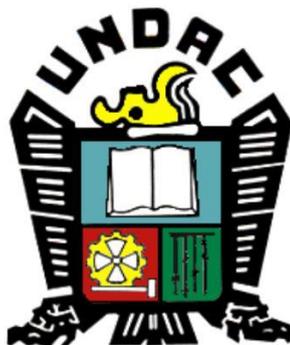


UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
ESCUELA DE POSGRADO



T E S I S

**Nivel de conocimiento materno sobre la alimentación complementaria
y el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses en el centro de Salud de
Uliachin abril a setiembre del 2017**

**Para optar el grado académico de Maestro en:
Salud Pública y Comunitaria**

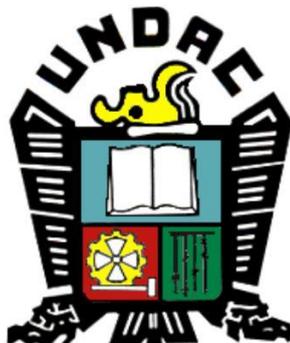
Mención: Gerencia en Salud

Autor: Lic. Gladys Consuelo COLLANTES ROMERO

Asesor: Dr. Raúl Ricardo CARHUAPOMA NICOLAS

Cerro de Pasco – Perú - 2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
ESCUELA DE POSGRADO



T E S I S
Nivel de conocimiento materno sobre la alimentación complementaria
y el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses en el centro de Salud de
Uliachin abril a setiembre del 2017

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Dr. Loli CABRERA ALVARADO
PRESIDENTE

Dra. Lucy Rosario LEÓN MUCHA
MIEMBRO

Mg. Sonia ROBLES CHAMORRO
MIEMBRO

DEDICATORIA

A DIOS, que me
permitió llegar a esta
etapa de mi vida, con
salud y haberme
regalado una
maravillosa familia

A mi esposo JOSE y a
mis hijos PIEERT y
XIOMARA, que me
brindaron paciencia y el
apoyo incondicional
durante el desarrollo de
la maestría.

A mis padres Alejos y Lucila a quienes
agradezco por sus sabios consejos para
salir adelante a pesar de

Los obstáculos encontrados
en el camino.

RECONOCIMIENTO

- ✓ Al Dr. Raúl CARHUAPOMA NICOLAS, Dr. Asesor del presente trabajo de investigación por brindarme su tiempo y apoyo incondicional en la elaboración y culminación satisfactoria del trabajo de tesis.
- ✓ A los miembros del jurado calificador Dr. Loli CABRERA ALVARADO, Dra.
- ✓ Lucy Rosario LEON MUCHA, Mg. Sonia ROBLES CHAMORRO por sus valiosos aportesysugerencias en todas las etapas de elaboración, ejecución y culminación de la investigación.
- ✓ Al Econ. Mayqui PORTAL ESPINOZA Director de la Microred Centro DeSaludULIACHIN por su colaboración en la ejecución del proyecto de investigación.
- ✓ A las madres de los niños que colaboraron y participaron voluntariamente en lainvestigación.
- ✓ A todas las personas que de alguna u otra manera me brindaron su apoyo para eldesarrollo del trabajo de investigación.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo esencial para determinar la relación que existe entre el nivel de intelecto materno sobre la alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de (6 - 36 meses) en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017. Está enfocado en el estudio individual de cada participante y la información proporcionada por las madres de familia y el personal que labora en este centro de salud.

Se empleó como parte de la metodología el diseño de investigación correlacional descriptiva transversal, de tipo no experimental; aplicándose como instrumento el cuestionario de conocimiento materno sobre alimentación complementaria, que constan de 25 preguntas y la evaluación nutricional (IMC) índice de masa corporal aplicado a 25 participantes. Recopilados los datos se aplicó la prueba de Shapiro Wilk para identificar la distribución de los datos, que resultaron con una distribución normal de (0,144 y 0, 122) que son mayores al valor $p=0,05$ lo que corresponde a la ejecución de la prueba r Pearson y t Student para la prueba de hipótesis para las variables y sus dimensiones.

Hallados los valores para la correlación $r=0,935$ que corresponde a una correlación muy alta y un valor $t=13,438 > p=0,05$ y se ubica fuera de la zona de aceptación de la hipótesis nula (h_0), por lo consiguiente se ha determinado la “Existente relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del infante de (6 - 36 meses), que acuden al Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017”.

Palabras clave: Nutrición, alimentación complementaria, desarrollo físico, psicosocial e higiene.

ABSTRACT

The main objective of this research work is to determine the relationship between the level of maternal knowledge about Complementary Feeding and the Nutritional Status of children aged (6 - 36 months) at the Uliachin Health Center, Pasco 2017. It is focused on the individual study of each participant and the information provided by the mothers and staff working in this health center.

The values for the correlation $r = 0.935$ were found, which corresponds to a very high correlation and a value $t = 13,438 > p = 0.05$ and is located outside the acceptance space of the null hypothesis, so it has been determined "There is relationship between the level of knowledge of mothers about complementary feeding and the nutritional status of children from 6 to 36 months who attend the Uliachin Health Center, Pasco 2017".

Keywords: Nutrition, complementary feeding, physical development, psychosocial and hygiene.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación trata acerca del “Nivel de Conocimiento Materno sobre la Alimentación Complementaria y el Estado Nutricional del Niño de 6 a 36 meses en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017”

Alimentación complementaria Consiste en dar la lactancia al infante a partir de los 6 meses de edad otros alimentos y líquidos diferentes a la leche materna, pero complementarios a ésta. Es decir, que se mantiene la lactancia materna, pero se inicia la introducción de otros alimentos y líquidos. Estos por sí mismos no constituyen una dieta completa, deben ser de un buen nivel nutricional ya que deben ser administrados en las cantidades apropiadas para que el infante continúe su crecimiento.

Por lo cual se hace necesario asegurarle una alimentación nutricional suficiente y apropiada, con el objetivo de satisfacer sus necesidades, para prevenir la insuficiente alimentación nutricional que afecta el crecimiento y desarrollo del infante, así como crear hábitos alimentarios saludables.

El presente trabajo de investigación, es vital para el profesional de Salud y para la población infantil, desde una perspectiva preventivo - promocional, lo cual fortalece el ~~dm~~del equipo de salud, porque hoy en día las nuevas generaciones lo necesitan, ya que los conocimientos sobre alimentación no están fortalecidos, debido a un gran problema "la población adulta" quienes son los que han quedado con los malos hábitos alimentarios transmitiéndolos a sus niños.

Esta investigación consta de cuatro capítulos: El primer capítulo se ocupa de la identificación y determinación del problema, se hace referencia a la delimitación y formulación del problema, objetivos, justificación y limitaciones. El segundo capítulo, los antecedentes del estudio, las bases teóricas y la definición de los términos básicos. El tercer capítulo presenta la fundamentación, las características de las variables, la

formulación de hipótesis y la definición operacional. El cuarto capítulo se presenta la metodología de investigación, en el que aparece el material y los métodos de investigación, la población y la muestra en los usuarios en el Centro de Salud de Uliachin Pasco, las técnicas e instrumentos de recolección de datos en el Centro de Salud de Uliachin Pasco, los procedimientos de recolección de datos y el procesamiento de datos, los resultados y discusión.

INDICE

DEDICATORIA

RECONOCIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

INDICE

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Identificación y determinación del problema.....	1
1.2. Delimitación de la investigación	4
1.2.1. Delimitación espacial.....	4
1.2.2. Delimitación temporal.....	4
1.2.3. Delimitación de la unidad de estudio	4
1.3. Formulación del problema	4
1.3.1. Problema general.....	4
1.3.2. Problema específico	4
1.4. Formulación de objetivos	5
1.4.1. Objetivo general	5
1.4.2. Objetivo específico.....	5
1.5. Justificación de la investigación.....	5
1.6. Limitaciones de la investigación	7

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio	8
2.1.1. Antecedentes Internacionales	8
2.1.2. Antecedentes Nacionales	10
2.2. Bases teóricas – científicas.....	12
2.2.1. Conocimiento Materno para la alimentación complementaria.....	12
2.2.2. Alimentación complementaria	19
2.2.3. Principios de Orientación para la alimentación complementaria.....	20
2.2.4. Estado Nutricional.....	32
2.3. Definición de términos básicos	38
2.4. Formulación de hipótesis	40
2.4.1. Hipótesis general	40

2.4.2. Hipótesis específica.....	40
2.5. Identificación de las variables	41
2.5.1. Variable independiente.....	41
2.5.2. Variable dependiente.....	41
2.6. Definición operacional de variables e indicadores.....	41

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación	43
3.1.1. Nivel de investigación.....	43
3.2. Métodos de investigación.....	43
3.3. Diseño de Investigación	43
3.4. Población y Muestra.....	44
3.4.1. Población.....	44
3.4.2. Muestra.....	44
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	45
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	46
3.7. Tratamiento estadístico	46
3.8. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación	46
3.9. Orientación ética	47

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DUSCUSION

4.1. Descripción del trabajo de campo	49
4.2. Presentación, análisis e interpretación de datos	49
4.2.1. Datos estadísticos por variable.....	60
4.2.2. Estadígrafos por variable.....	61
4.3. Prueba de hipótesis.....	64
4.3.1. Condiciones de la prueba de hipótesis	64
4.3.2. Prueba de la hipótesis general	65
4.3.3. Prueba de la hipótesis específica N° 1	67
4.3.4. Prueba de la hipótesis específica N° 2	70
4.3.5. Prueba de la hipótesis específica N° 3	72
4.4. Discusión de resultados.....	75

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

ANEXO: MATRIZ DE CONSISTENCIA

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1 Distribución de datos de la variable Nivel de conocimiento materno sobre la alimentación complementaria	50
Cuadro 2 Alimentos con mayor consumo disponibles en el hogar.....	51
Cuadro 3 Distribución de datos de la dimensión tipos de alimento.....	52
Cuadro 4 Distribución de datos de la de la dimensión calidad y frecuencia de consumo de alimentos	53
Cuadro 5 Distribución de datos de la dimensión higiene y manipulación de alimentos	54
Cuadro 6 Distribución de datos de la variable estado nutricional del niño de 6 a 36 meses.....	56
Cuadro 7 Distribución de datos de la dimensión peso para la edad	57
Cuadro 8 Distribución de datos de la dimensión peso para la talla	58
Cuadro 9 Distribución de datos de la dimensión talla para su edad	59
Cuadro 10 Estadísticos comparativos por variable.....	60
Cuadro 11 Estadígrafos por variable	62
Cuadro 12 Prueba de normalidad.....	64
Cuadro 13 Correlación de variables.....	65
Cuadro 14 Prueba t para las variables.....	67
Cuadro 15 Correlación de la variable y el cuadro 1	68
Cuadro 16 Prueba t para la variable y el cuadro 2	69
Cuadro 17 Correlación de la variable y el cuadro 2	70
Cuadro 18 Prueba t para la variable y el cuadro 2	72
Cuadro 19 Correlación de la variable y el cuadro 3	73
Cuadro 20 Prueba t para la variable y el cuadro 3	74

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Distribución de datos de la variable Nivel de conocimiento materno sobre la alimentación complementaria	50
Ilustración 2 Alimentos con mayor consumo disponibles en el hogar	51
Ilustración 3 Distribución de datos de la dimensión tipos de alimento	52
Ilustración 4 Distribución de datos de la de la dimensión calidad y frecuencia de consumo de alimentos.....	53
Ilustración 5 Distribución de datos de la dimensión higiene y manipulación de alimentos	55
Ilustración 6 Distribución de datos de la variable estado nutricional del niño de 6 a 36 meses.....	56
Ilustración 7 Distribución de datos de la dimensión peso para la edad	57
Ilustración 8 Distribución de datos de la dimensión peso para la talla.....	58
Ilustración 9 Distribución de datos de la dimensión talla para su edad	59
Ilustración 10 Estadísticos comparativos por variable	61
Ilustración 11 Estadígrafos por variable	63
Ilustración 12 Correlación entre variables	66
Ilustración 13 Dispersión de datos de las variables	66
Ilustración 14 Ubicación del valor t de las variables	67
Ilustración 15 Correlación de la variable y el cuadro 1	68
Ilustración 16 Ubicación del valor t de la variable y el cuadro 2	69
Ilustración 17 Dispersión de datos de la variable y cuadro 2	71
Ilustración 18 Ubicación del valor t de la variable y el cuadro 2	72
Ilustración 19 Dispersión de datos de las variables	74
Ilustración 20 Ubicación del valor t de las variables	74

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Definición de variables e indicadores	42
Tabla 2 Diseño de investigación	44
Tabla 3 Resultados de aplicación de alfa de Cron Bach.....	47
Tabla 4 Criterios de interpretación del coeficiente de Alfa de Cronbach.....	47
Tabla 5 Desarrollo de la prueba de hipótesis	64

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Identificación y determinación del problema

Según la Organización mundial de la Salud OMS (2016), menciona que alrededor de los seis meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios alrededor de los seis meses o si son administrados de forma inadecuada, el crecimiento del niño puede verse afectado.

Entonces para asegurar que la introducción de alimentos se lleve a cabo adecuadamente, es necesario que el niño(a) continúe recibiendo leche materna como alimento principal. Los nuevos alimentos nutritivos servirán para complementación de la dieta en cantidad y calidad y no para sustituir la alimentación al pecho. Esta alimentación complementaria debe ser provechoso, o si no introducir alimentos diferentes a la leche materna, antes de los seis meses de edad, ni muy tarde a esa edad. Debe ser graduado, o sea introducir poco a poco

cantidades, sabores y texturas de alimentos de acuerdo al crecimiento del niño (a) (OMS/OPS/INCAP, 2007).

La alimentación complementaria está relacionada con aspectos culturales, sociales y económicos, incluyendo la disponibilidad y acceso a alimentos inocuos y de alta calidad. Para lograr una alimentación complementaria adecuada y oportuna, el componente educativo e informativo -en especial la consejería hacia las madres, padres y otros cuidadores del niño- es fundamental (Reunión Sudamericana de Alimentación y Nutrición del Niño pequeño, 2008).

Existen numerosos beneficios de la práctica de la lactancia materna exclusiva durante seis meses, tanto para el lactante como para la madre. Por tanto, organizaciones nacionales e internacionales, en este caso como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Academia Americana de Pediatría, Asociación Mexicana de Pediatría, Confederación Nacional de Pediatría de México y Secretaría de Salud en México, entre otros, recomiendan mantener la lactancia materna exclusiva por seis meses para iniciar posteriormente con los alimentos complementarios.

Según la OMS (2016) menciona que en el año 2016, a nivel mundial, 155 millones de niños menores de 5 años sufrían retraso del crecimiento y 52 millones presentaban un peso bajo para su talla; 41 millones tenían sobrepeso o eran obesos.

Esto se debe que son pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional; en muchos países, menos de un cuarto de los niños de 6 a 23 meses cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad (Organización mundial de la salud OMS, 2016).

Para el Dr. Abel A. Presidente y fundador de CONIN (2015) menciona que “La formación del sistema nervioso central, está determinada en los primeros 2 años de vida. Si durante este lapso el niño/a no recibe la alimentación y estimulación necesarias, se detendrá el crecimiento cerebral y el mismo no se desarrollará normalmente, afectando su coeficiente intelectual y capacidad de aprendizaje, corriendo el riesgo de convertirse en un débil mental. Este daño afecta a toda la sociedad, ya que la principal riqueza de un país es su capital humano y si éste está dañado, ese país no tiene futuro”. Entonces el Ministerio de Salud (2017) menciona que en algunos departamentos del país se aprecia una tendencia hacia la reducción en más del 10%, en el año 2016, respecto a lo registrado en el 2007; sin embargo, 14 de las 25 regiones (Huancavelica, Huánuco, Ucayali, Cajamarca, Loreto, Amazonas, Pasco, Apurímac, Ayacucho, Piura, Junín, Ancash, Cusco y Puno) mantienen prevalencias por encima del promedio nacional.

Según el Ministerio de Salud (2015) del Análisis Situacional de Pasco se observa que en el año 2014 – 2015 la desnutrición crónica es de 22.4% entre niños(as) menores de 5 años. Además, se menciona que la prevalencia de anemia en niños menores de 36 meses en la Región de Pasco es de 56.7% en el periodo 2009 -2015.

Según el SIEN-DIRESA Pasco el porcentaje de niños menores de 36 meses de edad del distrito de Chaupimarca 2016 presenta anemia en 75% y el porcentaje en niños menores de 36 meses del Distrito de Chaupimarca en el 2016 presentan desnutrición crónica infantil en 29%.

El problema actualmente existe en la Ciudad de Cerro de Pasco en el C.S. de Uliachin acuden alrededor de 500 niños de 6 a 36 meses de edad. La

alimentación complementaria se da a partir de los 6 meses hasta el año de edad en el cual el niño debe de ir incorporando los alimentos en forma gradual para evitar alergias alimentarias hasta lograr que el niño consuma la olla familiar. Se conjetura que sus efectos de la Alimentación no son a veces las más adecuadas puede ser que la falta de conocimiento de las madres para alimentar a sus hijos.

De lo expuesto anteriormente se ha creído por conveniente investigar la relación existente entre el nivel de conocimiento de las madres sobre la “Alimentación complementaria y el Estado Nutricional de los niños de 6 a 36 meses de edad en el C.S. de Uliachin”.

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación espacial

Centro de Salud de Uliachin.

1.2.2. Delimitación temporal

Abril – Setiembre 2017.

1.2.3. Delimitación de la unidad de estudio

Madres de niños de 6 a 36 meses de edad.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿De qué manera se relaciona el nivel de conocimiento materno sobre la alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud de Uliachin en la ciudad de Cerro de Pasco 2017?

1.3.2. Problema específico

¿De qué manera se relaciona el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses y los tipos de alimentación que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin en

la ciudad de Cerro de Pasco 2017?

¿De qué manera se relaciona el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses y la calidad y la frecuencia de consumo de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin en la ciudad de Cerro de Pasco 2017?

¿De qué manera se relaciona el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses y la higiene y la manipulación de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin en la ciudad de Cerro de Pasco 2017?

1.4. Formulación de objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación existente del nivel de conocimiento materno sobre la alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud de Uliachin en la ciudad de Cerro de Pasco 2017.

1.4.2. Objetivo específico

Determinar la relación existente del estado nutricional del niño de 6 a 36 meses y los tipos de alimentación que se presenta en el Centro de Salud de Uliachin en la Ciudad de Cerro de Pasco 2017.

Determinar la relación existente del estado nutricional del niño de 6 a 36 meses y la calidad y la frecuencia de consumo de alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin en la ciudad de Pasco 2017.

Determinar la relación existente del estado nutricional del niño 6 a 36 meses y la higiene y la manipulación de alimentos que se presentan en el centro de Salud de Uliachin en la ciudad de Cerro de Pasco 2017.

1.5. Justificación de la investigación

La lactancia materna debe ser exclusivamente hasta los 6 meses de nacido a partir de ese momento el niño necesita de una alimentación que complemente a

la leche materna, pero sin anularla ya que su organismo necesita de otros alimentos.

La alimentación complementaria debe ser en forma gradual y de a poco, se debe tener mucha paciencia y mucho amor teniendo en cuenta la higiene en el momento de la preparación de los alimentos, así como la conservación de los mismos, para evitar que el niño(a) no sufra de enfermedades infecciosas que puedan retrasar su crecimiento llevándolo a una desnutrición cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta.

La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Es por ello la importancia del personal de salud llámese doctores, enfermeras, nutricionistas, etc.; para capacitar a las madres sobre la alimentación complementaria y evitar la desnutrición o quizás la obesidad en los niños; para ello es muy necesario los controles que se realizan en forma periódicas en los centros de salud.

