

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

## **ESCUELA DE POSGRADO**



### **UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

#### **PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS**

#### **TESIS:**

**PRÁCTICAS MATERNAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA,  
DETERMINANTES SOCIALES Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6-24 MESES,  
CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA, CAJAMARCA 2023**

Para optar el Grado Académico de

**MAESTRO EN CIENCIAS**

**MENCIÓN: SALUD PÚBLICA**

Presentado por:

**CELIA MIRIAM ZAVALA HERNÁNDEZ**

Asesor:

**M.Cs. MARTHA ESTHER RODRÍGUEZ TEJADA**

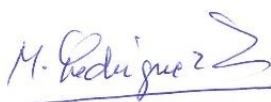
Cajamarca, Perú

2024

## CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: Celia Miriam Zavaleta Hernández  
DNI: 26600537  
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud. Programa de maestría. Mención: Salud Pública
2. Asesor(a):  
M.Cs. Martha Esther Rodríguez Tejada
3. Grado académico o título profesional  
 Bachiller       Título profesional       Segunda especialidad  
 Maestro       Doctor
4. Tipo de Investigación:  
 Tesis       Trabajo de investigación       Trabajo de suficiencia profesional  
 Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:  
Prácticas maternas de alimentación complementaria, determinantes sociales y anemia en niños de 6-24 meses, Centro de Salud Baños del Inca, Cajamarca 2023
6. Fecha de evaluación: 22/09/2024
7. Software antiplagio:  TURNITIN       URKUND (OURIGINAL) (\*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 13%
9. Código Documento: 3117:384180739
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:  
 APROBADO       PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 02/10/2024

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>

<b>M.Cs. Martha Esther Rodríguez Tejada</b> DNI: 26635075

\* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

Copyright © 2024 by  
**CELIA MIRIAM ZAVALA HERNÁNDEZ**  
Derechos Reservados



**Universidad Nacional de Cajamarca**  
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD

**Escuela de Posgrado**  
CAJAMARCA - PERU



**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS**

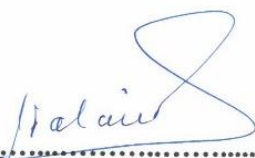
**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

Siendo las 10:30 horas del día 28 de agosto de dos mil veinticuatro, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. SARA ELIZABETH PALACIOS SÁNCHEZ**, **Dra. DIORGA NELIDA MEDINA HOYOS**, **M.Cs. MARÍA ELOISA TICLLA RAFAEL**, y en calidad de Asesora la **M.Cs. MARTHA ESTHER RODRIGUEZ TEJADA**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y la Directiva para la Sustentación de Proyectos de Tesis, Seminarios de Tesis, Sustentación de Tesis y Actualización de Marco Teórico de los Programas de Maestría y Doctorado, se dió inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **PRÁCTICAS MATERNAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, DETERMINANTES SOCIALES Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6-24 MESES, CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA, CAJAMARCA, 2023**; presentada por la **Bachiller en Enfermería, CELIA MIRIAM ZAVALETA HERNÁNDEZ**.


Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó APROBAR con la calificación de Dieciocho (Excelente) la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bachiller en Enfermería, CELIA MIRIAM ZAVALETA HERNÁNDEZ**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 12:00 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

  
.....  
**M.Cs. Martha Esther Rodríguez Tejada**  
Asesora

  
.....  
**Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez**  
Jurado Evaluador

  
.....  
**Dra. Diorga Nelida Medina Hoyos**  
Jurado Evaluador

  
.....  
**M.Cs. María Eloisa Ticlla Rafael**  
Jurado Evaluador

**SE DEDICA A:**

Mis queridos hijos por la paciencia, motivación y apoyo incondicional, para continuar superándome profesionalmente. Gracias por estar siempre a mi lado.

Celia Miriam

**SE AGRADECE A:**

Dios por darme la vida y bendecirme para alcanzar una meta más en mi vida profesional.

Mi querida asesora MCs. Martha Esther Rodríguez Tejada, por su apoyo incondicional en la elaboración de la presente tesis.

Todas y cada una de las madres de niños de 6-24 meses que participaron en el presente estudio, quienes fueron la piedra angular para el desarrollo de la presente investigación.

La Universidad Nacional de Cajamarca por brindarme la oportunidad de continuar superándome profesionalmente.

Celia Miriam

## Índice

<i>SE DEDICA A:</i> .....	<i>v</i>
<i>SE AGRADECE A:</i> .....	<i>vi</i>
<i>ÍNDICE DE TABLAS</i> .....	<i>ix</i>
<i>LISTA DE APÉNDICES</i> .....	<i>x</i>
<i>GLOSARIO</i> .....	<i>xi</i>
<i>RESUMEN</i> .....	<i>xii</i>
<i>ABSTRACT</i> .....	<i>xiii</i>
<i>INTRODUCCIÓN</i> .....	<i>xiv</i>
<i>CAPITULO I</i> .....	<i>1</i>
<i>EL PROBLEMA</i> .....	<i>1</i>
<b>1.1. Planteamiento del problema</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2. Formulación del problema</b> .....	<b>6</b>
<b>1.3. Justificación</b> .....	<b>6</b>
<b>1.4. Objetivos de la investigación</b> .....	<b>8</b>
1.4.1. Objetivo general.....	8
1.4.2. Objetivos específicos.....	8
<i>CAPÍTULO II</i> .....	<i>9</i>
<i>MARCO TEÓRICO</i> .....	<i>9</i>
<b>2.1. Antecedentes</b> .....	<b>9</b>
2.1.1. Antecedentes Internacionales. ....	9
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	14
2.1.3. Antecedentes Locales. ....	17
<b>2.2. Marco Doctrinal</b> .....	<b>17</b>
2.2.1. Teoría de Promoción de la Salud. ....	17
2.2.2. Teoría de los Determinantes Sociales de la Salud. ....	20
<b>2.3. Bases Conceptuales</b> .....	<b>23</b>
2.3.1. Prácticas maternas de alimentación complementaria.....	23
2.3.2. Anemia. ....	36
2.3.3. Determinantes sociales de la salud.....	42
<b>2.4. Bases Legales</b> .....	<b>47</b>
<b>2.5. Definición de términos</b> .....	<b>48</b>
<b>2.6. Hipótesis</b> .....	<b>49</b>
<b>2.7. Variables</b> .....	<b>50</b>
2.7.1. Operacionalización de las variables. ....	51

