos en calcio (leche, queso).
- c) Las infusiones (té, hierbaluisa, anís).

**d) Los dulces y postres (arroz con leche, mazamorra morada).**

**RESPUESTAS**

Pregunta	Respuesta	Puntaje
01	b	2
02	b	2
03	a	2
04	b	2
05	c	2
06	d	2
07	b	2
08	c	2
09	b	2
10	a	2

**Nivel de conocimiento:**

- ✓ Bueno
- ✓ Regular
- ✓ Deficiente

### ANEXO N° 03

## CUESTIONARIO LA ACTITUD QUE TIENE LAS MADRES SOBRE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

### ACTITUDES SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA.

		Desacuerdo (01)	Tal vez (02)	De acuerdo (03)
01	Cree que es importa tener conocimientos sobre alimentación complementaria.			
02	Cree usted que un niño de 6 meses ya puede comer alimentos			
03	Le parece adecuado dar Dos comidas más leche materna a un niño de 6 meses			
04	Dar sopas y caldos a un niño de 7 meses le parece adecuado.			
05	Le parece adecuado Dar 5 a 7 cucharadas de alimentos a un niño de 9 a 11 meses.			
06	Le parece adecuado que un niño de 12 meses puede comer de la olla familiar			
07	Le parece adecuado Enriquecer las comidas con 1 cucharada de aceite, mantequilla o margarina			
08	Le parece adecuado dar de comer pescado a un niño d 7 a 8 meses.			
09	Le parece adecuado alimentar a su niño con carnes y vísceras para prevenir la anemia.			
10	Los cítricos, ricos en vitamina C (naranja, mandarina, limón) ayudan a la absorción del hierro.			

Puntaje:

De 10 puntos a 19 puntos: actitud negativa

De 20 puntos a 30 puntos: actitud positiva.

**ANEXO**  
**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO POR EL ALFA DE**  
**CRONBAC**

**Resumen de procesamiento de casos**

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	10	100,0

- a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,79	10

**Estadísticas de total de elemento**

Ítems	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	153,677	4025,472	,094	,7
2	130,254	3773,090	,216	-,46 <sup>a</sup>
3	153,254	4026,850	,142	,7
5	153,754	4049,878	-,226	,13
6	126,100	4031,490	-,065	,27
7	154,138	4034,377	-,104	,9
8	153,985	4025,621	,118	,7
9	154,023	4033,852	-,047	,9
10	153,831	4024,311	,118	,7

## ANEXO 04

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del proyecto.**

Conocimiento y actitud de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad sobre alimentación complementaria del centro de salud Aguaytia, provincia de padre abad, departamento de Ucayali, 2017.

- **Investigadora**

Doris Geovana Fabián Ponce

- **Propósito**

Los resultados del presente estudio de investigación permitirán obtener una información actualizada del Conocimiento y actitud de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad sobre alimentación complementaria del centro de salud Aguaytia, provincia de padre abad, departamento de Ucayali, siendo importante porque la información recolectada podrá ser usada como base para crear o llevar a cabo programas educativos y estrategias tendientes a concientizar al personal médico y de enfermería sobre la necesidad de mantenerse actualizados sobre dicho tema, pues el papel del equipo de salud es trascendental para el desarrollo del niño.

- **Participaran:**

Madres de niños de 6 a 12 meses de edad sobre alimentación complementaria del centro de salud Aguaytia, provincia de padre abad, departamento de Ucayali, 2017

- **Procedimientos:**

Para la recolección de datos y aplicación de los instrumentos se realizará las coordinaciones con el centro de salud Aguaytía, provincia de padre abad, departamento de Ucayali, 2017.

- **Riesgos / incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

- **Beneficios**

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir una evaluación nutricional a su hijo.

- **Alternativas:**

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Le notificaremos sobre cualquiera nueva información que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

- **Compensación:**

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

- **Confidencialidad de la información:**

La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la universidad de procedencia quien patrocina el estudio. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

- **Problemas o preguntas:**

Cualquier pregunta o problema llamar al: 962514224.

- **Consentimiento / Participación voluntaria**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

- **Nombres y firmas del participante o responsable legal**

Huella digital si el caso lo amerita

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_



Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Firma del investigador: \_\_\_\_\_

Huánuco, \_\_\_\_ de Abril del 2017.