Por lo expuesto se pretende medir el nivel de conocimiento materno sobre la alimentación complementaria y la situación nutricional en los niños y niñas de 6 a 36 meses en el centro de Salud Uliachin. Pasco Abril – Setiembre del 2017 con la finalidad de poder orientar a las madres si fuera necesario en el proceso de la alimentación complementaria.

1.6. Limitaciones de la investigación

Se evidencian situaciones de falta de tiempo y comunicación entre el personal y el cuerpo directivo, además están relacionadas fundamentalmente con la parte bibliográfica, logística y la propia naturaleza investigativa descriptiva.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Según la Organización mundial de la Salud (2016) mencionado en su investigación “Nutrición: Alimentación complementaria” tiene como objetivo:

Introducir el momento adecuado de otros alimentos, para que los niños puedan consumir los nutrientes, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de vida. La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna. Los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras, es decir, reduciendo al mínimo el riesgo de contaminación por microorganismos patógenos. Además, deben administrarse de forma apropiada, lo cual significa que deben tener una textura adecuada para la edad del

niño y administrarse de forma que respondan a su demanda, de conformidad con los principios de la atención psicosocial. La adecuación de la alimentación complementaria (en términos de tiempo, suficiencia, seguridad y adaptación) depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las prácticas de alimentación de los cuidadores. La alimentación del niño pequeño requiere cuidados y estimulación activa, que su cuidador responda a los signos de hambre que manifieste el niño y que lo estimule para que coma. A esto se le llama alimentación activa. La Organización Mundial de la Salud recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 y los 8 meses, y después, entre los 9 a 11 meses y los 12 a 24 meses, unas tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee.

Sánchez. C (2016), en su investigación “Prácticas de Alimentación Complementaria en Lactantes de 6 a 11 meses 29 días de edad que asisten al Centro de Salud del Municipio San Juan de Sacatepéquez, julio – noviembre 2015 Guatemala” el estudio llevado a cabo fue de tipo descriptivo transversal:

La recolección de la información se realizó mediante una entrevista a 94 madres de lactantes en edades de 6 a meses a 11 meses 29 días, que participaron voluntariamente cuando asistieron al Centro de Salud. Dentro de los resultados se determinó que el 88% de las madres seguía lactando al infante y el 59% de ellas pensaba continuar hasta los dos años de vida del mismo, aunque aproximadamente la mitad las madres brindó lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida debido a insuficiente producción de leche, trabajo e inicio prematuro de la alimentación complementaria. De los 14 grupos de alimentos establecidos para esta investigación se reportó que solamente 6 de ellos

lograron darlos dentro de la edad recomendada y 5 de ellos antes de la edad recomendada. El 70.2% de los infantes recibió una insuficiente cantidad de energía, el 62.7%, 60.6% y 73.4% menos de los requerimientos de proteínas, carbohidratos y grasas al día, viendo este resultado reflejado en el 62.8% de los infantes desnutrición crónicas.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Jimenez. H (2008), en su investigación denominada “Inicio de la Alimentación Complementaria y Estado Nutricional en Lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza Lima” tiene como objetivo:

Identificar el inicio de la alimentación complementaria en lactantes menores de 12 meses de edad, identificar el estado nutricional de los lactantes al inicio de la alimentación complementaria, Identificar el estado nutricional de los lactantes en la evaluación posterior a la alimentación complementaria. El método que se utilizó fue correlacional de corte transversal, contando con 45 madres y 45 lactantes como muestra, para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista encuesta, y el instrumento fue un cuestionario semiestructurado aplicados a las madres y una lista de chequeo aplicado a los lactantes, estos instrumentos fueron aplicados durante la atención de CRED, en los horarios de 8 am. A 2 pm.

Castro (2016), en su investigación “Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S San Juan de Miraflores -2015” el estudio cuantitativo tiene como objetivo:

La recolección de datos mediante instrumentos (entrevistas – encuestas) a 50 madres, el instrumento fue el cuestionario y la ficha de evaluación del estado

nutricional del lactante. El presente trabajo tuvo la finalidad de brindar información actualizada y sobre el nivel de conocimientos que poseen las madres y el estado nutricional de sus niños, para que de esta manera se puedan ampliar los conocimientos sobre alimentación complementaria y la adopción de conductas de alimentación adecuada y saludable para el niño.

Gamarra-Atero. R, Porroa-Jacobo. M, Quintana-Salinas. M (2010), con su investigación “Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima” tuvo como objetivo:

Identificar conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre alimentación del niño menor de 3 años. Utilizo un Estudio observacional descriptivo, cuanti-cualitativo. Lugar: asentamientos Humanos del distrito de Villa María del Triunfo- Lima. Participantes: Madres de niños menores de 3 años. Segura .C & Vásquez .C (2016), en su investigación “Conocimiento Materno sobre Alimentación Complementaria en la Nutrición del Lactante. Trujillo-2015” Investigación de tipo descriptivo correlacional de corte transversal, se realizó en el Hospital Vista Alegre, Distrito Víctor Larco Herrera, 2015 con el objetivo:

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional del lactante. La muestra estuvo constituida por 120 madres con sus respectivos lactantes. La recolección de datos se obtuvo mediante los instrumentos: Encuesta de conocimientos de madres sobre alimentación complementaria e Instrumento para valorar el estado nutricional del lactante.

León. B (2016), en su investigación “Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al

Centro de Salud de Revolución, Juliaca – 2015” cuyo objetivo:

Determinar la relación que existe entre Conocimientos y Prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Revolución, Juliaca 2015. El diseño de investigación es no experimental de corte transversal de tipo correlacional, se realizó un muestreo no probabilístico estratificado, determinándose una muestra de 63 madres de niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Revolución. El instrumento que se utilizó es el cuestionario de conocimientos, que consta de 15 preguntas y prácticas de alimentación complementaria con 18 ítems que tiene como duración de 15 minutos.

2.2. Bases teóricas – científicas

2.2.1. Conocimiento Materno para la alimentación complementaria

2.2.1.1. Conocimiento

Según Mario Bunge (2003), menciona que el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros precisos ordenados, vago inexacto clasificándolo en conocimiento científico y conocimiento vulgar, el científico es el racional analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar es vago inexacto limitado por la observación (p.16).

Según Pérez (2008), menciona que la información es un conjunto almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje mejor dicho a posteriori, o a través de la introspección mejor dicho a priori. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo (p.15).

Según Pérez (2008), menciona que el conocimiento se origina a través de la percepción sensorial, luego al entendimiento y finaliza en la razón. La metodología de generar conocimiento tiene dos etapas: la investigación básica, etapa donde se observa la teoría y, la investigación aplicada, etapa donde se aplica la información (p.15).

2.2.1.2. Características del conocimiento

En cuanto a las características del conocimiento, Cochachi Yturregui (2007), establece que:

- Su fin es alcanzar una verdad objetiva.
- Es un proceso dialéctico basado en la contemplación viva, sensación, percepción y representación.
- Asimila el mundo circulante.

2.2.1.3. Niveles de conocimiento

En relación a los niveles del conocimiento, Cochachi Yturregui (2007), establece tres niveles de conocimiento:

Nivel de conocimiento alto

Es un conocimiento de pensamiento lógico que adquiere su mayor expresión y autonomía de la realidad inmediata. El nivel más elevado de conocimiento vendría representado por la actividad del entendimiento.

Nivel de conocimiento medio

Es un tipo de conocimiento conceptual apoyado por el material empírico a fin de elaborar ideas y conceptos y ver las interrelaciones sobre los procesos y objetos que se estudian.

Nivel de conocimiento bajo

Es un tipo de conocimiento espontáneo que se obtiene por medio de la

práctica que el hombre realiza diariamente. Es un conocimiento sensible que deriva directamente de la sensación y es un tipo de conocimiento inmediato y fugaz desapareciendo con la sensación que lo ha generado.

2.2.1.4. Crecimiento y desarrollo del niño

Las mujeres juegan un papel importante en la buena salud y nutrición de sus familias porque su participación es primordial en el desarrollo económico y social del hogar, en la producción, la elección de la compra, la preparación y distribución de los alimentos. La experiencia ha demostrado que el rol de las mujeres contribuye con mayor probabilidad a la buena nutrición infantil y aquellas madres con mejores niveles educativos tienen hijos más saludables. Las decisiones sobre el consumo de alimentos están condicionadas por el ingreso, la información, los hábitos, costumbres y la educación de la mujer. Ella tiene una presencia central fuera y dentro del hogar, a través del control de los recursos domésticos, el cuidado de la salud y la utilización de los alimentos para los miembros de su familia. Por eso, es de especial consideración promover la igualdad de género como un medio para superar la pobreza y mejorar la seguridad alimentaria y nutricional. Además, de fortalecer el rol no solo de las mujeres, sino también de los varones en las labores de cuidado del niño y la niña.

El crecimiento y desarrollo constituyen uno de los fenómenos biológicos más característicos e importantes de la infancia, que inicia con la fecundación y finaliza al hasta alcanzar la edad adulta. Cualquier circunstancia que afecte el estado de salud del niño repercutirá negativamente sobre su crecimiento. Por esta razón el MINSA (2014) la

valoración del crecimiento es uno de los métodos más sensibles y eficaces para enjuiciar el estado de salud tanto individual como colectiva (p.22) . El crecimiento y desarrollo se suelen abordar como una unidad, que expresa la suma de los números cambios que tiene lugar durante la vida de un individuo. El recorrido completo es un proceso dinámico que influye varias dimensiones interrelacionadas:

Crecimiento

Aumento del número y tamaño de las células al dividirse o sintetizar nuevas proteínas, da lugar a un aumento de tamaño y de peso del conjunto o de alguna de sus partes.

Desarrollo

Cambio y expansión graduales, avance desde la fase de complejidad inferior a las más avanzadas, aparición y expansión de las capacidades individuales por medio del crecimiento, maduración y el aprendizaje.

Maduración

Aumento de competencia y adaptabilidad, también aumento de edad, se suele describir como un cambio cualitativo en la complejidad de una estructura, el cual posibilita que dicha estructura empiece a funcionar, funcionamiento más complejo.

Diferenciación

Según el MINSA (2014), menciona la diferenciación es el conjunto de procesos por los que las células y estructuras se modifican y alteran de forma sistémica para adquirir sus características físicas y químicas, el término se usa a veces para describir el paso de indiferenciado o masa específico, desarrollo de las actividades y funciones que pasan de simples

a otras más compleja (p.20).

2.2.1.5. Factores que regulan el crecimiento y desarrollo del Niño

Según la Organización Panamericana de la Salud OPS (1993), menciona en el Manual de Crecimiento y Desarrollo agrupa los factores que regulan el crecimiento, de la siguiente manera:

Factores nutricionales

Se refiere a contar con una adecuada disponibilidad de alimentos y la capacidad de utilizarlos para el propio organismo, con el fin de asegurar el crecimiento. La desnutrición es la causa principal de retraso del crecimiento en los países en desarrollo (p.21).

Factores socioeconómicos

Es un hecho conocido que los niños de clases sociales pobres crecen menos que aquellos pertenecientes a clases sociales más favorecidas. Si bien este fenómeno responde a una asociación multicausal, el solo hecho de contar con pocos recursos tiene implicancias sobre el crecimiento (p.21).

Factores genéticos

Ejercen su acción en forma permanente durante el transcurso del crecimiento. Permiten la expresión de las variaciones existentes entre ambos sexos y aún entre los individuos de un mismo sexo en cuanto a las características diferenciales de los procesos madurativos. En algunas circunstancias pueden ser responsables de las apariciones de enfermedades secundarias a la existencia de aberraciones en la estructura de los genes (p.21).

Factores emocionales

Se relaciona con la importancia de un ambiente psicoactivo adecuado que el niño necesita desde su nacimiento y a lo largo de su vida (p.21).

2.2.1.6. Crecimiento del niño de 6 a 12 meses

Según Whalley y Wong (1988), clasifica el desarrollo del niño

según:

Desarrollo físico y fisiológico

Según Whalley y Wong (1988), el crecimiento se hace más lento, a los 6 meses ha duplicado el peso de su nacimiento. El aumento de peso es de 90 a 150gr. semanales durante el semestre siguiente. El aumento de estatura es de 1.25 cm/mes durante el semestre siguiente, puede iniciarse la dentición con los dos incisivos centrales inferiores, mastica y muerde. A los 7 meses de los incisivos centrales superiores, a los 8 meses empieza a tener regularidad en las excreciones vesical e intestinal. A los 11 meses suele comenzar la erupción de los laterales inferiores, A los 12 meses se ha triplicado su peso del nacimiento, ha aumentado su talla al nacimiento en 50%, La fontanela anterior está casi cerrada, disminuye el reflejo de Landau, desaparece el reflejo de Babinski, aparece la curva lumbar y es evidente la lordosis durante la caminata El estómago aumenta su capacidad gástrica, a los 6 meses de 130-210 ml, y a los 12 meses es de 200-300 ml. Hasta los 3 a 4 meses el niño presenta una menor capacidad para digerir hidratos de carbono complejos (almidones) debido a la menor actividad de la amilasa pancreática, que alcanza un nivel significativo recién a esta edad. También esta presenta el reflejo de profusión (que determina que el alimento introducido en la parte anterior de la cavidad bucal sea frecuentemente expulsado). Entre los 4 y 6 meses maduran por completo la deglución y aparece una masticación rudimentaria. Hasta los 6 meses el niño tiene limitada capacidad de absorber grasa saturada de cadena larga, esta inmadurez se compensa por la existencia de lipasas linguales y gástrica y además de una lipasa específica de la leche materna

que se activa al llegar al duodeno, en presencia de las sales biliares. La función renal reducida al nacer mejora durante el año y asemeja a la del adulto cuando se llega al primer año. Llegando a madurar completamente hasta la mitad del segundo año (p.22).

Desarrollo neuromuscular

Whalley y Wong (1988), menciona que a esta edad la coordinación psicomotriz se va desarrollando progresivamente, a los 6 meses trata de tomar los objetos con la mano, voltearse de cubito dorsal al abdominal y reconoce a los familiares con sonrisa. A los 7 a 8 meses, es capaz de sentarse solo y luego gatea, a los 11 meses se inicia la bipedestación apoyándose en el barandal, cuna o mueble cercano. Al año, se empieza a dar primeros pasos, cruza una silla a otra, da el juguete a la madre cuando se le pide y extiende su mano para recogerlo (p.22).

Desarrollo emocional

Whalley y Wong (1988), menciona que El lactante mira de un lado a otro a un extraño que se aproxima y a su madre, como si comparara lo conocido con lo desconocido, y quizás agarre a la madre o llore con ansiedad. Las separaciones suelen hacerse más difíciles. Al mismo tiempo surge una nueva demanda de autonomía. El niño deja de consentir en ser alimentado, girando la cabeza cuando se aproxima la cuchara o insistiendo en sostenerla el mismo. La auto alimentación con los dedos le permite ejercitar sus habilidades motoras finas recién adquiridas (la presión o con la pinza) y ésta puede ser la única forma que el niño coma (p.22).

Comunicación

Whalley y Wong (1988), menciona que a los 7 meses, el niño es diestro

en la comunicación no verbal, expresa una amplia gama de emociones y responde al tono vocal y a las expresiones faciales. Hacia los 9 meses comienza a darse cuenta que puede compartir sus emociones con otras personas y empieza a mostrar alegremente sus juguetes a los padres como diciéndoles: “cuando veas esto también estarás contento”. Entre los 8 y 10 meses, el balbuceo adquiere una nueva complejidad, con sílabas múltiples (p.22).

2.2.2. Alimentación complementaria

Según la OMS (2010) menciona que la alimentación complementaria está definida como la introducción de alimentos diferentes a la leche materna (p.24), se puede decir que el término alimentación complementaria es un proceso que se inicia cuando se introduce cualquier tipo de alimento no lácteo, mejor dicho que los alimentos semisólidos y suaves en la dieta del niño como el suplemento a la leche de la madre de forma adaptada (y no la sustituye), dado esto diariamente de un modo regular las cantidades significativas y termina cuando el niño recibe la alimentación muy parecida a la alimentación de la familia (p.25).

Edad de Inicio

OMS (2010), La alimentación complementaria se debe iniciar cuando el niño cumple seis meses de edad, éste es el momento en que los nutrientes de la leche materna ya no cubren los requerimientos nutricionales debido al proceso de crecimiento y desarrollo en el que se encuentra (p.29).

OMS (2010), De acuerdo a los lineamientos de nutrición materno infantil a partir de los 6 meses, según el niño debe iniciar la alimentación complementaria, incluyendo alimentos semisólidos (papillas, mazamorra, purés) e ir modificándolos ofreciendo alimentos, triturados y luego hasta que se incorpore

en la alimentación familiar. También es recomendable adicionar una cucharadita de aceite, manteca, mantequilla u otro tipo de grasa en alguna comida del niño, pues de esta manera se está aportando ácidos grasos y se está incrementando la necesidad energética de la comida del niño (p.30).

Durante el periodo de 6 a 18 meses, la velocidad de crecimiento físico es mayor, por lo que es necesario que los alimentos complementarios puedan cubrir la brecha nutricional entre lo que necesita el niño y lo que proporciona la leche materna. Una alimentación complementaria adecuada considera criterios de consistencia del alimento, cantidad, frecuencia y su calidad.

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

Masticación – Deglución – Digestión – Absorción

Si un niño o niña de cuatro o cinco meses no sube de peso, lo primero que hay que hacer es indagar a la madre si tiene algún problema con la lactancia (si ha disminuido la frecuencia de lactadas, si da de lactar al niño de día y noche, si el niño o niña ha estado enfermo: resfrío, fiebre u otros): Si aparentemente está sano, aumentar las frecuencias de lactadas en el día y la noche. Si la madre está siguiendo con las instrucciones y el niño o niña no sube de peso, se podrá iniciar la alimentación complementaria a esta edad, nunca iniciar la alimentación complementaria antes de los cuatro meses (p.31).

2.2.3. Principios de Orientación para la alimentación complementaria

Según la Organización Panamericana de la Salud (2010), menciona los principios para la aplicación complementaria en los niños:

1. OPS (2010), “Practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento

hasta los 6 meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad (180 días) y continuar con la lactancia materna” (p.19).

2. OPS (2010), “Continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los 2 años de edad o más” (p.19).
3. OPS (2010), “Practicar la alimentación perceptiva, aplicando los principios de cuidado psico-social” (p.19).
4. OPS (2010), “Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos”(p.19).
5. OPS (2010), “Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna” (p.19).
6. OPS (2010), “Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños” (p.19).
7. OPS (2010), “Aumentar el número de veces que el niño o niña consuma los alimentos, mientras va creciendo” (p.19).
8. OPS (2010)”Dar una variedad de alimentos ricos en nutrientes para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales” (p.19).
9. OPS (2010)”Utilizar alimentos complementario fortificados o suplementos de vitaminas y minerales para los lactantes de acuerdo a sus necesidades” (p.19).
10. OPS (2010) Aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades incluyendo leche materna (lactancia más frecuente), y alentar al niño a comer alimentos suaves, variados, apetecedores y que sean sus favoritos. Después

de la enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia de lo normal y alentar al niño a que coma más (p.19).

2.2.3.1. Alimentos apropiados para la alimentación complementaria

Según la OPS (2010), menciona sobre que alimentos dar y porqué los alimentos complementarios:

2.2.3.1.1. Leche materna

OPS (2010) continúa aportando energía y nutrientes de alta calidad hasta los 23 meses de edad (p.27).