<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>56</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO</b> .....	<b>56</b>
<b>3.1. Área geográfica y ámbito de estudio</b> .....	<b>56</b>
<b>3.2. Tipo y Diseño de Investigación</b> .....	<b>57</b>
<b>3.3. Método de Investigación</b> .....	<b>57</b>
<b>3.4. Población, Muestra y Muestreo</b> .....	<b>58</b>
<b>3.5. Criterios de Inclusión y Exclusión</b> .....	<b>59</b>
<b>3.6. Unidad de Análisis</b> .....	<b>60</b>
<b>3.7. Técnicas e Instrumentos de recopilación de Datos</b> .....	<b>60</b>
<b>3.8. Validez y Confiabilidad del Instrumento</b> .....	<b>62</b>
<b>3.9. Técnica de procesamiento y análisis de datos</b> .....	<b>65</b>
<b>3.10. Criterios Éticos</b> .....	<b>65</b>
<b><i>CAPITULO IV:</i></b> .....	<b>67</b>
<b><i>PRESENTACIÓN DE RESULTADOS-ANALISIS Y DISCUSIÓN</i></b> .....	<b>67</b>
<b>4.1. Comprobación de la hipótesis</b> .....	<b>91</b>
<b><i>CONCLUSIONES</i></b> .....	<b>92</b>
<b><i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i></b> .....	<b>95</b>
<b><i>APÉNDICE 1</i></b> .....	<b>101</b>
<b><i>APÉNDICE 2</i></b> .....	<b>102</b>
<b><i>APÉNDICE 3</i></b> .....	<b>104</b>
<b><i>APÉNDICE 4</i></b> .....	<b>105</b>
<b><i>APÉNDICE 5</i></b> .....	<b>110</b>
<b><i>APÉNDICE 6</i></b> .....	<b>119</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prácticas maternas de alimentación complementaria en niños de 6-24 meses. Según consistencia, cantidad, frecuencia y tipo de alimento. Centro de salud Baños del Inca, 2023 .....	67
Tabla 2 . Prácticas maternas de alimentación complementaria en niños de 6-24 meses, según tipo y administración de micronutriente. Centro de salud Baños del Inca, 2023. ....	70
Tabla 3 . Prácticas maternas de alimentación complementaria en niños de 6-24 meses, según higiene y conservación de los alimentos. Centro de salud Baños del Inca, 2023. ....	71
Tabla 4 . Prácticas maternas de alimentación complementaria en niños de 6-24 meses, según rutinas. Centro de salud Baños del Inca, 2023. ....	73
Tabla 5 .Prácticas maternas de alimentación complementaria en niños de 6-24 meses, según dimensión. Centro de salud Baños del Inca, 2023.....	74
Tabla 6 . Determinantes sociales de las madres de niños de 6-24 meses. Centro de Salud Baños del Inca, 2023.....	76
Tabla 7. Determinantes sociales de las madres de niños de 6-24 meses. Servicios básicos. Centro de salud Baños del Inca, 2023.....	82
Tabla 8. Anemia en niños de 6-24 meses. Centro de salud Baños del Inca, 2023. ....	83
Tabla 9. Relación entre las prácticas maternas de alimentación complementaria y anemia en niños de 6-24 meses. Centro de salud Baños del Inca, 2023.....	85
Tabla 10 . Determinantes sociales de las madres y anemia en niños de 6-24 meses. Centro de salud Baños del Inca, 2023 .....	87
Tabla 11 . Determinantes sociales y anemia en niños de 6-24 meses. Servicios básicos. Centro de salud Baños del Inca, 2023.....	90

## LISTA DE APÉNDICES

Apéndice 1. Solicitud dirigida al jefe del Centro de Salud Baños del Inca. ....	101
Apéndice 2. Selección de las muestras. ....	103
Apéndice 3. Consentimiento Informado. ....	104
Apéndice 4. Cuestionario para determinar las prácticas maternas de alimentación complementaria, los determinantes sociales y anemia en niños de 6-24 meses de edad. Centro de Salud Baños del Inca, 2023. ....	105
Apéndice 5. Validación del instrumento. ....	111
Apéndice 6. Confiabilidad del Instrumento. ....	119

## **GLOSARIO**

**AEIPI:** Atención integral de las enfermedades prevalentes en la infancia.

**ASIS:** Análisis situacional de la salud.

**DSS:** Determinantes sociales de la salud.

**DCI:** Desnutrición crónica infantil.

**ENDES:** Encuesta demográfica y de salud familiar.

**INS:** Instituto nacional de salud.

**MEF:** Ministerio de economía y finanzas.

**MIDIS:** Ministerio de desarrollo e inclusión social.

**MINSA:** Ministerio de salud.

**OMS:** Organización mundial de la salud.

**OPS:** Organización panamericana de la salud.

**PNUME:** Petitorio nacional único de medicamentos esenciales.

**SIS:** Seguro integral de salud

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar y analizar la relación entre las prácticas maternas de alimentación complementaria, los determinantes sociales y anemia en niños de 6-24 meses. Centro de Salud Baños del Inca, 2023. **Método:** Investigación de diseño no experimental de corte transversal tipo descriptivo correlacional. **Población** :413 madres con niños de 6-24 meses, muestra probabilística 89 madres según muestreo aleatorio simple. **Resultados:** se encontró que, 62,2 % de madres realiza prácticas adecuadas de alimentación complementaria, en relación a determinantes sociales de la madre, 47,2% tiene una edad entre los 26-34 años, 34,0% son amas de casa, 32,6% trabajan eventualmente,59,0% residen de zona rural, 68,5% tiene una posición social auto percibida regular, 97,0% cuenta con seguro integral gratuito,59,6% tienen un ingreso igual o mayor 1,000 nuevos soles,57,3% tienen vivienda saludable,96,6% cuentan con agua y desagüe. Con respecto a la anemia se encontró que 21,3% de niños tiene anemia y de estos el 16,8% anemia leve. **Conclusión:** existe relación significativa ( $p < 0,05$ ) entre prácticas maternas de alimentación complementaria y la anemia en niños de 6 a 24 meses de edad, con un  $p$ -valor de 0,034. Respecto a los determinantes sociales de la salud y la anemia en los menores de 6 a 24 meses de edad se encontró relación significativa entre ocupación ( $p=0,029$ ), grado de instrucción ( $p=0,034$ ), posición social auto percibida ( $p=0,003$ ) e ingreso económico ( $p=0,020$ ). Con lo que se acepta la hipótesis de investigación. **Palabras clave:** alimentación complementaria, determinantes sociales, anemia.

## ABSTRACT

**Objective:** Determine and analyze the relationship between maternal complementary feeding practices, social determinants and anemia in children 6 from 24 to months. Baños del Inca Health Center, 2023. **Method:** Non-experimental cross-sectional descriptive correlational design research. **Population:** 413 mothers with children aged 6-24 months, probabilistic sample of 89 mothers according to simple random sampling. **Results:** it was found that 62.2% of mothers carry out adequate complementary feeding practices, in relation to social determinants of the mother, 47.2% are between 26-34 years old, 34.0% are housewives, 32.6% work eventually, 59.0% come from rural areas, 68.5% have a regular self-perceived social position, 97.0% have free comprehensive insurance, 59.6% have an income equal to or greater 1,000 new soles, 57.3% have healthy housing, 96.6% have water and drainage. Regarding anemia, it was found that 21.3% of children have anemia and of these 16.8% have mild anemia. **Conclusion:** there is a significant relationship ( $p < 0.05$ ) between maternal complementary feeding practices and anemia in children from 6 to 24 months of age, with a p-value of 0.034. Regarding the social determinants of health and anemia in children between 6 and 24 months of age, a significant relationship was found between occupation ( $p = 0.029$ ), level of education ( $p = 0.034$ ), and self-perceived social position ( $p = 0.003$ ), and economic income ( $p = 0.020$ ). With which the research hypothesis is accepted.

**Keywords:** complementary feeding, social determinants, anemia.

## INTRODUCCIÓN

Las prácticas de alimentación complementaria se refieren a los comportamientos específicos que caracterizan a las interacciones durante la alimentación de los menores de 6 a 24 meses de edad. Prácticas como el establecimiento de rutinas a la hora de comer, que los niños estén sentados en una posición de apoyo y sin distracciones ayudan considerablemente para optar soluciones saludables que permita al niño alimentarse adecuadamente según su edad. Las prácticas de alimentación complementaria podrían verse modificadas por el tiempo que disponga la madre, situación económica, pero además el conocimiento que tenga sobre la importancia de la alimentación saludable en este periodo de vida del niño.

Todas estas prácticas de alimentación complementaria de la madre tienen que ver con los determinantes sociales, los mismos que juegan un rol importante a la hora de tomar decisiones. Cuando se habla de determinantes sociales estos se refieren a las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, por tanto, es importante el conocimiento de los mismos como aspectos importantes que modifican la calidad de vida de la población.

Estos aspectos que se mencionan determinan la salud infantil sobre todo en el periodo de mayor crecimiento y desarrollo del niño, que cuando es insuficiente genera entre otros problemas de salud la anemia. Esta es un problema de salud pública creciente en el Perú, fisiológicamente, su principal efecto es la disminución del suministro de oxígeno a los tejidos, lo que puede ocasionar consecuencias agudas y crónicas en el infante, que van desde un deterioro leve y pasajero hasta un deterioro severo y permanente de su desarrollo físico (crecimiento) y mental (cognitivo). Así en los infantes de 6 a 24 meses de edad la

anemia es primariamente adquirida, siendo la anemia por deficiencia de hierro (anemia ferropénica), la principal causa de anemia a esta edad (37).

A través de diversos estudios se observó que la anemia en los niños está relacionada con diferentes factores, los que pueden estar directamente relacionados con la madre y otros como los determinantes sociales que juegan un papel importante en la salud de las personas, razón por la cual se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar la relación que existe entre las prácticas maternas de alimentación complementaria, los determinantes sociales y anemia en niños de 6-24 meses de edad. Centro de Salud Baños del Inca 2023.

La autora.

# CAPITULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

Las practicas maternas de alimentación complementaria son importantes para la población de niños de 6-24 meses de edad, puesto que ellas van a determinar la salud del niño. Gassman F, et al. (1), precisaron que la alimentación complementaria brinda los nutrientes necesarios para completar los requerimientos nutricionales. Además, ayuda a fomentar el gusto por diferentes sabores y texturas y a promover hábitos de alimentación que se mantendrán en edades posteriores. Representa por tanto una transición en el tipo de alimentación y permite la autonomía del niño con respecto al adulto.