2.2.3.1.2. Alimentos básicos

OPS (2010) “aportan energía, un poco de proteína (solo los cereales) y vitaminas. Ejemplo: cereales (arroz, trigo, maíz, mijo, quinua), raíces (yuca, camote o batata y papa) y frutas con almidón (plátano y fruto del árbol del pan)” (p.27).

2.2.3.1.3. Alimentos de origen animal

OPS (2010) “aportan proteía de alta calidad, hierro hemínico, zinc y vitaminas. Ejemplo: hígado, carnes rojas, carne de pollo, pescado, huevo (no es buena fuente de hierro)” (p.27).

2.2.3.1.4. Verduras de hojas verdes y de color naranja

OPS (2010) “aportan vitaminas A, C y folato. Ejemplo: espinaca, brócoli, acelga, zanahoria, zapallo, camote” (p.27).

2.2.3.1.5. Leguminosas

OPS (2010) “aportan proteína (de calidad media), energía, hierro (no se absorben bien). Ejemplo: guisantes, variedades de frijoles, lentejas, habas, arverjas” (p.27).

2.2.3.1.6. Aceites y grasas

OPS (2010) “aportan energía y pacidos grasos esenciales. Ejemplo: aceites (se refiere al aceite de soja o de colza), margarina, mantequilla o manteca de cerdo” (p.27).

2.2.3.1.7. Semillas

OPS (2010) “aportan energía. Ejemplo: pasta de maní o pastas de frutos secos, semillas o germinada, como ser semillas de zapallos, girasol, melón o sésamo” (p.27).

2.2.3.1.8. Cómo dar los alimentos

2.2.3.1.8.1. Lactantes de 6–11 meses

Continuar con la lactancia materna

✓ *Dar porciones adecuadas de:*

- Puré espeso, elaborado con maíz, yuca, mijo; añadir leche, frutos secos (nuez, almendra, etc.) o azúcar (OPS, 2010, p.27).
- Mezclas de purés elaborados con plátano, papa, yuca, mijo o arroz: mezclarlos con pescado, frijoles o maní aplastados; agregar verduras verdes (OPS, 2010, p.27).

✓ *Dar meriendas nutritivas*

huevo, plátano, pan, papaya, leche y budines elaborados con leche, galletas, pan con mantequilla, margarina, pasta de maní o miel, papa cocida (OPS, 2010, p.27).

2.2.3.1.8.2. Niños de 12–23 meses

Continuar con la lactancia materna

✓ *Dar porciones adecuadas de:*

- Mezclas de alimentos de la familia, aplastados o finamente cortados, elaborados con papa, yuca, maíz, mijo o arroz; mezclarlos con pescado, frijoles o maní aplastados; añadir verduras verdes (OPS, 2010, p.27).
- Puré espeso de maíz, yuca, mijo; añadir leche, soja, frutos secos o azúcar
 - Dar meriendas nutritivas: huevo, plátano, pan, papaya, leche y budines elaborados con leche, galletas, pan con mantequilla,
 - margarina, pasta de maní o miel, papa cocida (OPS, 2010, p.27).

2.2.3.1.9. Para recordar

Alimentos ricos en hierro

- hígado (de cualquier tipo), vísceras de animales, carne de animales (especialmente la roja), carne de aves (especialmente la carne oscura), alimentos fortificados con hierro (OPS, 2010, p.27).

Alimentos ricos en vitamina A

- Hígado (de cualquier tipo), aceite rojo de palma, yema de huevo, frutas y verduras de color naranja, verduras de hoja verde Alimentos ricos en zinc (OPS, 2010, p.27).
- carne de animales, aves y pescado, mariscos y yema de huevo Alimentos ricos en calcio (OPS, 2010, p.27).
- Leche o productos lácteos, pequeños pescados con hueso Alimentos ricos en vitamina C (OPS, 2010, p.27).
- Frutas frescas, tomates, pimientos (verde, rojo, amarillo) y verduras verdes (OPS, 2010, p.27).

2.2.3.2. Beneficios de la alimentación complementaria

Los alimentos complementarios adecuados que se introducen y se consumen por un bebé a los 6 meses de edad proporcionan energía, proteínas, grasa, vitaminas y minerales. Estos ayudan a satisfacer las necesidades del niño en crecimiento, además de la leche materna y la fórmula. Según la OMS (2010), la mal nutrición es responsable, directa o indirectamente, de más de la mitad de todas las muertes infantiles. Los beneficios físicos para el niño son un mejor desarrollo y crecimiento en sus valores ponderales principalmente de peso y talla, además de un buen desarrollo cerebral, para evitar retrasos en el desarrollo psicomotor. Según Karin Grossmann, PhD., Klaus E. Grossmann (2010) mencionan que en el aspecto psicológico se genera en vínculo madre y niño de mayor seguridad y confianza para el niño. Es mejor que el niño pase del pecho a la comida normal en un proceso gradual (desde los 6 meses, hasta varios años después), que hacerle pasar por varios “destetes”, como ocurriría si pasa: del pecho al biberón, del biberón a la papilla y de la papilla a la comida normal (p.26).

2.2.3.3. Características de la alimentación complementaria

De acuerdo con la OMS (2003) menciona que la alimentación familiar. La capacidad digestiva durante el primer año de vida depende de la eficiencia con que madura el aparato digestivo, tanto en los aspectos motores como enzimáticos. Alrededor de los 6 meses empieza la erupción dentaria, que indica mayor madurez funcional: progresan el uso de la musculatura masticatoria y la percepción sensorio espacial de la lengua y los labios; la función deglutoria pasa de ser instintiva y refleja a ser una

deglución somática; el reflejo de extrusión se extingue progresivamente y se desarrolla la discriminación de nuevas texturas, sabores, olores, colores, temperaturas y consistencias en los distintos alimentos. A partir de todos estos cambios, el niño puede manifestar preferencias o rechazos, lo cual debe ser considerado relevante, en especial frente a la incorporación progresiva de alimentos no lácteos y, de esta forma, evitar que el niño o la niña rechace los alimentos nuevos (p.27).

Cantidad

MINSA (2006), la capacidad gástrica de la niña o niño guarda relación con su peso (30g / kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida. Se comienza a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y se aumenta la cantidad conforme crece la niña o niño mientras se mantiene la lactancia materna (p.18).

A los 6 meses se debe iniciar la alimentación complementaria con 3 cucharadas de alimento, lo que equivale a 1/8 plato mediano más lactancia materna; la cantidad se irá aumentando gradualmente, entre los 7 – 8 meses se debe incrementar a 5 cucharadas de alimento, lo que equivale a 1/2 plato mediano más lactancia materna; entre los 9 – 11 meses brindar 7 cucharadas de alimento, lo que equivale a 3/4de plato mediano más lactancia materna y a los 12 meses el niño (a) deberá consumir 10 cucharadas de alimento lo cual equivale a 1 plato mediano.

Frecuencia

Según la OMS (2003) el número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y las cantidades normalmente

consumidas durante cada comida A los 6 meses de edad se empezará con dos comidas diarias; entre los 7- 8 meses, se aumentará a tres comidas diarias; entre los 9-11 meses se incrementará a tres comidas diarias más un refrigerio; y finalmente a los 12 meses el niño (a) comer tres comidas principales y dos refrigerios (p.11).

Preparación y consistencia

OMS (2003) menciona que, en la primera etapa, la incorporación de alimentos actúa como un elemento de estimulación sensorial y psicomotriz. De esta manera el niño establece el contacto con nuevos estímulos (sabor, olor, textura, consistencia, etc.) que le permitirá una adaptación progresiva a una amplia familia de alimentos. El niño (a) a partir de los 6 meses ya puede empezar a comer progresivamente toda clase de alimentos. Es recomendable favorecer el consumo de alimentos de bajo costo y alto valor nutritivo dentro los productos de origen animal tenemos hígado de pollo, huevo, pescado, leche. Los cereales que se debe proporcionar son el arroz, quinua trigo, avena, harinas, maíz, cebada, etc. Las menestras estarán dadas por los frejoles, lentejas, alverjitas verdes partidas, soya, harina. Dentro de los tubérculos tenemos: papa, camote, yuca. Se debe complementar estos alimentos con verduras de color anaranjado y verde oscuro (zanahoria, zapallo, acelga, espinaca). Agregar en cada preparación una cucharadita de aceite y/o mantequilla lo que hará más suave la comida del niño, promover el uso de frutas ricas en vitamina C (naranja, mandarina, papaya, piña, mango, etc.), después de las comidas para favorecer la absorción del hierro evitar el consumo de infusiones como el té, anís, canela, café, porque interfieren en la absorción del hierro.

En lugar de estas se puede indicar el consumo de limonada, naranja o refresco de frutas (p.30).

Tipo de alimento según su edad

Los alimentos deben ser incluidos gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, potencial alergénico del alimento y la capacidad gástrica.

A partir de los 6 meses

Según Cuidados Tiernos (2012) menciona que se iniciará la introducción progresiva de papillas sin gluten, Si el bebé está con lactancia materna puede preparar la papilla con leche materna extraída (con sacaleches o manualmente) o con la leche de iniciación. Si está con lactancia artificial preparar la papilla con su leche habitual y cereales sin gluten, papilla de fruta natural: Empezar con medio plátano, media manzana, media pera, granadilla, melón. Progresivamente aumentar la cantidad de fruta hasta llegar a una pieza entera de cada una. No añadir miel, leche condensada, azúcar, cereales ni galletas. Papilla de verduras: empezar con zanahoria, zapallo, espinaca, papa y camote Añadir pollo sin piel ni grasa, sangrecita, y $\frac{1}{2}$ yema de huevo pollo sancochado. Preparar sin sal. Se puede añadir una cucharadita de aceite de oliva.

A los 7 – 8 meses

Según Cuidados Tiernos (2012) menciona que al agregar alimentos cereales sin gluten como el arroz, quinua y el maíz. Menstras como lentejas, frejoles, harina de habas y condimentos naturales como tomate, cebolla, etc. A partir de este momento se puede ofrecer un trozo de pan o galletas.

A partir de los 9 – 10 meses

Según Cuidados Tiernos (2012) que se pueden introducir cereales con gluten como el trigo (pan, galletas, fideos). También se le agrega condimentos naturales a los alimentos Y se continúa dando las frutas y verduras de los meses anteriores Al 9º mes se puede introducir la yema cocida, Se recomiendan 2-3 huevos por los 7 días de la semana ,la yema del huevo tiene una buena fuente de grasas esenciales, vitaminas liposolubles y hierro, la clara de huevo contiene proteínas de alto valor biológico, entre ellas la ovoalbúmina, de alta capacidad alergénica. Comenzar pasado al 10º mes con pescados blancos: merluza, lenguado. En niños con antecedentes familiares, esperar su introducción hasta pasado el año de edad.

A partir de los 12 meses

Según Cuidados Tiernos (2012) menciona que se pueden introducir legumbres tiernas (habas, guisantes) o secas (garbanzos, lentejas). El huevo entero puede prepararlo cocido o en tortilla con poco aceite y triturarlo con verduras o sémola de arroz. Se puede ofrecer hígado de pollo triturado con verduras una vez a la semana. Un exceso de proteínas no es bueno: El día que han tomado huevo o hígado o pescado no dar carne. Puede seguir dando pecho para desayunar, por la noche o de postre en las comidas.

2.2.3.4. Alergia alimentaria

Según Consumer (2001) menciona que la alergia a los alimentos ocurre cuando el sistema inmune reacciona frente a una sustancia concreta (alérgeno) que es bien tolerada por la mayoría de personas. El alérgeno es principalmente una proteína de un alimento con la que el afectado entra

en contacto por ingestión, contacto o inhalación. La reacción más común es la formación de anticuerpos IgE (Inmunoglobulina E). El proceso es el siguiente: la primera vez que se ingiere el alimento causante de alergia, el organismo produce las IgE específicas dirigidas contra alguna proteína de ese producto; en la segunda vez, los anticuerpos reaccionan contra la comida estimulando la fabricación de histamina y otras sustancias químicas (llamadas mediadores) que causan los síntomas de la alergia: urticaria, eccema, angio edemas (se hinchan los labios, los dedos de las manos, de los pies, etcétera), dermatitis atópica y shock anafiláctico -poco frecuente- si la reacción alérgica afecta a varios órganos, y que puede comprometer la salud del bebé. Las manifestaciones clínicas en la alergia pueden tener un inicio agudo durante los primeros seis meses de vida, con diarrea grave, vómitos, dolores abdominales, fiebre, etc.; o un inicio tardío que cursa con retraso en el crecimiento (peso y talla), heces voluminosas, distensión abdominal y signos de malnutrición como anemia ferropénica (por mala absorción de hierro). Los alimentos más problemáticos son la leche de vaca, huevo, quesos madurados, pescados, especias, frutos secos, kiwi, papaya, aguacate, plátano, fresas, frambuesas y grosellas. En el primer año de vida, las mayores amenazas suelen centrarse en la leche, los huevos, el pescado y los cereales. En el segundo, los alimentos que causan más problemas son las frutas (sobre todo las rosáceas: melocotón y albaricoque) y los cítricos. En el tercer año de edad, pasan a formar parte de la lista el pescado y los frutos secos (cacahuete, avellana, nuez y almendra). La duración de estos cuadros a lo largo de la vida también es variable. En el primer año de vida la alergia a la leche, por ejemplo, suele

ser transitoria, solucionándose a los 18-24 meses. En cambio, la alergia al huevo suele durar más tiempo o incluso toda la vida. La hipersensibilidad a los frutos secos y pescados también es duradera. El tratamiento dietético de estas alergias es el más eficaz y consiste en suprimir los alimentos alergizantes. De esta manera se consigue que al cabo de unos años el sistema inmunológico se normalice, y en muchas ocasiones, el niño acaba tolerando los alimentos que le producían alergia.

2.2.3.5. Higiene alimentaria

Según el Ministerio de Salud y Ambiente (34), menciona que es muy importante que el equipo de salud aborde, durante la consulta pediátrica, distintos aspectos referidos a la higiene y conservación de los alimentos, tales como (p.17):

Higiene personal

Es importante atender a la higiene personal, tanto del niño como de su cuidador (cuerpo y vestimenta). Hay que tener presente que cuando las personas presentan una patología infecto contagiosa (como gripe, faringitis, enfermedades intestinales o infecciones de la piel) deben ser cuidadosas al preparar o servir los alimentos ya que cualquier infección, por pequeña que parezca, puede contaminar los alimentos del niño y su familia (p.17).

Higiene en la elaboración de alimentos

Es aconsejable informarse acerca del agua que se utiliza en la vivienda y –en caso necesario– recomendar su potabilización. Conviene tener en cuenta que los alimentos que se consumen crudos se higienizan con esta agua, como así también los equipos y utensilios para cocinar. Resulta

frecuente observar que, en ocasiones, algunos adultos pretenden “higienizar” chupetes, tetinas o cucharas llevándolas a la boca, práctica que se debe desalentar. También es importante conversar acerca de higiene del lugar donde se preparan los alimentos (p.17).

Higiene en la conservación de los alimentos

En general, los alimentos deben ser conservados en lugares limpios, secos y frescos(p.17).

Higiene ambiental

El ambiente que rodea al acto alimentario puede afectar la salud. Por eso es importante obtener información sobre algunos factores tales como falta de cloacas y mala disposición de excretas, basurales cercanos a la vivienda y aguas servidas. Una conversación sobre el tema puede dar la oportunidad de proponer medidas adecuadas de prevención y protección (p.17).

2.2.4. Estado Nutricional

Según el MINSA (2017) la evaluación del estado nutricional constituye una actividad prioritaria en la atención de salud del niño y niña. Permite guiar acciones educativas de salud, así como políticas, programas e intervenciones y de ser necesario modificarlas con miras a una correcta atención de salud y/o utilización efectiva de los recursos. El estado nutricional es el resultado del balance entre la disponibilidad de los alimentos y la utilización de nutrientes por el organismo, el desequilibrio de esta puede causar una mala nutrición; la misma que en intensidad y duración afectará el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.

Para dar con la evaluación del estado nutricional se puede utilizar los métodos directos o indirectos:

Los métodos indirectos

Según OMS (2017) como el uso de indicadores socio-económicos, de disponibilidad y consumo de alimentos, tasa de mortalidad infantil etc. Estos métodos generalmente requieren de personal especializado, de tiempo y representatividad de muestras. En los métodos directos se encuentran las medidas antropométricas, los indicadores bioquímicos y la evaluación clínica. Los indicadores bioquímicos son utilizados para medir deficiencias específicas de nutrientes, se realizan en muestras y son costosos. Los métodos clínicos son útiles cuando se ha manifestado la enfermedad. Mientras tanto los estudios antropométricos comúnmente son utilizados en los servicios de salud y comunidad, fáciles de obtener, de muy bajo costo útiles (p.73).

Historia clínica

Según el MINSA (2017) Es un documento médico-legal que surge del contacto entre los profesionales de la salud y el paciente donde se recoge la información necesaria relacionado con el crecimiento del niño, incluyendo el peso y la talla, el cual permitirá hacer una evaluación con los patrones de crecimiento y tener un diagnóstico nutricional (p.26).

Entrevista

Según el MINSA (2017) menciona que la encuesta es una técnica de investigación que consiste en una interrogación verbal o escrita que se les realiza a las personas con el fin de obtener determinada información necesaria para una investigación (p.34).

2.2.4.1. Indicadores antropométricos

Según el MINSA (2013) , clasifica los indicadores antropométricos según:

Peso para la talla

Es el peso que corresponde a un niño para la talla que tiene en el momento de la medición, el déficit de peso indica un adelgazamiento, mide la desnutrición aguda.

Talla para la edad

El crecimiento en talla es más lento que el peso, las deficiencias en talla tienden a ser también lentas y a tomar más tiempo para recuperarse. A mayor déficit nutricional, mayor cronicidad de la desnutrición, este índice mide la desnutrición crónica.

Peso para la edad

Es un indicador primario que corresponde a la relación entre el peso real de un niño y su peso teórico normal expresado en porcentaje; se utiliza para medir la desnutrición global. Utilizando indicador de peso para edad podemos saber si el niño tiene o ha tenido adelgazamiento y/o retardo en el crecimiento. Si los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de cohorte de normalidad (+2 a -2 DS) y la tendencia del gráfico de la niña o niño no es paralelo a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente se considera riesgo nutricional.

2.2.4.2. Problemas del estado nutricional

2.2.4.2.1. Desnutrición

Según el Fondo de las Naciones Unidas Unicef (2011) menciona que La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta

de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres (p.8).

Tipos de desnutrición

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2011), clasifica a la desnutrición en:

Desnutrición leve o de primer grado

Existe pérdida de peso de hasta el 15% del peso normal. El dato principal que se observa, es el estacionamiento en el peso que persiste a través de las semanas; el niño avanza en edad y el peso se va quedando a la zaga, avanzando penosamente o estacionado (F,2003).

Desnutrición moderada o de segundo grado

La pérdida de peso se acentúa y va pasando del 10 ó 15%, a pérdidas mayores como el 40%. Es producida por enfermedades que interfieren en el proceso de digestión, como la fibrosis quística. Podemos observar un niño(a) apático, cansado, falta de apetito, se van hundiendo los ojos y el tejido celular subcutáneo se hace flojo, pierde su turgencia y elasticidad; el niño duerme con los ojos entreabiertos, puede presentar resfriados y otitis, trastornos diarreicos y discretas manifestaciones de carencia al factor B, así como edemas por hipoproteinemia (Jaqueline .C, 2010).