Por otro lado Hayashi C, et al. (2), refieren que en el mundo las dietas deficientes provocan malnutrición en la primera infancia: 44% de los niños de 6 a 23 meses de edad no consume frutas ni verduras y 59% no consume huevos, leche, pescado ni carne. Sólo 1 de cada 5 niños de entre 6 y 23 meses de edad procedentes de los hogares más pobres y de las zonas rurales recibe la dieta mínima recomendada para un crecimiento saludable y el desarrollo adecuado del cerebro. Esta entidad, menciona que las familias pobres tienden a seleccionar alimentos de baja calidad que cuestan menos y como consecuencia de la pobreza y la exclusión, los niños más desfavorecidos son los que corren mayor riesgo de sufrir todas las formas de malnutrición y anemia.

De igual manera Gassman F, et al. (1), hacen referencia que en el Perú se reportan mejores prácticas de alimentación complementaria, 65,3% de los niños menores de



seis meses son alimentados exclusivamente con leche materna, un porcentaje muy superior al promedio regional, y que a casi todos los lactantes de 6 a 8 meses (94%) se les da alimentos complementarios y el 84 % de los niños de 6 a 23 meses cumplen los requisitos de diversidad alimentaria ;sin embargo un aspecto negativo es la deficiencia de la administración de micronutrientes.

Los determinantes sociales de la salud juegan un rol muy importante en estas prácticas de alimentación complementaria y la prevalencia de anemia. La Organización panamericana de la salud y la Organización mundial de la salud (3) lo define como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana de una población. La pobreza es un determinante social, así Munayco CV, et al. (4), hacen referencia que en el Perú la pobreza monetaria disminuyó de 58% a 21% durante los periodos del 2004 al 2017; con relación a educación disminuyó en 23,3% la población sin nivel alguno de educación y los que tienen educación primaria en 5,5%.

Por su parte Ramírez JA, et al. (5), reportan que en Colombia 61,4 % de las madres fueron adultas, 2,9 % pertenecían a un estrato socioeconómico bajo; 1,1 % no contaba con estudios; 30% se encontraba desempleada en el momento del estudio seguido por una vinculación laboral como independiente en 23,4 %; sin embargo, 97 % de las personas evaluadas contaban con afiliación general al sistema de seguridad social con un 5,9 % con régimen subsidiado de salud. Las personas por vivienda fueron en promedio 3,6 +/- 2.

Referente a esto (DSS), Zavaleta J, et al. (6), refieren que Cajamarca ocupa el cuarto lugar con el nivel más bajo respecto al índice de desarrollo humano para el año 2019,

60% de la población tiene acceso a saneamiento a través de letrina o pozo séptico, mientras que el 27,8% de la población tiene acceso a servicios higiénicos mediante una red pública; de las 20 provincias más pobres del país, 10 corresponden a la región Cajamarca. La población afiliada al seguro integral de salud- SIS es del 94%.

La anemia no solo es un daño que se instala en el transcurrir de su vida temprana de los niños, pues existe un alto porcentaje que desde que nacen ya traen el problema debido a las condiciones maternas. Al respecto Suarez F et al. (7), señalan que, la carencia de hierro en menores de dos años puede tener efectos deletéreos, considerables e irreversibles en el desarrollo cerebral, lo que conlleva a repercusiones negativas en el aprendizaje y en el rendimiento escolar en etapas posteriores de la vida, constituyendo un importante problema de salud pública. Los factores que conlleva a la anemia a los niños son diversos, siendo uno de ellos, las prácticas de alimentación complementarias.

Según Europa Press (8), estima que una cuarta parte de la población mundial padece anemia, casi 2,000 millones de personas en el 2021 y los casos aumentan rápidamente entre las mujeres y niños menores de 5 años. La principal causa de anemia fue la carencia de hierro en la dieta (66, 2%). Regiones como África Subsahariana Occidental presentan una prevalencia de (47,4%), el Asia meridional (35,7%) y África, Subsahariana Central (35,7%) y con menor porcentaje Australasia (5,7%), Europa Occidental (6%) y Norteamérica (6, 8%). El país con mayor prevalencia son Mali, Zambia y Togo más del 50%, mientras que los países con menor tasa son Islandia, Noruega y Mónaco menor al 5%.

Para el Word Bank (9), en Latinoamérica y el Caribe la anemia afectó al 21 % de la población Infantil en promedio para el año 2019, países como Argentina, presenta

una prevalencia del 19%, Bolivia 37%, Brasil 12%, Chile 20%, Colombia 22%, Ecuador 24%, Mexico 22%, Paraguay 28%, Uruguay 25%, Venezuela el 28%, Jamaica 24%, Haití 60%, Barbados 20%.

En el Perú la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES (10), del año 2022, brinda información que es muy preocupante, señala que la tasa de anemia en niñas y niños entre 6 y 36 meses subió del 38,8% al 42,4% y en el ámbito urbano este porcentaje aumentó del 35,3% al 39%, mientras que, en el ámbito rural del 48,7% al 51,5%. Afirma que siete departamentos experimentaron una reducción en su tasa: Moquegua, Arequipa, Ica, Puno, Cusco, Junín y Áncash, a pesar de ello los departamentos de Cusco y Puno continúan registrando tasas por encima del 50%, Puno registra el mayor porcentaje de anemia infantil. Destaca así mismo que los departamentos como Huánuco incremento la anemia en 11,5 puntos porcentuales, seguido por Loreto (+11,4), Huancavelica (+7,6), Pasco (+6,3) y, empatados en el quinto lugar, Tacna y San Martín (+5,7).

Es importante señalar que el Perú a través de sus diversos ministerios de salud, de desarrollo e inclusión social, de la mujer y poblaciones vulnerables, así como el ministerio de economía y finanzas, vienen implementando un conjunto de estrategias tendientes a disminuir especialmente la anemia infantil en el país; por ejemplo se encuentra en implementación el plan para la reducción y control de la anemia para el periodo 2017-2021, que continua en vigencia, cuyo objetivo es Contribuir, a nivel nacional, con la reducción de la prevalencia de anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil – DCI, a través del fortalecimiento de intervenciones efectivas en el ámbito intersectorial.

Así mismo, el plan política nacional multisectorial de salud al 2030 “Perú, País Saludable”, que en el marco del abordaje de la promoción de la salud plantea los siguientes objetivos: OP1: Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población, OP 2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población, OP3: Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidad y riesgos en la salud, en este marco se viene aplicando el modelo de cuidado integral por curso de vida.

El Ministerio de Economía y Finanzas-MEF viene cumpliendo un rol preponderante en la salud, así en el presente año las municipalidades en el país accedieron a recursos para realizar acciones de seguimiento y monitoreo de la anemia en sus espacios territoriales, con la finalidad de disminuir la misma y generar recursos institucionales. Así mismo, la ENDES (10), reporta que Cajamarca presenta una prevalencia de 32,9% de anemia infantil (2021), notándose un incremento en 5,3 puntos porcentuales para el 2022 (38,2%), por último, el distrito de los Baños del Inca presentó una prevalencia de anemia de 38,8% en el año 2022, superando el promedio nacional de 38,6%.

Es importante destacar que, en el Centro de Salud Baños del Inca, se observa que no obstante desarrollar un conjunto de intervenciones promocionales y de prevención como la administración de micronutrientes para combatir la anemia infantil esta persiste; asimismo pese a la consejería brindada a las madres para mejorar las prácticas de alimentación complementaria no se ven muchos cambios y la anemia en niños de 6-24 meses de edad es frecuente.

Las prácticas de alimentación complementaria no se conocen en su real magnitud, es decir si son adecuadas o no, y es que las condiciones de vida de las familias no son las deseadas, y no se cuenta con información de los determinantes sociales que ayude

a mejorar la salud de la población infantil; hace falta mejorar el acceso a los servicios de salud, para que el niño reciba la atención integral y la madre la consejería pertinente que le permita analizar y tomar conciencia de la situación, de los determinantes sociales y sobre todo las consecuencias cognitivas de la anemia en su niño(a); así mismo; las desigualdades sociales que se aprecian, como por ejemplo en el nivel y la calidad de educación, el empleo, la ocupación, la posición socio-económica probablemente tengan que ver con el estado de salud de los niños(a).por ello el presente trabajo de investigación tiene por objetivo general :Determinar y analizar la relación entre las prácticas maternas de alimentación complementaria, los determinantes sociales y anemia en niños de 6-24 meses. Centro de salud Baños del inca, 2023.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre las prácticas maternas de alimentación complementaria, los determinantes sociales y anemia en niños de 6 a 24 meses en el Centro de Salud Baños del Inca, al año 2023?

## **1.3. Justificación**

Existen diversos factores involucrados en la causa de la anemia infantil, entre ellos las prácticas maternas de alimentación complementaria que están impregnadas de la cultura alimentaria de las madres y que se transmite de generación en generación; así también los determinantes sociales como el bajo nivel educativo materno que no permite tener el conocimiento correcto sobre una buena alimentación; la edad materna pues mientras más joven sea esta, menor probabilidad de tener el conocimiento y habilidad para el cuidado de su niño; el

nivel socioeconómico que impide la adquisición de alimentos de calidad, deficiente saneamiento básico que conlleva a situaciones de parasitosis entre otros problemas de salud; poca accesibilidad a servicios de salud de calidad, la zona donde reside que implica aspectos determinantes y culturales que son importantes a la hora de tomar decisiones en el cuidado de la salud; la ocupación materna que podría dar un sondeo de la situación económica y el tiempo disponible para el cuidado de la salud.

La situación de las prácticas de alimentación complementaria, los determinantes sociales y la anemia infantil en Baños del Inca no es diferente con respecto a otras realidades, apreciándose un crecimiento y desarrollo inadecuado en los niños, alto porcentaje de anemia, siendo esta un daño irreparable e irreversible sobre todo en los niños menores de dos años (11). Estudios realizados demuestran que por cada aumento de 1 gramo /dl de hemoglobina en sangre, el riesgo de morbimortalidad disminuye en un 24% (12). Por ello la presente investigación aporta evidencia empírica respecto a las prácticas de alimentación complementaria de las madres, los determinantes sociales de la salud y la anemia en menores de 6-24 meses del centro de salud Baños del Inca.

Además, los resultados permitirán al personal del centro de salud elaborar e implementar estrategias, programas educativos que promuevan la mejora de las prácticas maternas de alimentación complementaria, que ayuden a las madres a visibilizar y tener control sobre los determinantes sociales de la salud, además de promover la adherencia del micro nutriente y contribuir a mejorar la calidad de la alimentación del niño y con ello la disminución de la anemia infantil. Así mismo permitirá al personal de salud a revisar y mejorar las metodologías de promoción

y educación para la salud, como la visita domiciliaria y la consejería, que promuevan mayor compromiso y toma de conciencia por parte de las madres de los niños de 6-24 meses de edad.

A nivel personal, la presente investigación constituye un importante aprendizaje y perfeccionamiento profesional, logrando conocimientos, capacidades y aptitudes para el desarrollo de la investigación.

#### **1.4.Objetivos de la investigación**

##### 1.4.1. Objetivo general.

Determinar y analizar la relación entre las prácticas maternas de alimentación complementaria, los determinantes sociales y anemia en niños de 6-24 meses. Centro de salud Baños del Inca, Cajamarca 2023.

##### 1.4.2. Objetivos específicos.

- Describir las prácticas maternas de alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de salud Baños del Inca, el año 2023
- Identificar los determinantes sociales en las madres de niños de 6-24 meses atendidos en el Centro de salud Baños del Inca 2023.
- Estimar la frecuencia de anemia en niños de 6-24 meses atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca 2023.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1. Antecedentes Internacionales.