Desnutrición severa o de tercer grado

La pérdida de peso sobrepasa el 40% del peso que debería tener. Se identifica con (p.39):

Marasmo

Es un tipo de malnutrición energética y proteínica severa acompañada de emaciación. Se caracteriza por irritabilidad, pérdida de peso y apatía hasta llegar a la emaciación. La piel pierde turgencia, se arruga y se torna flácida a medida que desaparece la grasa subcutánea. Los ojos se hundén, la cara se hace pequeña y adquiere el aspecto de “cara de viejo”. (F. 2003).

Kwashiorkor

Enfermedad debida a la ausencia de proteínas en la dieta, se caracteriza por crecimiento inadecuado, falta de energía. El edema puede surgir de forma precoz y puede enmascarar la ganancia de peso. La despigmentación de la piel aparece tras la descamación de dichas regiones. El pelo es ralo y fino y en los niños con cabello oscuro aparecen mechones rojas o grises. La desnutrición está asociada a enfermedades infecciosas recurrentes en los niños(as), una menor capacidad para defenderse de las complicaciones producidas por estas enfermedades y una mayor probabilidad de morir a causa de las mismas; lo que conlleva a mayor gasto de ingresos económicos a nivel familiar y del estado en medicamentos y atención secundaria en salud. También se asocia con el retraso en el crecimiento y desarrollo, “un niño que no se alimenta es un niño que no juega, no aprende y no se desarrolla normalmente” (Nelson, 2009).

2.2.4.2.2. Sobrepeso

El sobrepeso es la condición de poseer más grasa corporal de la que se considera saludable en relación con la estatura, es una condición

común, especialmente donde los suministros de alimentos son abundantes y predominan los estilos de vida sedentarios. Los factores genéticos y las alteraciones del metabolismo (Susy Z, 2013).

Una excesiva e incorrecta alimentación asociada a la falta de ejercicio (escaso gasto de energía), Sedentarismo. Los trastornos en la conducta alimentaria (ansiedad), metabolismo demasiado lento (Susy Z, 2013).

Algunas consecuencias del sobrepeso son: Agitación ante el menor esfuerzo. Cansancio fácil y tendencia excesiva al sueño. Enfermedades como trastornos del corazón, hipertensión arterial, facilidad para infecciones del aparato respiratorio, tendencia a la diabetes. Enfermedades del riñón, hígado y vías biliares, afecciones de las articulaciones como nefritis, arteriosclerosis, edema pulmonar, reumatismo, trastornos menstruales, hernias (Susy Z, 2013).

2.2.4.2.3. Obesidad

Según la OMS (2015), la obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo y se presenta cuando el índice de masa corporal (IMC) en el adulto es mayor de 30 kg/m². En cambio, un niño se considera que es obeso cuando su peso sobrepasa el 20% de su peso ideal. La obesidad infantil tiene repercusiones importantes sobre la calidad de vida del niño. Aunque a corto plazo la obesidad infantil no se asocia a unas tasas de mortalidad elevada, sí que se asocia a un riesgo de mala salud en la vida adulta, y es un potente predictor de la obesidad en el adulto. La obesidad es una enfermedad que se considera como un factor de riesgo para enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, el ictus,

problemas ortopédicos y algunos tipos de cáncer. Además de la predisposición que conlleva la obesidad a padecer otras enfermedades, la obesidad implica una serie de síntomas fisiológicos entre los que destacan la dificultad para respirar, el ahogo, las interferencias en el sueño, la somnolencia, los problemas ortopédicos, los trastornos cutáneos, la transpiración excesiva, la hinchazón de los pies y los tobillos y los trastornos menstruales en las mujeres. A todos estos trastornos físicos hay que sumarles los problemas psicológicos provocados por la discriminación social y las dificultades para relacionarse con los demás que sufre una persona cuya figura desborda los límites de la silueta saludable. En la infancia, sobre todo, el efecto de ser obeso puede convertirse en un gran problema para el niño debido a la baja autoestima, los bajos resultados en el colegio, la introversión, a menudo seguida de rechazo social, etc.

2.3. Definición de términos básicos

Alimentación complementaria

Periodo durante el cual otros alimentos o líquidos son provistos al niño pequeño, juntamente con la lactancia materna.

Antropometría

Tratado de las proporciones y medidas del cuerpo humano.

Conocimiento materno

Conjunto de información o ideas expresada por la madre acerca de la alimentación complementaria en torno al inicio, frecuencia, cantidad, consistencia y tipo de alimentos complementarios en la dieta del niño a partir de los seis hasta los 12 meses de edad.

Consultorio de crecimiento y desarrollo

Lugar en donde se realiza la atención integral del niño por parte del profesional de enfermería, valorando su estado nutricional y brindando educación a la madre que acude a dicho lugar.

Desnutrición

La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas.

Desviación estándar

Un ejemplo de expresión del estado nutricional en desviaciones estándar o múltiplos de ella, es el Carné de Crecimiento y Desarrollo. Este carné mediante los colores rojo, naranja, amarillo y verde señala la distribución de la desviación estándar alrededor de la mediana de la población de referencia. El color amarillo corresponde a -2DE punto de corte definido como desnutrición leve, el naranja a -3 DE, desnutrición moderada y el rojo en -4DE, desnutrición grave .

Estado nutricional

Es el resultado del balance entre la disponibilidad de los alimentos y la utilización de nutrientes por el organismo, el desequilibrio de esta puede causar una mala nutrición; la misma que en intensidad y duración afectará el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.

Indicadores antropométricos

Permiten evaluar a los individuos directamente y comparar sus mediciones con un patrón de referencia generalmente aceptado a nivel internacional y así identificar el estado de nutrición, diferenciando a los individuos nutricionalmente

sanos de los desnutridos, con sobre peso y obesidad. Los indicadores antropométricos más utilizados son: peso-talla, talla-edad y peso-edad, en niños.

Obesidad

Es un problema de salud caracterizado por el exceso de grasa corporal en el cuerpo de los niños y niñas. “Dicho nivel de adiposidad supone todo un condicionante para salud general y bienestar, predisponiéndole su su a sufrir otras patologías secundarias y asociadas.

Sobrepeso

El sobrepeso es la condición de poseer más grasa corporal de la que se considera saludable en relación con la estatura.

2.4. Formulación de hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

- ✓ H_a : Existe relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017.
- ✓ H_0 : No existe relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017

2.4.2. Hipótesis específica

- H_{a1} : Existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y los tipos de alimentación que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin Pasco 2017.
- H_{01} : No existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y

los tipos de alimentación que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin Pasco 2017.

- H_{a2} : Existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y la calidad y frecuencia de consumo de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin Pasco 2017.
- H_{02} : No existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y la calidad y frecuencia de consumo de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin Pasco 2017.
- H_{a3} : Existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y la higiene y manipulación de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017.
- H_{03} : No existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y la higiene y manipulación de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017.

2.5. Identificación de las variables

2.5.1. Variable independiente

Nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria.

2.5.2. Variable dependiente

Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses

2.6. Definición operacional de variables e indicadores

Tabla 1 Definición de variables e indicadores

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Variable independiente Conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria	Periodo durante el cual otros alimentos o líquidos son provistos al niño pequeño, Juntamente con la lactancia materna	Se evaluará la edad en la que se incorporó el primer alimento en la dieta del niño. A su vez se indagará sobre los distintos tipos de alimentos incorporados en la dieta del menor y quién es el encargado de su alimentación.	Tipos de alimentos Calidad de los alimentos Frecuencia y calidad Higiene y manipulación de los alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de conocimiento alto: 16-20 puntos • Nivel de conocimiento medio: 11 -15 puntos • Nivel de conocimiento bajo: 1 -10 puntos 	Ordinal
Variable dependiente Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses	Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes (Alimentación y nutrición).	Situación en la que se encuentran los niños participantes en el estudio en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Se evaluará el peso y la longitud corporal. Luego se compararán los datos obtenidos con las tablas correspondientes, para determinar el estado nutricional del niño según los estándares de referencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Genero • Edad • Peso • Talla 	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino <p>Peso/edad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal • Sobrepeso • Desnutrición <p>Peso/talla</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal • Sobrepeso • Obesidad • Desnutrición • Aguda • Desnutrición crónica <p>Talla/edad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal • Talla baja • Talla alta 	Ordinal

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es descriptiva, por cuanto presenta sistemáticamente las características o rasgos distintivos de los hechos y fenómenos que se estudia (variables) (Carrasco, 2006).

3.1.1. Nivel de investigación

El nivel de investigación es correlacional porque tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre el nivel de conocimiento sobre alimentación y el estado nutricional (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

3.2. Métodos de investigación

Método es deductivo ya que se usó la recolección de datos para probar la hipótesis, con base en la numeración y el análisis estadístico (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

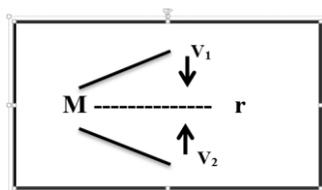
3.3. Diseño de Investigación

La siguiente investigación es correlacionar - transversal, correlacional, porque examina las relaciones entre las variables en un

momento determinado. Transversal porque recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único.

Según Hernández, Fernández y Batista (2010). La representación del diseño de la investigación es la siguiente:

Gráfico 1 Diseño de investigación



SÍMBOLO	DÓNDE	ES
M	Muestra	M
V₁	Variable 1	Nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria.
V₂	Variable 2	Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses
R	Relación	Relación entre V ₁ y V ₂

Tabla 2: Diseño de investigación

3.4. Población y Muestra

3.4.1. Población

En la presente investigación, la población estuvo conformada por las madres de niños de 250 que acuden mensualmente al Centro de Salud de Uliachin con atenciones regulares.

3.4.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por muestreo por conveniencia constituido por 25 madres de niños de 6 a 36 meses de edad que acuden al Centro de Salud Uliachin. La técnica de muestreo utilizado es no probabilística, ya que se

desconoce las probabilidades de selección de cada elemento de la población y de tipo: intencionalidad pues se considerará a las madres que acuden al Centro de Salud Abril a Setiembre del 2017.

Los criterios de exclusión e inclusión son los siguientes:

Criterios de inclusión Para la madre

- ✓ Madres que aceptan participar en el estudio.
- ✓ Madres que hablen castellano.

Para el niño

- ✓ Niños de 6 a 36 meses de edad.
- ✓ Niños nacidos a término.

Criterios de exclusión Para la madre

- ✓ Madres quechua hablantes.
- ✓ Madres que no deseen participar del estudio.
- ✓ Madres que no cuenten con carne de CRED.

Para el niño

- ✓ Niños menores a 6 meses y mayores a 36 meses de edad.
- ✓ Niños prematuros.
- ✓ Niños que hayan tenido o estén cursando una enfermedad aguda en los últimos 3 meses.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- ✓ Ficha observación
- ✓ Lista de cotejo
- ✓ Ficha de Entrevista
- ✓ Cuestionarios
- ✓ Fichas cuestionario

- ✓ Ficha de evaluación de la matriz de consistencia

3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

- Técnica de la encuesta-cuestionario - Que se aplicará simultáneamente a cada uno de los participantes, para medir el nivel de conocimientos en el pre test y el post test, y en las actitudes correspondientes.
- Observación participante - Para registrar la información correspondiente a las habilidades del participante.

3.7. Tratamiento estadístico

Se realizarán las siguientes estimaciones de parámetros y pruebas de hipótesis

- ✓ Promedios.
- ✓ Varianzas.
- ✓ Desviaciones.

Promedios

- ✓ Se estimarán los promedios correspondientes a las evaluaciones de conocimientos, habilidades y actitudes.

Varianzas

- ✓ Se estimarán las varianzas correspondientes a las mismas evaluaciones que en el caso anterior.

Desviaciones

- ✓ Se estimarán las desviaciones con la finalidad de determinar los coeficientes de variabilidad correspondientes a las evaluaciones de conocimientos, habilidades y actitudes.

3.8. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación

Se aplicó el coeficiente alfa de Cron Bach por tratarse de valores

politómicos, obteniéndose los valores siguientes por cada instrumento.

Tabla 3 Resultados de aplicación de alfa de Cron Bach

Casos procesados				Valores por variable																
<p style="text-align: center;">Resumen de procesamiento de casos</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">N</th> <th style="width: 10%;">%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Casos</td> <td>Válido</td> <td style="text-align: center;">25</td> <td style="text-align: center;">100,0</td> </tr> <tr> <td>Excluido^a</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">,0</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Total</td> <td style="text-align: center;">25</td> <td style="text-align: center;">100,0</td> </tr> </tbody> </table> <p>a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.</p>						N	%	Casos	Válido	25	100,0	Excluido ^a	0	,0	Total		25	100,0	<p>Nivel de Conocimiento Materno sobre la Alimentación Complementaria</p>	
						N	%													
				Casos	Válido	25	100,0													
Excluido ^a	0	,0																		
Total		25	100,0																	
				<p>Estadísticas de fiabilidad</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Alfa de Cronbach</th> <th style="width: 50%;">N de elementos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">,876</td> <td style="text-align: center;">25</td> </tr> </tbody> </table>		Alfa de Cronbach	N de elementos	,876	25											
Alfa de Cronbach	N de elementos																			
,876	25																			
				<p>Estado Nutricional del Niño de 6 a 36 meses</p>																
				<p>Estadísticas de fiabilidad</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Alfa de Cronbach</th> <th style="width: 50%;">N de elementos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">,831</td> <td style="text-align: center;">25</td> </tr> </tbody> </table>		Alfa de Cronbach	N de elementos	,831	25											
Alfa de Cronbach	N de elementos																			
,831	25																			

De los valores para la $V1 = 0,876$ y $V2 = 0,831$ se puede apreciar de acuerdo a la tabla de valores que se ha obtenido la calificación de adecuado para cada instrumento aplicado por cada variable de estudio.

Tabla 4 Criterios de interpretación del coeficiente de Alfa de Cronbach

Criterios de interpretación del coeficiente de Alfa de Cronbach	
valores de Alfa	Interpretación
0.90 – 1.00	Se califica como muy satisfactoria
0.80 – 0.89	Se califica como adecuada
0.70 – 0.79	Se califica como moderada
0.60 – 0.69	Se califica como baja
0.50 – 0.59	Se califica como muy baja
<0.50	Se califica como no confiable

Fuente: Tomado de Ruíz Bolívar (2002).

3.9. Orientación ética

Para la realización del presente trabajo de investigación se contará con la previa autorización del director del Centro de Salud de Uliachin y la

Nutricionista del consultorio de Nutrición, así como del consentimiento informado de las madres en el cual se les informará acerca del estudio, los objetivos de la investigación, los fines netamente científicos y el total anonimato de las encuestas a realizar.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DUSCUSION

4.1. Descripción del trabajo de campo

En el desarrollo del trabajo de investigación, se emplearon los métodos estadísticos estipulados por la matriz de consistencia y la operacionalización de variables, para ello se aplicó un cuestionario independiente para cada variable y las dimensiones correspondientes; con el único fin de reconocer los valores establecidos y hallados durante la aplicación de los cuestionarios a los 25 participantes, consistentes en 25 preguntas que fueron resueltas de manera “transversal o transaccional” por las madres de los niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud del barrio de Uliachin, que corresponde en su ubicación al distrito de Chaupimarca de la provincia de Pasco.

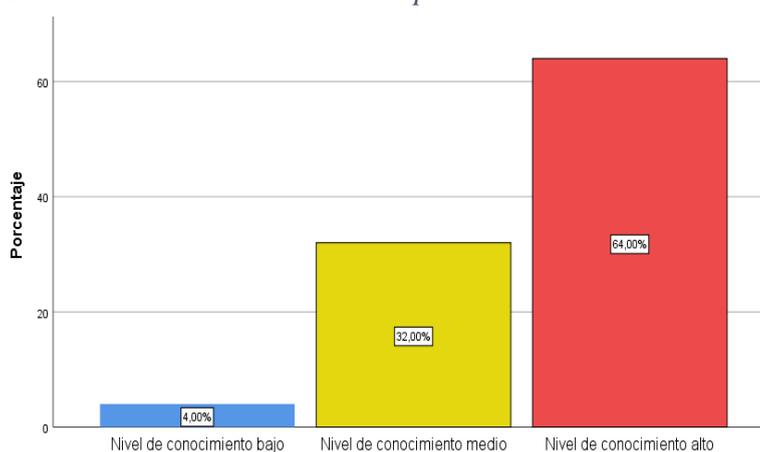
4.2. Presentación, análisis e interpretación de datos

Los resultados que a continuación se presentan de manera descriptiva, son los datos obtenidos por las variables y dimensiones identificadas para la evaluación estadística de acuerdo a porcentajes y frecuencias alcanzadas.

Cuadro 1 Distribución de datos de la variable Nivel de conocimiento materno sobre la alimentación complementaria

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nivel de conocimiento bajo	1	4,0	4,0	4,0
	Nivel de conocimiento medio	8	32,0	32,0	36,0
	Nivel de conocimiento alto	16	64,0	64,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Ilustración 1 Distribución de datos de la variable Nivel de conocimiento materno sobre la alimentación complementaria



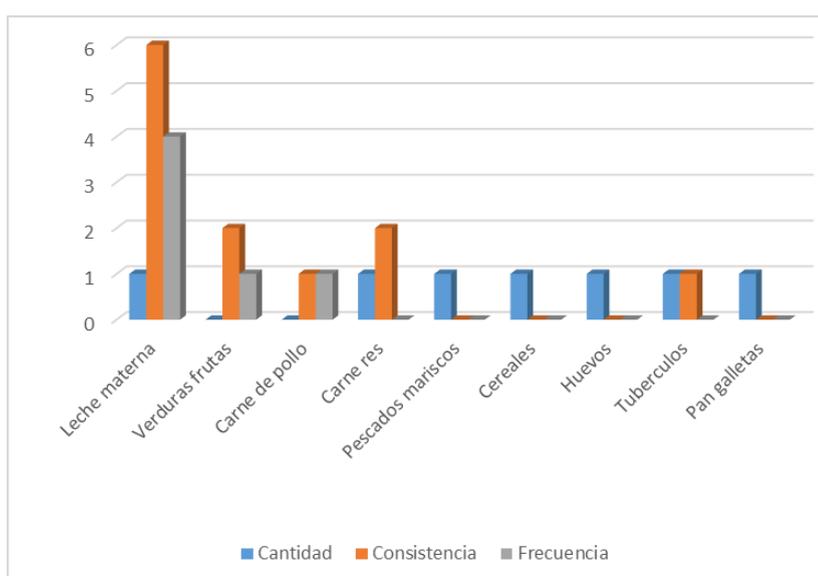
Interpretación

Encontrado los resultados que se presentan en el Cuadro N°1, de acuerdo a los niveles de conocimiento que se han establecido para definir la variable nivel de conocimiento materno sobre la alimentación complementaria, podemos observar que las madres encuestadas de acuerdo a los indicadores establecidos, tienen en un 4% conocimientos con nivel bajo sobre la alimentación complementaria; un 32% tiene un nivel medio sobre estos conocimientos y un 64% considerable ha alcanzado un alto nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria.