Madero K, et al (13). Realizaron un estudio en Colombia año 2021 con el objetivo de evaluar la aplicación de la estrategia AIEPI en la promoción de la alimentación complementaria y uso de micronutrientes, estudio cuantitativo descriptivo-correlacional; se utilizó una muestra de 323 padres de familia y/o cuidadores. Resultados: los alimentos de elección fueron los cereales 77,1%, tubérculos 71,8%, frutas 40% y verduras 43%, administran cantidades suficientes de micronutrientes (82,4%), la frecuencia entre 3 y 4 veces al día (51,4%) En relación con el nivel de formación(cuidadores), un 56,7% terminaron los estudios de secundaria y 2,5% no refieren algún tipo de estudios. Respecto a la vinculación al sistema de salud, el 65,3% refiere ser del régimen subsidiado, un 19,2% y 3,1% pertenecen al régimen contributivo y régimen especial.

Infantozzi F,et al (14). En su publicación científica Uruguay 2021, tiene por objetivo sintetizar el conocimiento actual sobre los determinantes sociales de la anemia ferropénica en niños, a través de una revisión sistemática de artículos originales sobre estudios cuantitativos publicados en bases de datos PubMed Central (PMC), SCOPUS Elsevier, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) en el mes de febrero, en la que fueron seleccionados 43 artículos. Resultados: se observó que los niños de Pakistán de los dos quintiles de riqueza más bajos tenían 1,09 más probabilidad de padecer anemia que los niños de los quintiles más ricos (IC



del 95= 1,03–1,16), en Bangladesh, los niños que provenían de hogares sin acceso a fuentes de agua “mejoradas” e instalaciones sanitarias tenían 1,34 (IC del 95 %=1,13-1,59) y 2,48 (IC del 95 %=1,28-5,02) veces más probabilidad de presentar anemia, en Ghana constataron que los niños que contaban con afiliación al seguro médico tenían menos probabilidades de padecer anemia en comparación con los niños no asegurados (AOR: 0,66 IC del 95 %=0,54-0,80), por último, la alimentación con alta frecuencia de alimentos complementarios ricos en proteínas, como huevo, carne o pescado, se asoció con un menor riesgo de anemia (OR 0,34, IC del 95 %= 0,21-0,55). Concluyendo que hay escasez de estudios en América Latina que aborden la problemática desde la perspectiva de los determinantes sociales.

Forero Y, et al (15). Realizaron un estudio en Colombia año 2018, con el objetivo de caracterizar la alimentación en un grupo de niños de 0-24 meses, estudio descriptivo, longitudinal en una muestra de 388 madres. Resultados: a los 6 meses se caracterizó por el inicio de frutas (97,3%), cereales (94,9%), carnes (88,7%), 80,9% habían introducido verduras, 77,6% leche entera y derivados lácteos 68,7%, menor porcentaje (66%) consumo de leguminosas y el 41,8% consumo de huevo. En niños de 2 años el 10% y 29% de niños consumían verduras y frutas 2 veces al día respectivamente, solo el 30,7% consumía alguna fuente de proteína de origen animal 2 veces al día, el huevo es consumido 1 vez al día por el 51,8% y la leche o derivados se consumen 2 o más veces al día por el 64,3% de niños.

Usama G, et al (16). En su investigación realizada en Ecuador 2023, con el objetivo de determinar los factores asociados a la anemia en niños menores de 2 años. La metodología fue la revisión sistémica de bibliografía, en las siguientes

bases de datos electrónicas: Medline (PubMed), Scielo, BVS y Cochrane Library Plus, además de entidades de salud: (OMS), (OPS), (ONU), la muestra fue de 15 Publicaciones. Resultados: sostienen que los niños de 6-11 meses tienen una probabilidad de 1,75 de sufrir anemia en comparación con otro grupo de edad, los niños del quinto quintil de riqueza tienen un 27% menos probabilidades de padecer anemia que los del primer quintil, de igual forma existe una mayor predisposición en aquellos niños cuyas madres tienen menor nivel de educación, la renta familiar igual o inferior a un salario mínimo ha demostrado una razón de posibilidad (RP) del 1,50, uso de agua sin filtrar (RP 1,68), consumo de carne y/o vísceras menos de una vez por semana (RP:0,78).

Falivene M, et al (17).Desarrollaron un trabajo en Argentina 2019 con el objetivo de estudiar los determinantes sociales que se asocian con la anemia en niños menores de 2 años, estudio de tipo transversal, utilizando datos de la encuesta nacional de Salud y Nutrición, con una muestra de 483 registros. Resultados: la asistencia alimentaria total está fuertemente asociada con la anemia (OR 2,09; IC 95%-1,25;3,47), el consumo inadecuado de hierro también tiene una fuerte asociación con la anemia (OR 3,11; IC 95% - 1,4; -6,72), la media de edad de los niños con anemia fue de 17 a 31 meses. Conclusión: los programas de asistencia alimentaria tendrían un efecto protector sobre la prevención de la anemia al igual que el consumo de alimentos fortificados, además de evaluar las políticas de Salud.

González L, et al (18) .Realizaron una investigación en México 2021-2022, con el objetivo de estimar prevalencia de prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 24 meses, el método utilizado fue el análisis de la Encuesta

Nacional de Salud y Nutrición Continua en mujeres de 14-59 años, con diseño probabilístico por estratos y conglomerados , con una muestra de 988 madres. Resultados: la introducción de sólidos, semisólidos y suaves es oportuna en 90% de las niños de entre 6 y 8 meses , hay una tendencia similar por zona rural y urbana, la frecuencia mínima de consumo y la diversidad de la dieta en las niños se encuentra entre 60 y 70% y la diversidad alimentaria fue marginalmente mayor en la zona urbana vs. rural (69,2 vs. 61,6%;  $p<0.01$ ).el consumo de carnes y/o huevo a nivel nacional fue de 73.6% ; sin embargo, es mayor en zona urbana vs. rural (76,6 vs. 66,3%;  $p<0.05$ ) niños que no consumen frutas o verduras representan 25,2%. Por último, 42% de niños tuvieron consumo de alimentos no saludables.

Batista L, et al (19). En su investigación realizada en Brasil (2020), con el objetivo de evaluar la prevalencia de anemia y sus determinantes sociales, estudio transversal de base poblacional, con una muestra de 131 niños menores de 5 años. Los resultados muestran que el 29% tiene anemia y que mayormente es más frecuente en niñas. Las variables que se asociaron significativamente con anemia fueron: la edad del niño ( $pv< 0.001$ ), escolaridad de la madre ( $pv=0.027$ ), ingreso económico ( $pv= 0.013$ ), tipo de vivienda ( $pv=0.001$ ), número de habitaciones por vivienda( $pv=0.032$ ) y número de personas por habitación ( $pv< 0.001$ ), la edad de la madre (promedio 24años) no tuvo relación significativa con la presentación de anemia en el niño( $pv=0.116$ ). Conclusión: La anemia es un problema de salud pública moderada en los asentamientos de reforma agraria de Teresina y posiblemente en todo el mundo. Debe implementarse estrategias que promuevan el desarrollo económico y social de la población.

Millán H, et al (20). En su estudio de investigación realizado en Colombia 2021, con el objetivo de describir las prácticas de alimentación en niños lactantes, estudio cualitativo enmarcado en la etnografía, llevado a cabo mediante entrevistas semiestructuradas, cartografía social y grupos focales, con una muestra de 38 madres. Resultados: El 60% de las entrevistadas viven en condiciones socioeconómicas de pobreza y vulnerabilidad y manifestaron pertenecer al régimen subsidiado de Salud, mayormente ofrecen puré, papilla y sopas y de vez en cuando producto de origen animal, además presentan apropiación con la alimentación perceptiva (niño cuenta con utensilios para alimentarse y comparten el momento de alimentación sin distractores).

Ceriani F, et al (21) . En su estudio realizado en Uruguay 2020, que tiene por objetivo actualizar la información relacionada a las prácticas de alimentación materna, alimentación complementaria, estado nutricional y anemia en niños menores de 24 meses, estudio de tipo transversal con una muestra de 1503 niños. Resultados: viven en promedio por hogar 4,1+- 1,0 persona, en hogares con nivel socioeconómico bajo aumenta a 4,6 +- 1,2, 35,5% de mujeres pertenecen al nivel socio económico bajo, el promedio de edad de la madre es de 29,0 +-6,3 años con un mínimo de 15 años y un máximo de 48 años, escolaridad menor o igual a 6años el 12,1%: En relación a las características de los niños el 48,6% eran niñas. 73,1% de madres respondió que el niño decidía la cantidad de comida que quería comer, 21,3% dijo que “a veces” o “nunca”, 82,3% está de acuerdo en ayudar al niño alimentarse, 12% algo de acuerdo, 91,7% de niños contaba con plato y utensilios propios, 28.6% miraba algún dispositivo electrónico mientras comía. La prevalencia de anemia fue de 27,0%, la anemia fue más frecuente en niños de 18-23 meses (70,9%), es más frecuente en niños que asistían al sub-sector público

(47,2%) En relación a la suplementación con hierro 81,6% lo reciben entre 4-6 meses, 7-11 meses 88%, de 12-23 meses 69,3%, refieren darle diariamente el 95,9%. En cuanto al tipo de suplemento 28% usa el hierro polimaltosado, 20,3% sulfato ferroso, 51,7% otras presentaciones.

#### 2.1.2. Antecedentes Nacionales.

Brito E, (22) .En su estudio de investigación realizado en Lima 2018, con el objetivo de determinar la relación que existe entre las prácticas de alimentación complementaria de las madres y anemia en niños de 6 a 11 meses, estudio de tipo no experimental, descriptivo correlacional, de corte transversal, prospectivo. La población fue 62 madres. Resultados: existe relación significativa entre las prácticas de alimentación complementaria de las madres y anemia. La prevalencia de anemia es 62,9%. En las prácticas de alimentación complementaria según dimensión calidad (72,6%) de madres realizan prácticas medianamente adecuadas, dimensión cantidad (67,7%) medianamente adecuadas, dimensión frecuencia (51,6 %) inadecuadas, dimensión consistencia (59,7%) adecuadas y en las prácticas de higiene de los alimentos; el 51,6% tienen prácticas inadecuadas.

Rojas N, et al.(23).En su artículo científico desarrollado en Lima e Iquitos 2019, que tiene por objetivo, determinar las prácticas maternas de alimentación de niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud, estudio de tipo observacional, descriptivo transversal, en una muestra de 319 madres. Resultados. Las madres tuvieron una edad mediana de 25 años, el 64,89% tienen secundaria completa, 76% son amas de casa, para Lima la diversidad alimentaria mínima fue la práctica con mayor cumplimiento (92%) y el consumo de multimicronutriente fue la práctica de menor cumplimiento (47,68%). Para Iquitos, la práctica de

mayor cumplimiento fue la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses (89%) y la práctica con menor cumplimiento fue la lactancia materna continua al año de vida (63,69%), se encontró diferencia significativa en el consumo de multimicronutrientes ( $p=0,000$ ) con un cumplimiento de (47,8%) para Lima y (77%) para Iquitos.