Cuadro 2 Alimentos con mayor consumo disponibles en el hogar

Indicador	Alimentos								
	Leche materna	Verduras frutas	Carne de pollo	Carne de res	Pescados mariscos	Cereales	Huevos	Tubérculos	Pan galletas
Cantidad	1	0	0	1	1	1	1	1	1
Consistencia	6	2	1	2	0	0	0	1	0
Frecuencia	4	1	1	0	0	0	0	0	0
Total	11	3	2	3	1	1	1	2	1
%	44	12	8	12	4	4	4	8	4

Ilustración 2 Alimentos con mayor consumo disponibles en el hogar



Interpretación

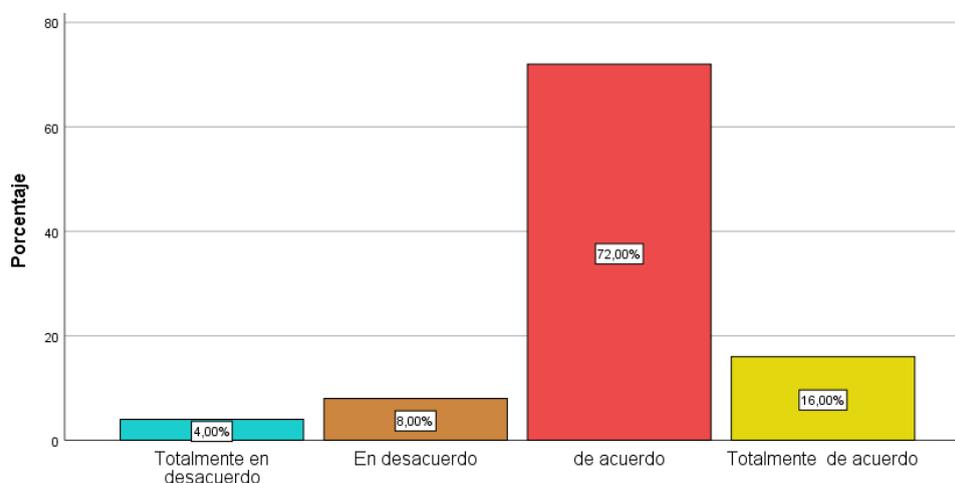
De acuerdo al Cuadro N° 2; se puede observar los alimentos que mayor frecuencia de consumo por parte de los niños de 6 a 36 meses de edad, observando que las madres proporcionan el consumo de la leche materna es primordial para los niños con un 44%, un 12% prefiere alimentar con verduras cocinadas como el zapallo, las espinacas, entre otros vegetales, lo que complementa con 12% carnes de res o el hígado de animales en purés, complementado también con un 8% que prefiere alimentara sus

menores hijos con la carne de pollo y sus derivados; esto demuestra que las madres asistentes a la posta de Uliachin viene variando la alimentación de sus hijos, complementando con otros productos para su mayor nutrición de manera paulatina, tal es el caso del empleo de los tubérculos como la papa, cereales, huevos y otros productos nativos de la región, considerando como indicadores de consumo, la cantidad, la constancia de la alimentación y la frecuencia de la alimentación dentro del hogar.

Cuadro 3 Distribución de datos de la dimensión tipos de alimento

Frecuencia		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	1	4,0	4,0
	En desacuerdo	2	8,0	12,0
	de acuerdo	18	72,0	84,0
	Totalmente de acuerdo	4	16,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0

Ilustración 3 Distribución de datos de la dimensión tipos de alimento



Interpretación

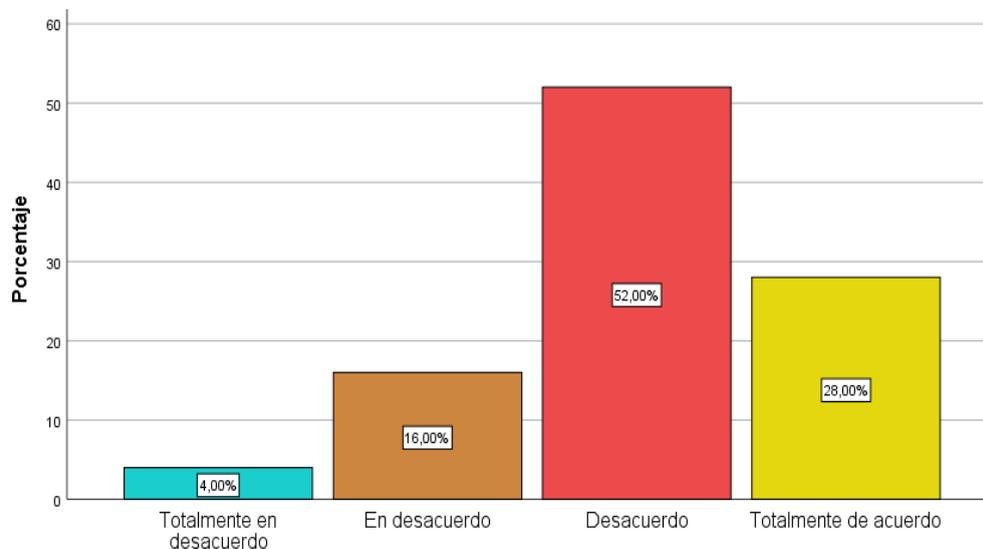
De los resultados que se presentan en el Cuadro N°3, de acuerdo a los tipos de alimento que se suministra a los niños de 6 a 36 meses por parte de sus madres, se han encontrado los resultados siguientes; De acuerdo a las encuestadas considerando los indicadores establecidos, un 4% menciona que está en Total desacuerdo que los tipos de alimento que se les da de comer a los niños no son

importantes para una alimentación complementaria; un 8% de las encuestadas se encuentra en desacuerdo con la proposición que los tipos de alimento ayudan a una alimentación complementaria; un 72% de las encuestadas mencionan significativamente que los tipos de alimentos ayudan una alimentación complementaria y un 16% se encuentra Totalmente de acuerdo con reconocer que los tipos de alimento son considerados como una buena fuente de alimentación complementaria para los niños de 6 a 36 meses que se controlan en el centro de salud de Uliachin de la provincia de Pasco.

Cuadro 4 Distribución de datos de la de la dimensión calidad y frecuencia de consumo de alimentos

Frecuencia		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	1	4,0	4,0
	En desacuerdo	4	16,0	20,0
	Desacuerdo	13	52,0	72,0
	Totalmente de acuerdo	7	28,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0

Ilustración 4 Distribución de datos de la de la dimensión calidad y frecuencia de consumo de alimentos



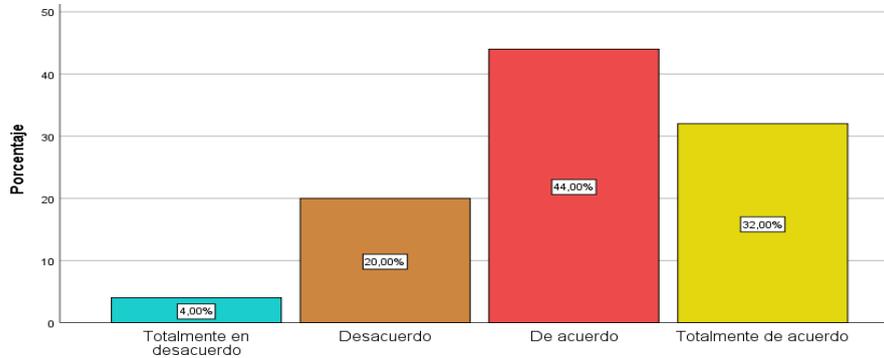
Interpretación

De los resultados que se presentan en el Cuadro N°4, de acuerdo a la calidad y frecuencia con que se consume los alimentos que se da de comer a los niños de 6 a 36 meses por parte de sus madres, se han encontrado los resultados siguientes; De acuerdo a las encuestadas considerando los indicadores establecidos, un 4% menciona que están Total desacuerdo que la calidad y la frecuencia que se les da de comer a los niños noson importantes para una alimentación complementaria; un 16% de las encuestadas se encuentra en Desacuerdo con la proposición que la calidad y frecuencia de alimentación ayudan a una alimentación complementaria; un 52% de las encuestadas mencionan significativamente que la calidad y frecuencia de alimentos que se brindad a los niños ayudan una alimentación complementaria y un 28% se encuentra Totalmente de acuerdo con reconocer que la calidad y frecuencia de alimentos son considerados como una buena fuente de alimentación complementaria para los niños de 6 a 36 meses que se controlan en el centro de salud de Uliachin de la provincia de Pasco.

Cuadro 5 Distribución de datos de la dimensión higiene y manipulación de alimentos

Frecuencia		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	1	4,0	4,0
	Desacuerdo	5	20,0	24,0
	De acuerdo	11	44,0	68,0
	Totalmente de acuerdo	8	32,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0

Ilustración 5 Distribución de datos de la dimensión higiene y manipulación de alimentos



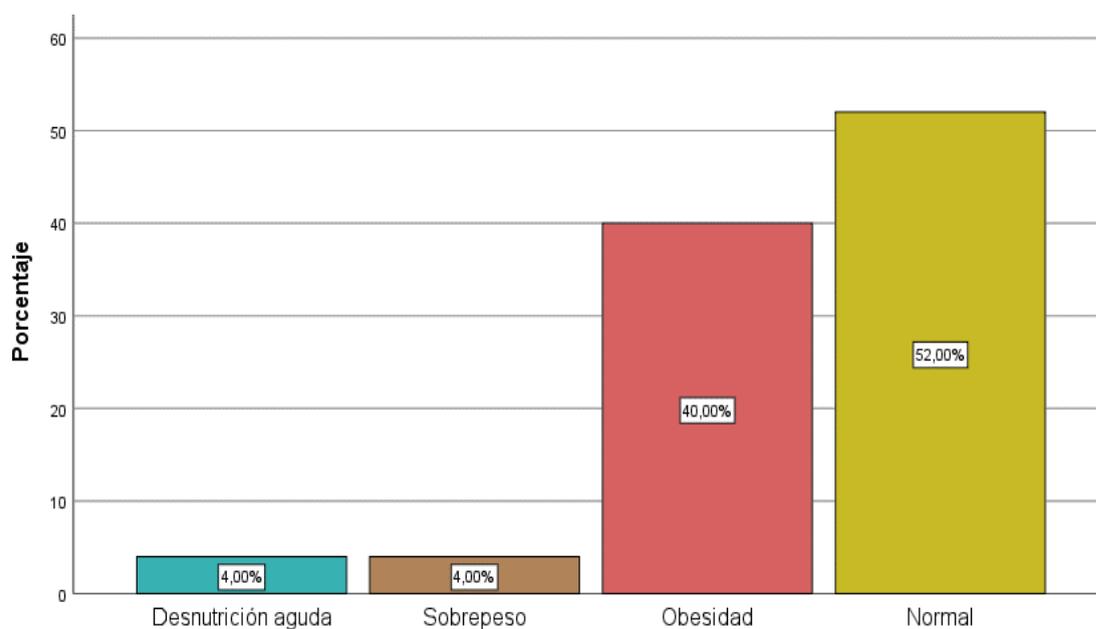
Interpretación

De los resultados que se presentan en el Cuadro N°5, de acuerdo a la higiene y manipulación de los alimentos que se da de comer a los niños de 6 a 36 meses por parte de sus madres, se han encontrado los resultados siguientes; De acuerdo a las encuestas considerando los indicadores establecidos,; un 4% menciona que está en Total desacuerdo que la higiene y manipulación de los alimentos que se les da de comer a los niños no son importantes para una alimentación complementaria; un 20% de las encuestadas se encuentra en Desacuerdo con la proposición que higiene y manipulación de los alimentos ayudan a alcanzar una alimentación complementaria; un 44% de las encuestadas mencionan significativamente De acuerdo que higiene y manipulación de alimentos que se brindan a los niños ayudan a conseguir una alimentación complementaria y un 32% se encuentra Totalmente de acuerdo con reconocer que higiene y manipulación de los alimentos brindan una adecuada alimentación complementaria para los niños de 6 a 36 meses que se controlan en el centro de salud de Uliachin de la provincia de Pasco.

Cuadro 6 Distribución de datos de la variable estado nutricional del niño de 6 a 36 meses

Frecuencia		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Desnutrición aguda	1	4,0	4,0
	Sobrepeso	1	4,0	8,0
	Obesidad	10	40,0	48,0
	Normal	13	52,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0

Ilustración 6 Distribución de datos de la variable estado nutricional del niño de 6 a 36 meses



Interpretación

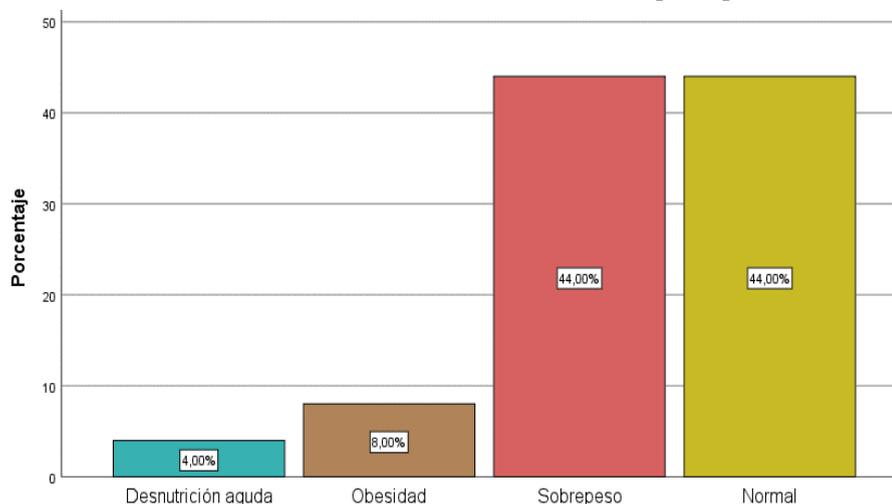
Encontrado los resultados que se presentan en el Cuadro N° 6, de acuerdo a los niveles establecidos para definir la variable estado nutricional de los niños de 6 a 36 meses considerando su peso para su edad, peso para la talla y talla para la edad; podemos observar que un 4% de los niños evaluados en su estado de nutrición muestran una desnutrición aguda; un 4% muestra un sobrepeso; un

40% presenta obesidad considerando su alimentación y un 52% de los niños que se atienden en el Centro de Salud Uliachin, tienen un estado nutricional normal.

Cuadro 7 Distribución de datos de la dimensión peso para la edad

Frecuencia		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Desnutrición aguda	1	4,0	4,0
	Obesidad	2	8,0	12,0
	Sobrepeso	11	44,0	56,0
	Normal	11	44,0	100,0
Total		25	100,0	100,0

Ilustración 7 Distribución de datos de la dimensión peso para la edad



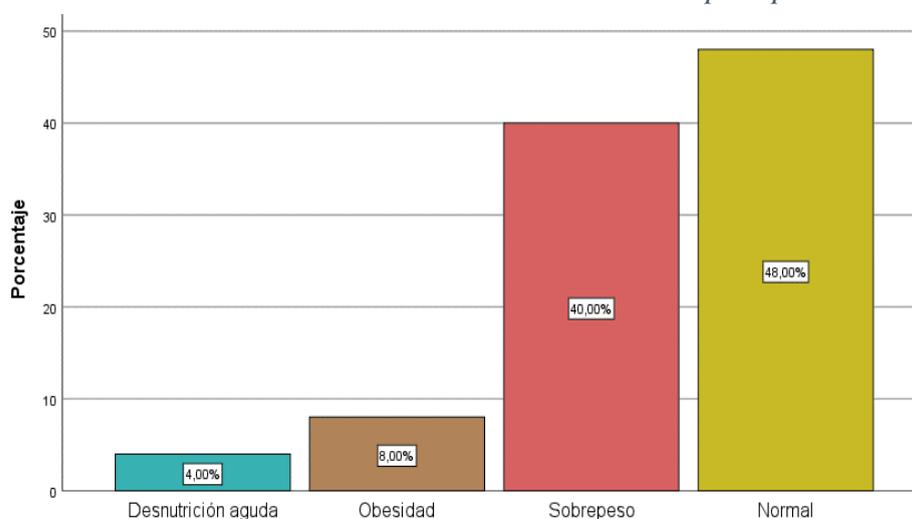
Interpretación

De los resultados que se presentan en el Cuadro N°7, de acuerdo a los niveles establecidos para definir la variable estado nutricional de los niños de 6 a 36 meses considerando su peso para su edad, se han obtenido los resultados siguientes; se ha encontrado un 4% de niños con desnutrición aguda, esto relacionado con su alimentación; un 8% de los niños muestran un estado de obesidad; un 44% de los niños muestran niveles de sobrepeso y un 44% se encuentra un estado normal en cuanto a la relación con su peso para su edad en el centro de salud de Uliachin de la provincia de Pasco.

Cuadro 8 Distribución de datos de la dimensión peso para la talla

Frecuencia		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Desnutrición aguda	1	4,0	4,0
	Obesidad	2	8,0	12,0
	Sobrepeso	10	40,0	52,0
	Normal	12	48,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0

Ilustración 8 Distribución de datos de la dimensión peso para la talla



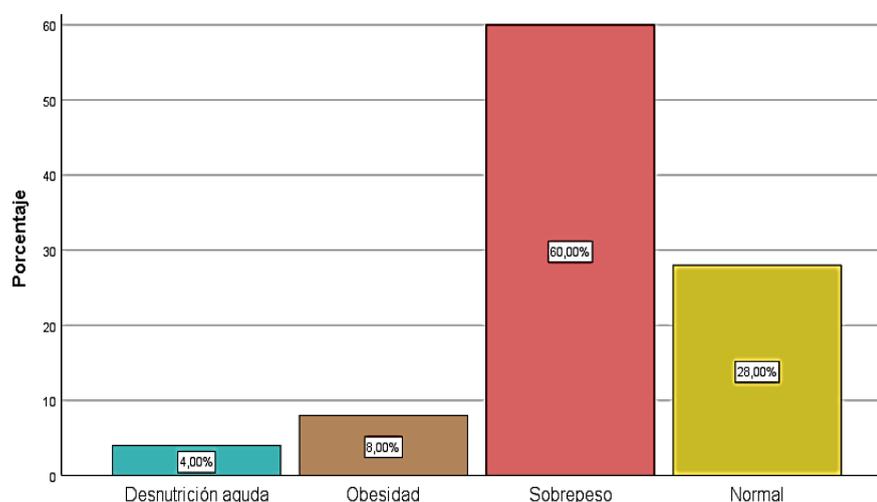
Interpretación

De los resultados que se presentan en el Cuadro N°8, de acuerdo a los niveles establecidos para definir la variable estado nutricional de los niños de 6 a 36 meses considerando su peso para su talla, se han obtenido los resultados siguientes; se ha encontrado un 4% de niños con desnutrición aguda considerando este indicador; un 8% de los niños muestran un estado de obesidad; un 40% de los niños muestran niveles desobrepeso y un 48% se encuentra un estado normal en cuanto a la relación con su peso para su talla en el centro de salud de Uliachin de la provincia de Pasco.

Cuadro 9 Distribución de datos de la dimensión talla para su edad

Frecuencia		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Desnutrición aguda	1	4,0	4,0
	Obesidad	2	8,0	12,0
	Sobrepeso	15	60,0	72,0
	Normal	7	28,0	100,0
Total		25	100,0	100,0

Ilustración 9 Distribución de datos de la dimensión talla para su edad



Interpretación

De los resultados que se presentan en el Cuadro N°9, de acuerdo a los niveles establecidos para definir la variable estado nutricional de los niños de 6 a 36 meses considerando su talla para su edad, se han obtenido los resultados siguientes; se ha encontrado un 4% de niños con desnutrición aguda considerando este indicador; un 8% de los niños muestran un estado de obesidad; un 60% de los niños muestran niveles desobrepeso y un 28% se encuentra un estado normal en cuanto a la relación con su peso para su talla en el centro de salud de Uliachin de la provincia de Pasco.

4.2.1. Datos estadísticos por variable

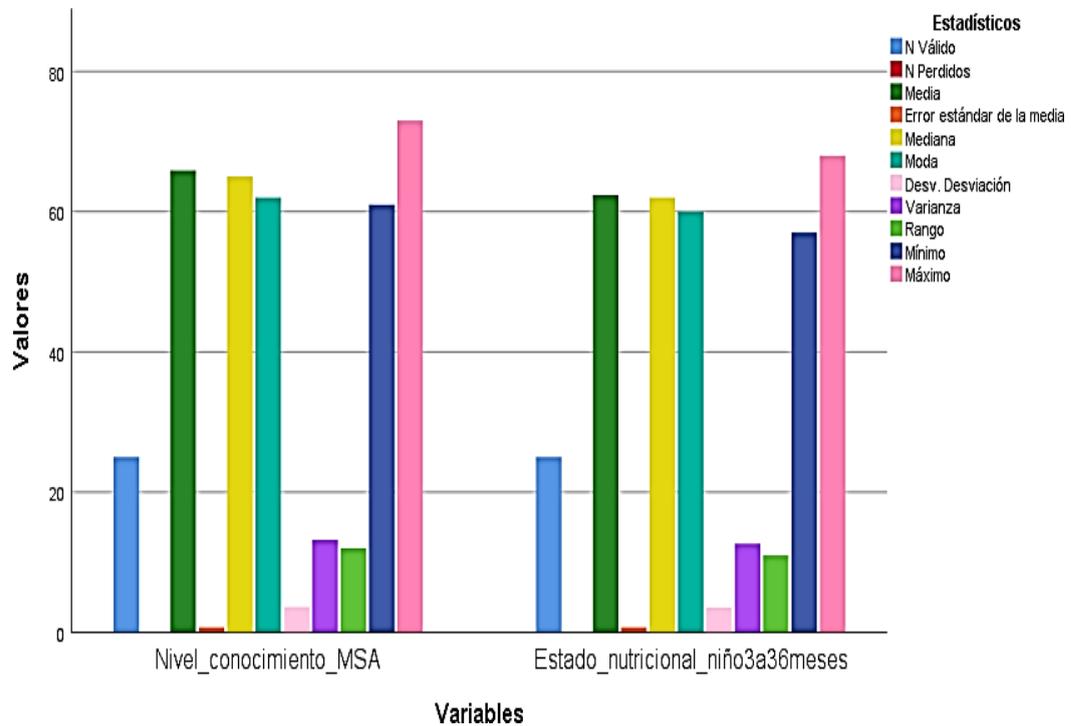
A continuación, se presentan los datos estadísticos alcanzados por la acumulación de datos de las variables en cuanto a los cuestionarios resueltos y los valores establecidos para el desarrollo de estas, considerando la distribución de la media y la desviación estándar, obteniendo los siguientes resultados.

Cuadro 10 Estadísticos comparativos por variable

		Nivel conocimiento MSA	Estado nutricional niño 6 a 36meses
N	Válido	25	25
	Perdidos	0	0
Media		65,88	62,40
Error estándar de la media		,726	,712
Mediana		65,00	62,00
Moda		62 ^a	60
Desv. Desviación		3,632	3,559
Varianza		13,193	12,667
Rango		12	11
Mínimo		61	57
Máximo		73	68

Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Ilustración 10 Estadísticos comparativos por variable



Interpretación

Se puede observar en la distribución de los 9 estadísticos primordiales por variable, para considerar las mediciones y pruebas de hipótesis, obteniendo medidas con muy poca diferencia de puntuaciones, lo que amerita la distribución estadística normal.

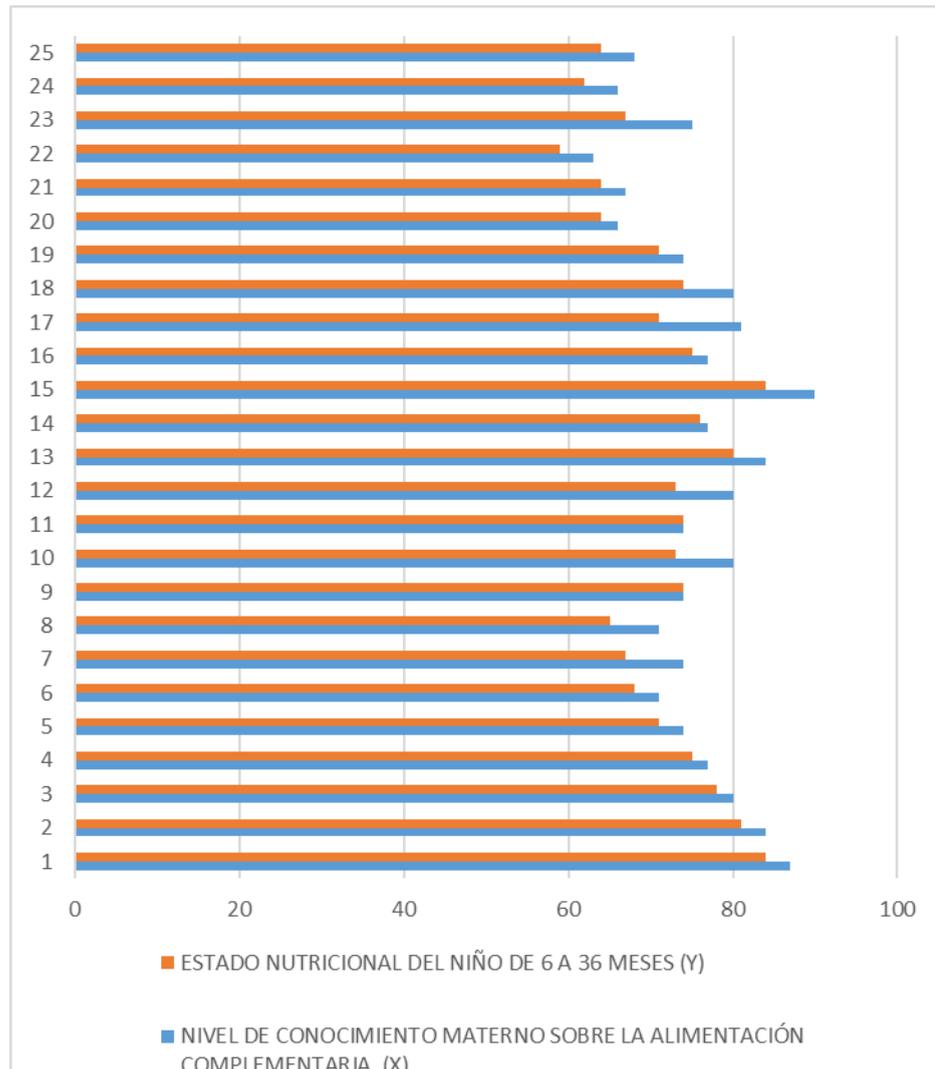
4.2.2. Estadígrafos por variable

La presentación de los estadígrafos nos indican los valores acumulados por ítems en relación con la cantidad de encuestados, lo que ha de determinar la medición correlacional de las variables y la prueba de decisión de las hipótesis.

Cuadro 11 Estadígrafos por variable

Nº	NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (X)	ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 A 36 MESES (Y)	(X)	(Y)	(XY)
1	87	84	7569	7056	14797
2	84	81	7056	6561	13784
3	80	78	6400	6084	28581
4	77	75	5929	5625	11710
5	74	71	5476	5041	10667
6	71	68	5041	4624	22377
7	74	67	5476	4489	10113
8	71	65	5041	4225	9410
9	74	74	5476	5476	19523
10	80	73	6400	5329	11892
11	74	74	5476	5476	11111
12	80	73	6400	5329	23003
13	84	80	7056	6400	13633
14	77	76	5929	5776	11872
15	90	84	8100	7056	25505
16	77	75	5929	5625	11722
17	81	71	6561	5041	11771
18	80	74	6400	5476	23493
19	74	71	5476	5041	10681
20	66	64	4356	4096	8602
21	67	64	4489	4096	19283
22	63	59	3969	3481	7594
23	75	67	5625	4489	10279
24	66	62	4356	3844	17873
25	68	64	4624	4096	8877
Total	1894	1794	144610	129832	8877

Ilustración 11 Estadígrafos por variable



Interpretación

De acuerdo a los valores de los estadígrafos de las variables, se puede observar una diferencia no tan pronunciada entre los valores acumulados por los ítems y la cantidad de encuestados, lo que denota una correlación muy alta entre las variables.

4.3. Prueba de hipótesis

4.3.1. Condiciones de la prueba de hipótesis

El desarrollo de la prueba de hipótesis, tanto general como específicas tiene que tener como condiciones especiales los siguientes valores estadísticos:

Tabla 5 Desarrollo de la prueba de hipótesis

Valores		
Confianza	Margen de error	Valor crítico
95%	0,05 0 5%	1,96 (dos colas)

Prueba de normalidad.

La prueba de normalidad determino la distribución de los datos de manera normal o paramétrica para decidir la prueba de hipótesis o estadístico con lo que se ha probar. Para la muestra que se ha considerado en esta investigación, por tratarse de una muestra de pequeña de 25 participantes se empleara la prueba de Shapiro Wik, considerando el valor de significancia como límite de decisión $p = 0,05$; se obtuvo un valor por variable de (V1: $\text{sig} = 0,144 > 0,05$ y V2: $\text{sig} = 0,122 > 0,05$), lo que demuestra que se trata de una distribución “Normal paramétrica” de los datos, lo que indica el empleo de la prueba de correlación “r” de Pearson y “t” Student para decisión.

Cuadro 12 Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Nivel_conocimiento_MSA	,165	25	,200	,917	25	,144
Estado_nutricional_niño 6 a 36meses	,185	25	,200	,904	25	,122

Corrección de significación de Lilliefors

4.3.2. Prueba de la hipótesis general

4.3.2.1. Presentación de la hipótesis.

Hipótesis alterna H₁

Existe relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017.

Hipótesis alterna H₀

No existe relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017.

Prueba de correlación “r” Pearson.

Cuadro 13 Correlación de variables

		Nivel_conocimien to_MSA	Estado_nutriciona l_niño6a36meses
Nivel_conocimiento_MSA	Correlación de Pearson	1	,935**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	25	25
Estado_nutricional_niño 6 a 36m eses	Correlación de Pearson	,935**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	25	25

La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

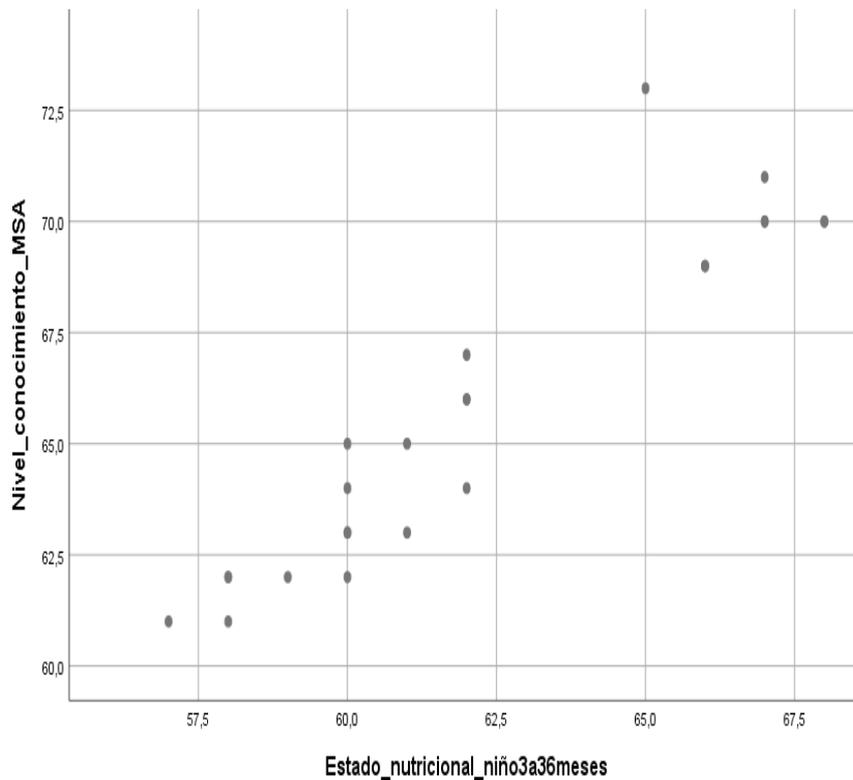
Se observa que el valor de la correlación obtenida entre las variables nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses es de $r=0,935$; lo que de acuerdo a la tabla de valores de (Tabachnick, 2013) corresponde a una correlación muy alta.

Ilustración 12 Correlación entre variables

$r = 1$	correlación perfecta.
$0.8 < r < 1$	correlación muy alta
$0.6 < r < 0.8$	correlación alta
$0.4 < r < 0.6$	correlación moderada
$0.2 < r < 0.4$	correlación baja
$0 < r < 0.2$	correlación muy baja
$r = 0$	correlación nula

Dispersión de datos.

Ilustración 13 Dispersión de datos de las variables



Interpretación

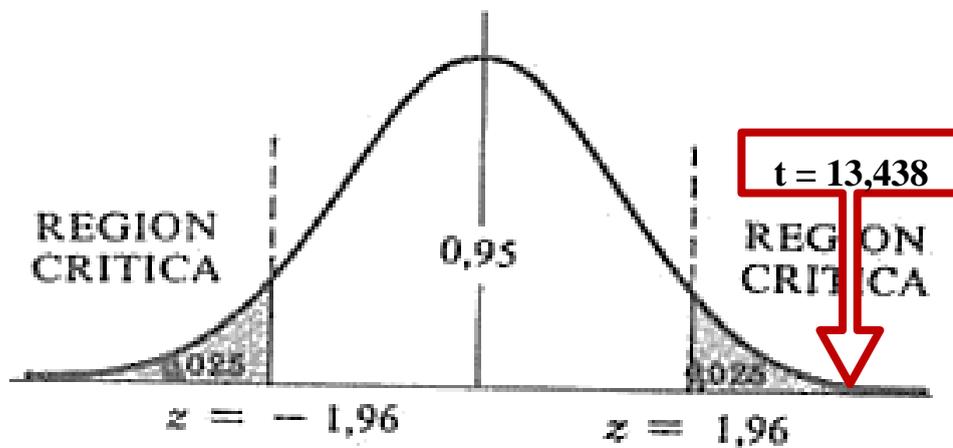
Se puede observar una correlación positiva alta a la derecha de estudio, en base al cruce de datos entre las variables de los estadígrafos.

Prueba de decisión “t” Student y curva de Gauss.

Cuadro 14 Prueba t para las variables

DIFERENCIAS EMPAREJADAS									
		Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig.(bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	Nivel de conocimiento de MSA Estado nutricional del niño 6 a 36 meses.	3,480	1,295	,259	2,946	4,014	13,438	24	,000

Ilustración 14 Ubicación del valor t de las variables



Decisión estadística.

Ejecutado la prueba de correlación entre la variables de estudio obteniendo un valor de $r=0,935$; que corresponde a una correlación muy alta, y encontrado el valor $t = 13,438$ teniendo bajo referencia limite el valor critico de 1,96, que se ubica en la zona de rechazo de la hipótesis nula; por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna “Existe relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017”.

4.3.3. Prueba de la hipótesis específica N° 1

Presentación de la hipótesis.

Hipótesis alterna H_1

Existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y los tipos de alimentación que se presentan en el Centro de Salud de

Uliachin, Pasco 2017.

Hipótesis alterna H₀

No existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y los tipos de alimentación que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017.

Prueba de correlación “r” Pearson.

Cuadro 15 Correlación de la variable y el cuadro 1

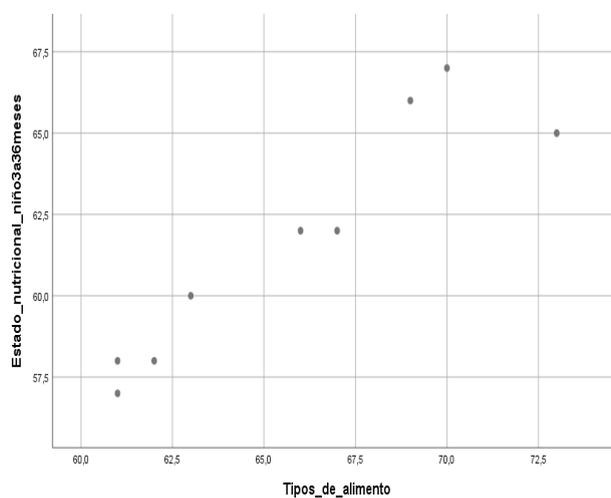
		Estado_nutricional_niño6a36meses	Tipos_de_alimento
Estado_nutricional_niño6a36meses	Correlación de Pearson	1	,930**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	25	9
Tipos_de_alimento	Correlación de Pearson	,930**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	9	9

La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación.

Se observa que el valor de la correlación obtenida entre la variable el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses y la dimensión tipos de alimento que se proporcionan es de $r=0,930$; lo que de acuerdo a la tabla de valores de (Tabachnick, 2013) corresponde a una correlación muy alta.

Ilustración 15 Correlación de la variable y el cuadro 1



Interpretación

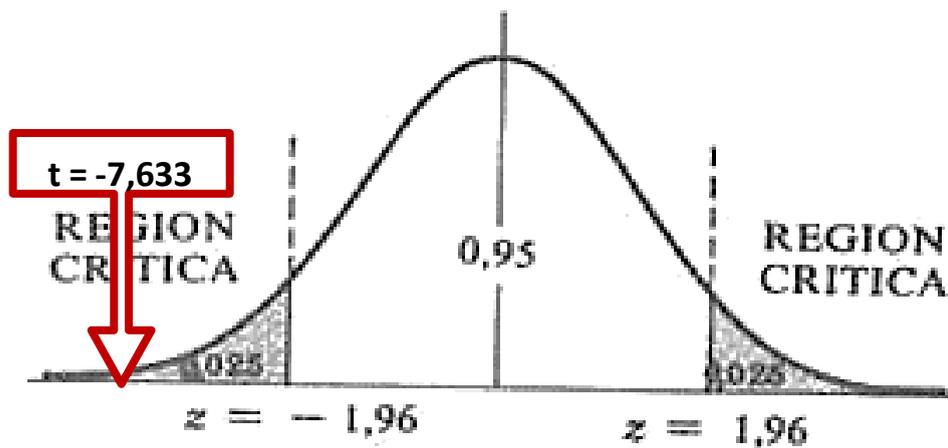
Se puede observar una correlación positiva alta a la derecha de estudio, en base al cruce de datos entre las variables de los estadígrafos.

Prueba de decisión “t” Student y curva de Gauss.

Cuadro 16 Prueba t para la variable y el cuadro 2

DIFERENCIAS EMPAREJADAS									
		Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig.(bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	Estado nutricional del niño 6 a 36 meses Tipos de alimento	-4,111	1,616	,539	-5,353	-2,869	-7,633	8	,000

Ilustración 16 Ubicación del valor t de la variable y el cuadro 2



Decisión estadística

Ejecutado la prueba de correlación entre la variable y dimensión uno de estudio obteniendo un valor de $r=0,930$; que corresponde a una correlación muy alta, y encontrado el valor $t = -7,633$ teniendo bajo referencia limite el valor critico de $-1,96$, que se ubica en la zona de rechazo de la hipótesis nula; por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna “Existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y los

tipos de alimentación que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017”.

4.3.4. Prueba de la hipótesis específica N° 2

Presentación de la hipótesis.

Hipótesis alterna H₁

Existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y la calidad y frecuencia de consumo de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017.

Hipótesis alterna H₀

No existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y la calidad y frecuencia de consumo de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017.

Prueba de correlación “r” Pearson.

Cuadro 17 Correlación de la variable y el cuadro 2

		Estado_nutricional_niño6a36meses	Calidad_frecuencia_de_consumo_alimentos
Estado_nutricional_niño6a36meses	Correlación de Pearson	1	,978**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	25	9
Calidad_frecuencia_de_consumo_alimentos	Correlación de Pearson	,978**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	9	9

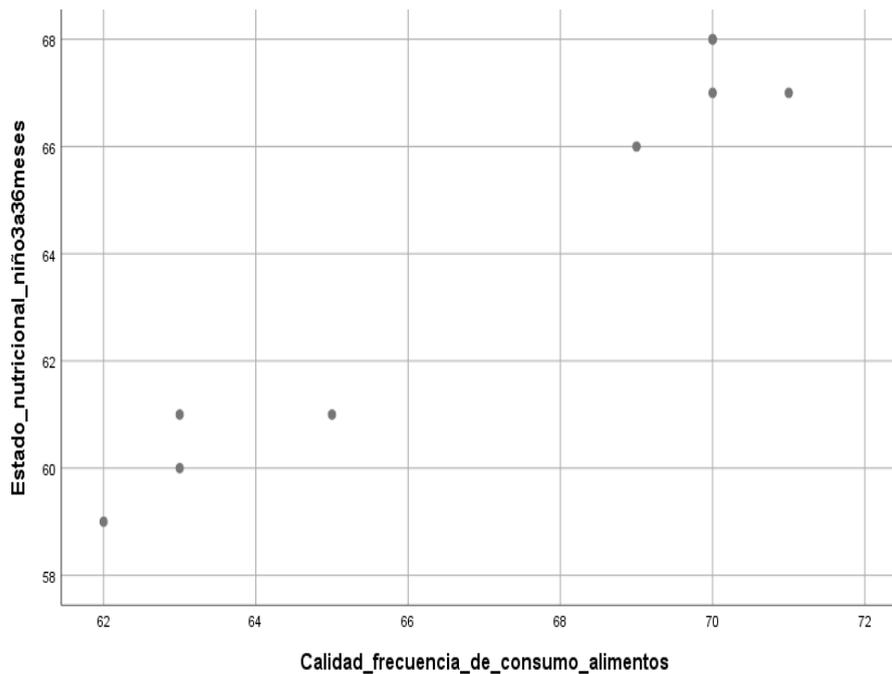
Interpretación.

Se observa que el valor de la correlación obtenida entre la variable el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses y la dimensión calidad y frecuencia de consumo de alimentos es de $r=0,978$; lo que de acuerdo a la tabla de valores de (Tabachnick, 2013) corresponde a una correlación muy alta.

$r = 1$	correlación perfecta.
$0'8 < r < 1$	correlación muy alta
$0'6 < r < 0'8$	correlación alta
$0'4 < r < 0'6$	correlación moderada
$0'2 < r < 0'4$	correlación baja
$0 < r < 0'2$	correlación muy baja
$r = 0$	correlación nula

Dispersión de datos

Ilustración 17 Dispersión de datos de la variable y cuadro 2



Interpretación

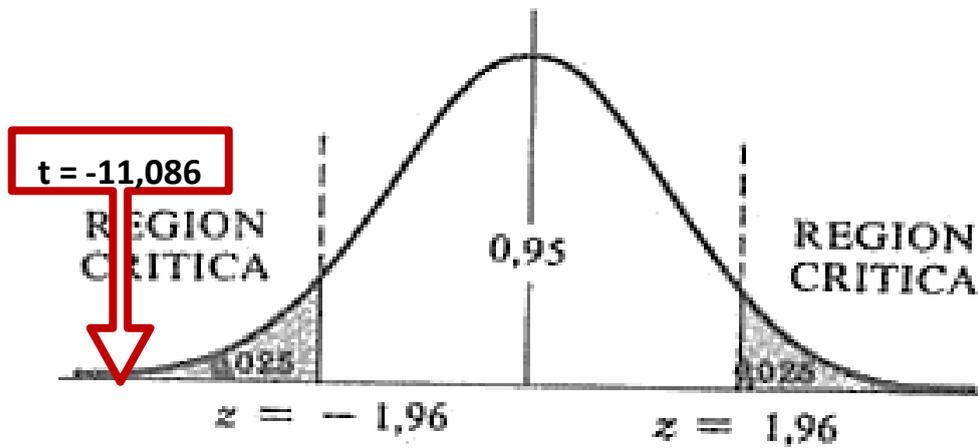
Se puede observar una correlación positiva alta a la derecha de estudio, en base al cruce de datos entre las variables de los estadígrafos.

Prueba de decisión "t" Student y curva de Gauss.

Cuadro 18 Prueba t para la variable y el cuadro 2

DIFERENCIAS EMPAREJADAS									
		Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig.(bilateral)
					Inferior	Superior			
Par 1	Estado nutricional niño de 6 a 36 meses Calidad frecuencia de consumo de alimentos	-2,889	,782	,261	-3,490	-2,288	-11,086	8	,000

Ilustración 18 Ubicación del valor t de la variable y el cuadro 2



Decisión estadística

Ejecutado la prueba de correlación entre la variable y dimensión uno de estudio obteniendo un valor de $r=0,978$; que corresponde a una correlación muy alta, y encontrado el valor $t = -11,086$ teniendo bajo referencia limite el valor critico de $-1,96$, que se ubica en la zona de rechazo de la hipótesis nula; por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna “Existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y la calidad y frecuencia de consumo de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco2017”.

4.3.5. Prueba de la hipótesis específica N° 3

Presentación de la hipótesis

Hipótesis alterna H_1

Existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y la higiene y manipulación de los alimentos que se presentan en el Centro

de Salud de Uliachin, Pasco 2017.

Hipótesis alterna H₀

No existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y la higiene y manipulación de los que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017.

Prueba de correlación “r” Pearson

Cuadro 19 Correlación de la variable y el cuadro 3

		Estado_nutricional_niño6a36meses	Higiene_manipulación_de_alimentos
Estado_nutricional_niño6a36meses	Correlación de Pearson	1	,897**
	Sig. (bilateral)		,006
	N	25	7
Higiene_manipulación_de_alimentos	Correlación de Pearson	,897**	1
	Sig. (bilateral)	,006	
	N	7	7

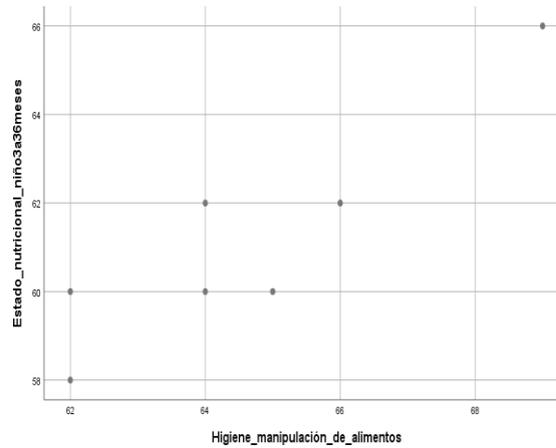
La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

Se observa que el valor de la correlación obtenida entre la variable el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses y la dimensión higiene y manipulación de los alimentos es de $r=0,897$; lo que de acuerdo a la tabla de valores de (Tabachnick, 2013) corresponde a una correlación muy alta.

Dispersión de datos.

Ilustración 19 Dispersión de datos de las variables



Interpretación

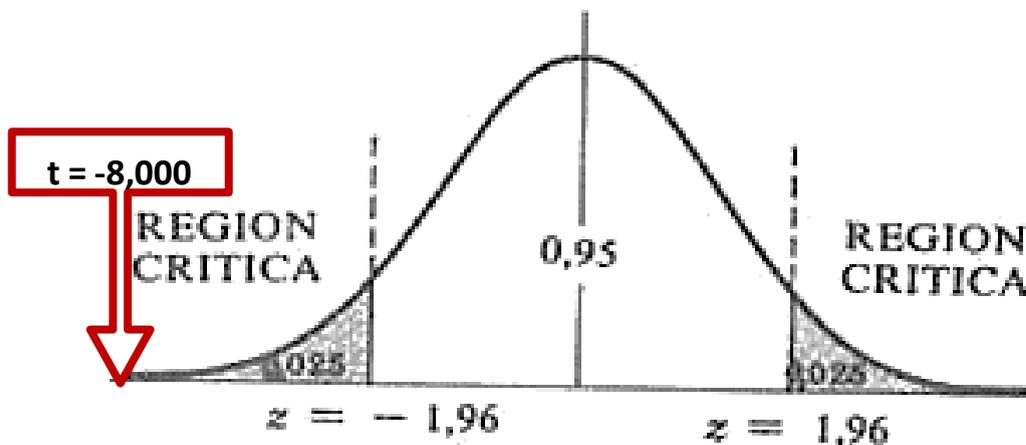
Se puede observar una correlación positiva alta a la derecha de estudio, en base al cruce de datos entre las variables de los estadígrafos.

Prueba de decisión “t” Student y curva de Gauss.

Cuadro 20 Prueba t para la variable y el cuadro 3

DIFERENCIAS EMPAREJADAS									
	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig.(bilateral)	
				Inferior	Superior				
Par 1	Estado nutricional niño de 6 a 36 meses	-3,429	1,134	,429	-4,477	-2,380	-8,000	6	,000
	Higiene manipulación de alimentos								

Ilustración 20 Ubicación del valor t de las variables



Decisión estadística

Ejecutado la prueba de correlación entre la variable y dimensión uno de estudio obteniendo un valor de $r=0,897$; que corresponde a una correlación muy alta, y encontrado el valor $t = -8,000$ teniendo bajo referencia límite el valor crítico de $-1,96$, que se ubica en la zona de rechazo de la hipótesis nula; por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna “Existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y la higiene y manipulación de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017”.

4.4. Discusión de resultados

Presentado todos los resultados obtenidos en la estadística descriptiva y las pruebas de hipótesis planteadas entre las variables y dimensiones establecidas, cumpliendo con demostrar los objetivos planteados se ha considerado en esta parte de la investigación la contratación de los resultados con los antecedentes de estudio para comparar los valores de manera que demuestren el aporte sustancial de nuestra investigación.

Considerando para ello la descripción de la hipótesis general planteada y sus correspondientes resultados en comparación al estudio realizado por Castro, (2016), En su investigación “Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S S.J.M 2015”; tuvo la finalidad de brindar información actualizada y veraz sobre el nivel de conocimientos que poseen las madres y el estado nutricional de sus niños, para que de esta manera se puedan ampliar los conocimientos sobre alimentación complementaria y la adopción de conductas de alimentación adecuada y saludable para el niño, concluyendo que:

Existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen

las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad.

El nivel de conocimientos que poseen las madres sobre alimentación complementaria en su mayoría es bajo.

El estado nutricional de la mayoría de los niños menores de 2 años de edad se encuentra entre desnutrición y sobrepeso, seguido de un significativo grupo de niños con estado nutricional normal.

Lo que demuestra que muchas de las madres poseen conocimientos sobre la alimentación y su nutrición es muy bajo, esto supone una mala orientación de la alimentación por parte de las profesionales de la salud o el desentendimiento de poner en práctica las orientaciones alimentarias de las madres, por lo que se reafirma que el estudio realizado demuestra una tendencia negativa en la alimentación complementaria en relación con la nutrición de los niños y niñas asistidos en este centro de salud.

Por tanto, en comparación con nuestros resultados obtenidos se puede demostrar que el valor $r=0,935$; que corresponde a una correlación muy alta, y encontrado el valor $t = 13,438$; se acepta la hipótesis alterna “Existe relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017”. Debido a que se puede demostrar que los valores descriptivos en el (Grafico N°1) se puede observar que un 64% de las madres encuestadas hacen referencia que poseen un nivel de conocimiento alto, en torno a los hábitos de alimentación adquiridas y puestas en práctica por las madres que se asisten en este centro de salud.

Considerando el planteamiento del objetivo de estudio y el planteamiento

de la hipótesis específica número uno, que concierne a la medición estadística de la variable el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses y la dimensión tipos de alimento que consume el menor de edad, se ha encontrado un trabajo de investigación que mantiene relación descriptiva y corresponde al autor León B. (2016); con su investigación “Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud de Revolución, Juliaca – 2015” cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre Conocimientos y Prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses, concluyendo el estudio; que existe correlación directa y significativa ($r=0,845$) entre los conocimientos y prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud la Revolución de la ciudad de Juliaca 2015, esto significa que a mayor conocimientos, existirá una mejor práctica lo que explicaría la importancia de la presente investigación afirmando el objetivo general, ya que mejorará las prácticas de alimentación complementaria. De los resultados obtenidos por esta investigación se puede identificar que los conocimientos adquiridos por las madres ayudan a mejorar las prácticas alimentarias proporcionando los tipos de alimentos que son recomendadas de manera complementaria a la alimentación de los niños.

En comparación con los datos obtenidos en la presente investigación, se ha hallado un valor de $r=0,930$; que corresponde a una correlación muy alta, y encontrado el valor $t = -7,633$; por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna “Existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y los tipos de alimentación que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017”. Lo que demuestra que los niveles de correlación obtenidas en comparación con el

estudio realizado por León B. (2016); son mucho más altos, por lo que nuestro estudio puede asumirse como un referente de buenas prácticas en el manejo y orientación del consumo de los tipos de alimento que consume el menor de edad.

De la hipótesis específica número dos, entorno al resultado alcanzado por el autor Jiménez. (2008), En su investigación denominada “Inicio de la Alimentación Complementaria y Estado Nutricional en Lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza”. Tiene como objetivo: Identificar el inicio de la alimentación complementaria en lactantes menores de 12 meses de edad, identificar el estado nutricional de los lactantes al inicio de la alimentación complementaria, concluyendo que los lactantes que iniciaron la alimentación complementaria tardía (después de los 7 meses), tienen mayor índice de Desnutrición de I°, que los lactantes que iniciaron una alimentación precoz (antes de los 6 meses) y normal (6 meses). Los lactantes pueden estar influenciado por la calidad de los alimentos, por estadios salud-enfermedad y otras variables que requieren mayor análisis. Estas conclusiones demuestran que la calidad de los alimentos tiene mucha importancia en el desarrollo nutricional de los niños sobre todo al proporcionarles durante los primeros meses de vida, ante esta. situación las pruebas ejecutadas por la presente investigación han demostrado todo lo contrario con la aceptación de la hipótesis nula y negando esta proposición.

De la prueba de hipótesis específica dos ejecutada a en nuestra investigación, se puede observar de manera significativa en el (Cuadro N° 14) una correlación muy alta entre la variable de estudio y la dimensión, por ello el valor de $r=0,978$; que corresponde a una correlación muy alta, y encontrado el valor $t = -11,086$ que se ubica en la zona de rechazo de la hipótesis nula; por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna “Existe relación entre el Estado Nutricional del niño de

6 a 36 meses y la calidad y frecuencia de consumo de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017 ”. Lo que implica el cumplimiento de las orientaciones realizadas a las madres por parte de las profesionales de salud, notándose una predisposición al cumplimiento de estas orientaciones en el bienestar de los niños y niñas que acuden a estas instalaciones de salud. Considerando finalmente la prueba de hipótesis número tres, entorno a la dimensión higiene y manipulación de los alimentos y citando las conclusiones de la investigación desarrollada por Sánchez, C. (2016). En su investigación “Prácticas de Alimentación Complementaria en Lactantes de 6 a 11 meses 29 días de edad que asisten al Centro de Salud del Municipio San Juan de Sacatepéquez, julio – noviembre 2015”. Se obtuvo como resultados entorno a la conclusión número cinco; Las madres entrevistadas utilizaron el agua y el cloro, para el lavado y desinfección de los alimentos que se le brindaron al niño como al resto de la familia, sin embargo, un porcentaje significativo para el estudio, utilizó solamente agua, por lo que esta población se encuentra en mayor riesgo de adquirir enfermedades microbianas. Esta investigación ha demostrado que la higiene para la desinfección de los alimentos es muy importante pero los resultados obtenidos nos muestran información que un número significativo no emplea algunos de los elementos de limpieza por lo que existe altos niveles de contaminación de los alimentos y producir enfermedades en los niños.

Por lo contrario, en nuestra investigación, considerando el valor obtenido en $r=0,897$; que corresponde a una correlación muy alta, y encontrado el valor $t = -8,000$, por lo que se acepta la hipótesis alterna “Existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y la higiene y manipulación de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017”. El

valor de correlación ha demostrado que es muy alta por lo que las madres que han sido parte de esta investigación han cumplido con emplear las orientaciones proporcionadas por las profesionales de salud de una manera muy idónea, lo que ha ayudado a conseguir este resultado idóneo.

CONCLUSIONES

Hallado la correlación entre la variables de estudio obteniendo un valor de $r=0,935$; que corresponde a una correlación muy alta, y encontrado el valor $t = 13,438$ teniendo bajo referencia limite el valor critico de 1,96, que se ubica en la zona de rechazo de la hipótesis nula; por lo tanto se ha determinado que se acepta la hipótesis alterna “Existe relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017”.

Establecido el valor de correlación entre la variable y dimensión uno de estudio obteniendo un valor de $r=0,930$; que corresponde a una correlación muy alta, y encontrado el valor $t = -7,633$ teniendo bajo referencia limite el valor critico de -1,96, que se ubica en la zona de rechazo de la hipótesis nula; por lo tanto se ha determinado que, se acepta la hipótesis alterna “Existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y los tipos de alimentación que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017”.

Hallado el valor de correlación entre la variable y dimensión uno de estudio obteniendo un valor de $r=0,978$; que corresponde a una correlación muy alta, y encontrado el valor $t = -11,086$ teniendo bajo referencia limite el valor critico de -1,96, que se ubica en la zona de rechazo de la hipótesis nula; por lo tanto se ha determinado que se acepta la hipótesis alterna “Existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y la calidad y frecuencia de consumo de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017”.

Ejecutado la prueba de correlación entre la variable y dimensión uno de estudio obteniendo un valor de $r=0,897$; que corresponde a una correlación muy alta, y encontrado el valor $t = -8,000$ teniendo bajo referencia limite el valor critico de -1,96,

que se ubica en la zona de rechazo de la hipótesis nula; por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna “Existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y la higiene y manipulación de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017”.

RECOMENDACIONES

Todos los programas de crecimiento y desarrollo en los centros de salud deben incluir acciones de capacitación, educación, monitoreo, supervisión y evaluación a las madres a fin de fortalecer la información que recibe sobre alimentación complementaria.

Es importante que en el proceso de asesoría nutricional sobre alimentación complementaria se tome en cuenta como punto crítico las creencias ancestrales y culturales que existen sobre el tema, promoviendo la adopción de conductas alimenticias saludables.

Difundir los resultados de la investigación, a instituciones encargadas de salud y organizaciones de desarrollar programas de alimentación en los niños, mejorando de esta forma las estrategias para optimizar el estado nutricional en los niños.

Realizar instrumentos de prácticas alimentarias, donde se acompañe a la madre durante el proceso de alimentación de su niño.

Se recomienda realizar futuras investigaciones en el tema de alimentación a mujeres grávidas, madres con lactantes menores de dos años y niños mayores de dos años y su estado nutricional.

BIBLIOGRAFÍA

1. salud OPdIS. Principios de orientación para la alimentación del niño no mamantado entre los 6 y los 24 meses de edad. 2007.
2. PS OMdISO&OPdIS. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Wong. Enfermería Pediátrica. 2016; 4.
3. Salud OMdl. Organización Mundial de la Salud OMS. [Online]; 2014. Acceso 18 de Agosto de 2014. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/compfeeding/es/.
4. Salud OMdIS&OPdl. La alimentación del lactante y del niño pequeño. 2010.
5. OMS OMdIS. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. 2010.
6. OPS OMdISO&OPdIS. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a. Organización Panamericana de la Salud. 2010.
7. C V. Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJ.M 2015. 2016.
8. 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. 2010; 3(71).
9. C J. Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud Fortaleza 2008. En. Lima; 2008.
10. A S. Material educativo para educación sobre la Alimentación Complementaria. 2012.
11. Segura. J, Montes. C, Hilario. M, Asenjo. P, Baltazar. G. Pobreza y desnutrición infantil. Gerencia de investigación y Desarrollo PRISMA ONGD. 2002; 1.
12. Cochachi. J & Negrón. Y. Metodología de la Investigación Pedagógica: Maxi Service S.M.O. ; 2007.
13. S Z. CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 A 24 MESES DE EDAD QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DE CREO, EN EL P. S. CONO NORTE 1ER TRIMESTRE 2012. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman - Tacna. 2013.
14. M B. La ciencia. Su método y su filosofía: Panamericana; 2003.
15. Salud OMdl. [Online]. Disponible en: https://apps.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/index.html.
16. MINSA MdS. Plan Nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017 -2021. Documento Técnico. 2017; 1.
17. Salud OMdl. Organización Mundial de la Salud. [Online]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
18. Salud OMdl. Organización Mundial de la Salud. [Online]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
19. Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. [Online]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>.
20. Nutrición y Salud. Lámina Educativa “Las 5 Claves para Mantener los Alimentos Seguros. Secretaría de Salud. OMS/OPS/INCAP. .
21. Nación MdSyadl. Guías alimentarias para la población infantil. 1993.
22. OPS OPdIS. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Organización Panamericana de la Salud. 1993; 2(33).

23. Espín. M & Zambrano. P. LA APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO COMO PROPULSOR DE SU VALOR. junio; 5(3).
24. A M. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LA MADRE Y ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE DE 6 A 12 MESES. PUESTO DE SALUD GARATEA. NUEVO CHIMBOTE – 2014. 2017.
25. Lázaro A. & Juan F. Alimentación del lactante sano. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. .
26. Nutrición CNdAy. Lineamientos de nutrición materno infantil del Perú. 2004.
27. Salud OPdl. PRINCIPIOS DE ORIENTACIÓN PARA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO AMAMANTADO. Unidad de Nutrición, Salud de la familia y comunidad. 2003.
28. Gallardo A, Nazetta M, Priotti V, Rosa SM, Gonzales AL. ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA DESDE LAS PRÁCTICAS DEL CUIDADOR PRIMARIO EN EL NIÑO/A MENOR DE 2 AÑOS. Escuela de Nutrición. 2016.
29. P. A. RPP NOTICIAS. [Online]; 2012. Acceso 22 de marzo de 2012. Disponible en: <https://rpp.pe/lima/actualidad/conozca-todo-sobre-la-alimentacion-complementaria-noticia-463958>.
30. MINSA MdS. INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SEGUNDONIVEL DE ATENCIÓN. DIRECCIÓN GENERAL DE INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y MANTENIMIENTO DGIEM. 2014; 1(110).
31. Estadísticas M. Metodología para el Cálculo de los Indicadores de Mortalidad. Colección de Metodologías Estadísticas. 2000; 1(8).
32. Karin Grossmann, PhD., Klaus E. Grossmann, PhD. Impacto del Apego a la Madre y al Padre durante los Primeros Años, en el Desarrollo Psicosocial de los Niños hasta la Adulthood Temprana. Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia. 2007.
33. SaludMadrid. RECOMENDACIONES DIETÉTICO NUTRICIONALES: Lactantes (6-12 meses). 2017.
34. Chile Gd. Manual de lactancia Materna. Ministerio de Salud. 2010.
35. EROSKI C. Consumer EROSKI. [Online].; 2001. Acceso 1 de junio de 2016. Disponible en: <https://revista.consumer.es/portada/nuevos-alimentos-nuevas-alergias.html>.
36. Tiernos C. Destete e Introducción de Alimentos Complementarios. [Online]; 2012. Acceso 24 de enero de 2017. Disponible en: <http://cuidadostiernos.blogspot.com/2012/01/destete-e-introduccion-de-alimentos.html>.
37. MINSA MdS. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS. 2017; 1(537).
38. OMS/OPS. Indicadores de Salud: Aspectos conceptuales y operativos. 2014.
39. OPS OPdIS. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Modelo para libros de textos dirigido a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Organización Panamericana de la Salud. 2010; 1.
40. Nutrición INdS. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación y nutrición en madres de niños menores de tres años, gestantes y escolares. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. 2009.
41. Salud Md. Lineamiento de nutrición materno del Perú. Instituto Nacional de Salud: Centro Nacional de alimentación y nutrición. 2009.
42. J. B. Relación que existe entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el C.C. Conde de la Vega Baja. Tesis de grado: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2007.

43. LM. T. Enfermería en salud del niño, unidad 111: Atención de enfermería al lactante y pre-escolar , sistema digestivo del lactante y pre-escolar.. .
44. Instituto Nacional de Salud CNDAYN(. Lineamientos de nutrición materno infantil del Perú. 2004.
45. Perú C. Sesión Demostrativa para hacer preparaciones nutritivas. 2006.
46. (ENSANUT) ENdSyN. Nutrición infantil. 2012.
47. MINSA MdS. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo, de la niña y el niño menos de cinco años. 2011; 1.
48. ONU OdINU. Objetivos de desarrollo del milenio. 2013.
49. Ministerio de Salud, UNICEF, Organización Panamericana de la Salud. Situación de deficiencia de hierro y anemia. 2006.
50. CENAN CNDAYN. Estado nutricional en niños menores de 5 años, menores de 3 años y gestantes que acuden a los centros de establecimiento de Salud periodo 1 semestre. 2013.
51. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud: Obesidad. [Online]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es>.
52. S. C. Metodología de la investigación científica. 2006.
53. Hernández R., Fernández C., Baptista P. Metodología de la investigación Científica. 2006.

ANEXOS

**CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE LA
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

Le agradecemos responder las siguientes preguntas acerca de del conocimiento maternosobrealimentación complementaria.

Por favor, conteste la alternativa con una (X) que más se acerca a lo que usted piensa; sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias.

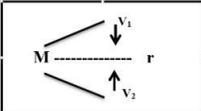
Totalmente en desacuerdo	en	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1		2	3	4

N°	Ítems por dimensión.	TD	ED	DA	TA
	Dimensión: tipos de alimento.	1	2	3	4
1	La alimentación complementara se da inicio a los 6 meses.				
2	La introducción de nuevos alimentos mas la leche materna, es considerado como la alimentación complementaria.				
3	Proporcionarle nuevos alimentos al niño favorece al crecimiento y el desarrollo.				
4	La papa, zapallo y el hígado, son alimentos complementarios.				
5	Los mariscos, pescados y cítricos producen alergia en los niños menores de un año.				
6	Las papillas y purés, son aptos para el consumo de niños de 6 a 8 meses.				
7	Los picados y desmenuzados corresponden al consumo de alimentos de niños de 9 a 11 meses.				
8	Las frutas y verduras protegen de enfermedades a los niños.				
9	Los tubérculos y cereales brindan más fuerza y energía a los niños.				
	Dimensión: Calidad y frecuencia de consumo los alimentos.				
10	La edad propicia para iniciar con la alimentación complementaria, es a los 6 meses.				
11	Se considera ideal el consumo de 5 a 7 cucharadas al niño de 9 a 11 meses.				
12	La cantidad diaria de alimentos que un niño de 12 meses, es de cinco veces al día.				
13	La cantidad diaria de alimentos que un niño de 6 a 8 meses, es de dos a tres veces al día.				
14	Para el almuerzo de un niño de 6 a 12 meses, la opción más recomendable de consumo es el segundo.				
15	La Carne, huevo y la leche son alimentos que ayudan a crecer más al niño.				
16	El consumo de la sangrecita, hígado y vaso ayudan a evitar la				

	anemia.				
17	Una cucharadita de aceite es recomendable ponerle a la comida del niño.				
18	El segundo, es un alimento que nutre más al niño.				
	Dimensión: Higiene y manipulación de los alimentos.				
19	Lavar, secar y guardar favorece la limpieza de los utensilios que usa el niño.				
20	Es importante tener las manos limpias durante todo momento que se alimenta al niño.				
21	El niño debe de mantener las manos limpias durante más tiempo posible.				
22	Mantener un ambiente limpio garantiza que el niño no se enferme.				
23	El lugar adecuado para que pueda comer el niño, es el comedor.				
24	Es importante que el niño tenga sus propios utensilios para comer				
25	Evitar alguna infección diarreica, tiene que ver con la higiene y limpieza.				

ANEXO: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 A 36 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE ULIACHIN, PASCO 2017”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	MÉTODO Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>PROBLEMA GENERAL: ¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento materno sobre la alimentación complementaria y el estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS: > ¿Cuál es la relación que existe entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y los tipos de alimentación que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017? > ¿Cuál es la relación que existe entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y la calidad y frecuencia de consumo de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017? • ¿Cuál es la relación que existe entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y la higiene y manipulación de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento materno sobre la Alimentación Complementaria y el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: > Determinar la relación que existe entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y los tipos de alimentación que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017. > Establecer la relación que existe entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y la calidad y frecuencia de consumo de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017. > Establecer la relación que existe entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y la higiene y manipulación de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL Existe relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 36 meses que acuden al Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017.</p> <p>HIPOTESIS ESPECIFICOS > Ha1: Existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y los tipos de alimentación que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017. Ha2: Existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y la calidad y frecuencia de consumo de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017. Ha3: : Existe relación entre el Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses y la higiene y manipulación de los alimentos que se presentan en el Centro de Salud de Uliachin, Pasco 2017.</p>	<p>VARIABLE N°1 Nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria. DIMENSIONES. Tipos de alimentos Calidad y frecuencia de consumo los alimentos Higiene y manipulación de los alimentos</p> <p>Indicadores • Nivel de conocimiento alto • Nivel de conocimiento medio. • Nivel de conocimiento bajo.</p> <p>VARIABLE N° 2 Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses</p> <p>DIMENSIONES. Peso para la edad. Peso para la talla. Talla para la edad. Indicadores: • Normal • Sobrepeso • Obesidad • Desnutrición Aguda</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN Descriptiva</p> <p>METODO Deductivo</p> <p>NIVEL Correlacional</p> <p>DISEÑO</p>  <p>SÍMBOLO ES M Muestra V1 Variable 1 Nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria. V2 Variable 2 Estado Nutricional del niño de 6 a 36 meses R Relación entre V1 y V2</p>	<p>POBLACIÓN 250 madres de niños</p> <p>MUESTRA 25 madres de niños de 6 a 36 meses de edad</p>



VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICION
VARIABLE: NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO

Nº	Ítems por dimensión.	TD	ED	DA	TA
		1	2	3	4
Dimensión: tipos de alimento.					
1	La alimentación complementara se da inicio a los 6 meses.				X
2	La introducción de nuevos alimentos más la leche materna, es considerado como la alimentación complementaria.				X
3	Proporcionarle nuevos alimentos al niño favorece al crecimiento y el desarrollo.				X
4	La papa, zapallo y el hígado, son alimentos complementarios.				X
5	Los mariscos, pescados y cítricos producen alergia en los niños menores de un año.				X
6	Las papillas y purés, son aptos para el consumo de niños de 6 a 8 meses.				X
7	Los picados y desmenuzados corresponden al consumo de alimentos de niños de 9 a 11 meses.				X
8	Las frutas y verduras protegen de enfermedades a los niños.			X	
9	Los tubérculos y cereales brindan más fuerza y energía a los niños.			X	
Dimensión: Calidad y frecuencia de consumo los alimentos.					
10	La edad propicia para iniciar con la alimentación complementaria, es a los 6 meses.				X
11	Se considera ideal el consumo de 5 a 7 cucharadas al niño de 9 a 11 meses.				X
12	La cantidad diaria de alimentos que un niño de 12 meses, es de cinco veces al día.				X
13	La cantidad diaria de alimentos que un niño de 6 a 8 meses, es de dos a tres veces al día.			X	
14	Para el almuerzo de un niño de 6 a 12 meses, la opción más recomendable de consumo es el segundo.			X	
15	La Carne, huevo y la leche son alimentos que ayudan a crecer más al niño.				X
16	El consumo de la sangrecita, hígado y vaso ayudan a evitar la anemia.				X
17	Una cucharadita de aceite es recomendable ponerle a la comida del niño.				X
18	El segundo, es un alimento que nutre más al niño.			X	
Dimensión: Higiene y manipulación de los alimentos.					
19	Lavar, secar y guardar favorece la limpieza de los utensilios que usa el niño.				X
20	Es importante tener las manos limpias durante todo momento que se alimenta al niño.				X
21	El niño debe de mantener las manos limpias durante más tiempo posible.				X
22	Mantener un ambiente limpio garantiza que el niño no se enferme.				X
23	El lugar adecuado para que pueda comer el niño, es el comedor.			X	
24	Es importante que el niño tenga sus propios utensilios para comer				X
25	Evitar alguna infección diarreica, tiene que ver con la higiene y limpieza.				X

> **RELEVANCIA:** El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido

> **COHERENCIA:** El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
ESCUELA DE POSGRADO



- **SUFICIENCIA:** Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta
- **CLARIDAD:** El ítem se comprende fácilmente, es decir sus sintácticas y semánticas son adecuadas

OBSERVACIONES: ¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (x)
En caso de Si, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (x) NO ()

APELLIDOS Y NOMBRES: *Salvatierra Celis Marco*

GRADO ACADEMICO: *Doctor en Odontología*


Marco A. Salvatierra Celis
Dr. Marco A. Salvatierra Celis
DOCTOR EN ODONTOLOGIA
DOCTOR EN ADMINISTRACION
Firma del experto



VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICION
VARIABLE: NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO

N°	Ítems por dimensión.	TD	ED	DA	TA
		1	2	3	4
Dimensión: tipos de alimento.					
1	La alimentación complementara se da inicio a los 6 meses.				X
2	La introducción de nuevos alimentos más la leche materna, es considerado como la alimentación complementaria.				X
3	Proporcionarle nuevos alimentos al niño favorece al crecimiento y el desarrollo.				X
4	La papa, zapallo y el hígado, son alimentos complementarios.				X
5	Los mariscos, pescados y cítricos producen alergia en los niños menores de un año.			X	
6	Las papillas y purés, son aptos para el consumo de niños de 6 a 8 meses.				X
7	Los picados y desmenuzados corresponden al consumo de alimentos de niños de 9 a 11 meses.				X
8	Las frutas y verduras protegen de enfermedades a los niños.			X	
9	Los tubérculos y cereales brindan más fuerza y energía a los niños.			X	
Dimensión: Calidad y frecuencia de consumo los alimentos.					
10	La edad propicia para iniciar con la alimentación complementaria, es a los 6 meses.				X
11	Se considera ideal el consumo de 5 a 7 cucharadas al niño de 9 a 11 meses.				X
12	La cantidad diaria de alimentos que un niño de 12 meses, es de cinco veces al día.			X	
13	La cantidad diaria de alimentos que un niño de 6 a 8 meses, es de dos a tres veces al día.			X	
14	Para el almuerzo de un niño de 6 a 12 meses, la opción más recomendable de consumo es el segundo.				X
15	La Carne, huevo y la leche son alimentos que ayudan a crecer más al niño.				X
16	El consumo de la sangrecita, hígado y vaso ayudan a evitar la anemia.				X
17	Una cucharadita de aceite es recomendable ponerle a la comida del niño.				X
18	El segundo, es un alimento que nutre más al niño.			X	
Dimensión: Higiene y manipulación de los alimentos.					
19	Lavar, secar y guardar favorece la limpieza de los utensilios que usa el niño.				X
20	Es importante tener las manos limpias durante todo momento que se alimenta al niño.				X
21	El niño debe de mantener las manos limpias durante más tiempo posible.				X
22	Mantener un ambiente limpio garantiza que el niño no se enferme.				X
23	El lugar adecuado para que pueda comer el niño, es el comedor.			X	
24	Es importante que el niño tenga sus propios utensilios para comer				X
25	Evitar alguna infección diarreica, tiene que ver con la higiene y limpieza.				X

➤ **RELEVANCIA:** El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido

➤ **COHERENCIA:** El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
ESCUELA DE POSGRADO



- **SUFICIENCIA:** Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta
- **CLARIDAD:** El ítem se comprende fácilmente, es decir sus sintácticas y semánticas son adecuadas

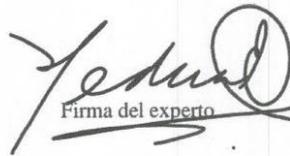
OBSERVACIONES: ¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI() NO (X)

En caso de Si, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO()

APELLIDOS Y NOMBRES: MEDINA ESPINOZA, Isaías Fausto

GRADO ACADEMICO: Dr. en Ciencias de la Salud


Firma del experto



VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICION
VARIABLE: NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO

Nº	Ítems por dimensión.	TD	ED	DA	TA
		1	2	3	4
1	La alimentación complementara se da inicio a los 6 meses.				X
2	La introducción de nuevos alimentos más la leche materna, es considerado como la alimentación complementaria.				X
3	Proporcionarle nuevos alimentos al niño favorece al crecimiento y el desarrollo.				X
4	La papa, zapallo y el hígado, son alimentos complementarios.			X	
5	Los mariscos, pescados y cítricos producen alergia en los niños menores de un año.				X
6	Las papillas y purés, son aptos para el consumo de niños de 6 a 8 meses.				X
7	Los picados y desmenuzados corresponden al consumo de alimentos de niños de 9 a 11 meses.			X	
8	Las frutas y verduras protegen de enfermedades a los niños.				X
9	Los tubérculos y cereales brindan más fuerza y energía a los niños.			X	
	Dimensión: Calidad y frecuencia de consumo los alimentos.				
10	La edad propicia para iniciar con la alimentación complementaria, es a los 6 meses.				X
11	Se considera ideal el consumo de 5 a 7 cucharadas al niño de 9 a 11 meses.			X	
12	La cantidad diaria de alimentos que un niño de 12 meses, es de cinco veces al día.				X
13	La cantidad diaria de alimentos que un niño de 6 a 8 meses, es de dos a tres veces al día.				X
14	Para el almuerzo de un niño de 6 a 12 meses, la opción más recomendable de consumo es el segundo.			X	
15	La Carne, huevo y la leche son alimentos que ayudan a crecer más al niño.				X
16	El consumo de la sangrecita, hígado y vaso ayudan a evitar la anemia.				X
17	Una cucharadita de aceite es recomendable ponerle a la comida del niño.				X
18	El segundo, es un alimento que nutre más al niño.				X
	Dimensión: Higiene y manipulación de los alimentos.				
19	Lavar, secar y guardar favorece la limpieza de los utensilios que usa el niño.				X
20	Es importante tener las manos limpias durante todo momento que se alimenta al niño.				X
21	El niño debe de mantener las manos limpias durante más tiempo posible.				X
22	Mantener un ambiente limpio garantiza que el niño no se enferme.				X
23	El lugar adecuado para que pueda comer el niño, es el comedor.			X	
24	Es importante que el niño tenga sus propios utensilios para comer				X
25	Evitar alguna infección diarreica, tiene que ver con la higiene y limpieza.				X

➤ **RELEVANCIA:** El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido

➤ **COHERENCIA:** El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
ESCUELA DE POSGRADO



- **SUFICIENCIA:** Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta
- **CLARIDAD:** El ítem se comprende fácilmente, es decir sus sintácticas y semánticas son adecuadas

OBSERVACIONES: ¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X)
En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()

APELLIDOS Y NOMBRES: *Peña Carmelo Ulises*

GRADO ACADEMICO: *Dr. Educación*


Firma del experto
Ulises Peña Carmelo
Dr. en Educación