López E, et al (24) . En su investigación realizada en cusco 2019, con el objetivo de determinar las prácticas de alimentación complementaria, las características sociodemográficas y su asociación con la anemia en niños entre 6 a 12 meses, estudio observacional, transversal y analítico, con una muestra de 360 madres. Resultados: La prevalencia de anemia fue 68,3%, factores asociados fueron: vivir en condición de pobreza ( $p=0,002$ ), recibir una inadecuada diversidad diaria de alimentos ( $p=0,038$ ); recibir una inadecuada cantidad diaria de alimentos ( $p=0,036$ ), la suplementación con hierro ( $p<0,001$ ) fue factor protector. Conclusión: Vivir en pobreza se asoció con padecer anemia; así como algunas prácticas de alimentación complementaria. Estas últimas pueden ser modificables mediante un correcto seguimiento con personal debidamente capacitado.

Castillo E, et al (25). En su trabajo de investigación realizado en Perú (2018), con el objetivo de valorar si de las practicas maternas de alimentación complementaria en niños lactantes de 8 meses de edad son adecuadas, en zonas prevalentes de anemia, estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con una muestra de 206 madres. Resultados: la edad de la madre está entre 18-35 años (90,7%), tienen primaria completa (49,5%), son amas de casa 86,9% y el 62,1% son convivientes, brindaron alimentos ricos en hierro como el hígado y lentejas de consistencia puré (59,4%), alimentos facilitadores de la absorción de hierro 57,6% y el 73,3%

infusiones como inhibidores de hierro, concluyendo que las practicas maternas de alimentación complementaria no son las adecuadas.

García C, et al (26) .En su investigación realizada en Lambayeque, Perú 2021, con el objetivo de determinar el conocimiento y las practicas maternas sobre alimentación complementaria, estudio de diseño no experimental de corte transversal, de tipo correlacional, con enfoque cuantitativo, la muestra estuvo conformada por 151 madres, obtenida por StatCalc, de una población de 250. Resultados: La edad de las madres oscilan entre 26-30 años (31%), el 40% de las madres tienen secundaria completa, con respecto a las prácticas de alimentación se encuentra que el 77% realiza el lavado de manos antes de preparar los alimentos, 86% se lava las manos después de cambiar los pañales al niño, 77% de las madres guarda los alimentos en lugares frescos y limpios, 62% conocen sobre la combinación adecuada de los alimentos. Conclusión: Las madres estudiadas, tienen prácticas adecuadas solo en higiene y almacenamiento de los alimentos en lugares frescos. Pero, inadecuadas en relación a la preparación e interacción madre lactante, en un alto porcentaje.

Anto J, et al (27) .Realizaron un estudio en Lima Norte en el periodo 2018 y primer trimestre 2019, con el objetivo de conocer los niveles de anemia y la proporción de niños menores de tres años que recibieron tratamiento oportuno y visita domiciliaria, atendidos en establecimientos del primer nivel de atención , estudio descriptivo basado en una fuente secundaria, con una muestra de 236 niños. Resultados: la edad media fue de 11,82 meses (DE: 5,82; Rango: 6 a 30), el 56,8% (n=134) representado por varones, el grupo predominante fue de 6 a 11 meses de edad con el 59,3% (n=140), seguido por el grupo de 12 a 17 meses con

el 23,3% (n=55), el 46,2% (n=109) contaban con Seguro Integral de Salud (SIS), el 74,2% (n=175) presentó anemia leve y el 25,8% (n=61) anemia moderada, no hubo casos con anemia severa, además no se encontró diferencias significativas del nivel de anemia respecto al género y tenencia de seguro de Salud.

### 2.1.3. Antecedentes Locales.

No se han identificado estudios de investigación (posgrado) semejantes a nivel local.

## 2.2. Marco Doctrinal

Para poder abordar y explicar adecuadamente los hallazgos del presente estudio, se tendrá en cuenta las teorías de promoción de la salud de Nola Pender y la teoría de los determinantes sociales de la Comisión de determinantes sociales de la OMS.

### 2.2.1. Teoría de Promoción de la Salud.

Esta teoría asocia en el individuo factores cognitivos-preceptuales entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, las prácticas maternas de alimentación complementaria, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud. El modelo radica en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de esta manera hay menos gente



enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”.

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera teoría, es la de la **Acción Razonada**: originalmente apoyada en Ajzen y Fishben, donde explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. La segunda es la **Acción Planteada**: añadida a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas. La tercera es la **Teoría Social-Cognitiva**, de Albert Bandura en la cual se expone que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento” (28).

Según Pender, el Modelo de promoción de la salud reanuda las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la forma de ver la realidad que lo rodea. Las madres de niños de 6-24 meses traen experiencias acerca de cómo alimentar a sus hijos, las mismas que son transmitidas de generación en generación y son influenciadas por la cultura e ideología desarrollada en el contexto en el que viven. La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas que, para el presente estudio, está determinado por las prácticas maternas de alimentación complementaria, determinan las conductas adoptadas por la persona.

Según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:

Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla, disminuyendo las barreras para la acción, las cuales pueden ser personales e interpersonal. El personal de salud desempeña un papel primordial al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y establecer los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas.

Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona impulsan hacia una determinada acción, también la influencia interpersonal y situacionales, son fuentes valiosas de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente originando un sentimiento de respaldo y aceptación.

Aspectos como la edad tiene peculiarmente que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; pues a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá perjudicado el estilo de vida, el género es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar. La cultura es una de las más influyentes condiciones que llevan a las

personas a tomar un estilo de vida ya sea saludable o no y por último la clase o nivel socioeconómico es un componente fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable.

El Modelo de Promoción de Salud. se centra en la salud del individuo, le da la aptitud de cambiar su situación a nivel salud y comprende los factores externos que sean válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad (28).

La promoción de la salud está relacionada con la adopción de estilos de vida saludable y uno de ellos son las prácticas de alimentación complementaria y como menciona Nola Pender el sector salud juega un rol importante en la adopción de las mismas, al desarrollar mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, en este caso de los niños y sobre todo de los más pequeños.

#### 2.2.2. Teoría de los Determinantes Sociales de la Salud.

El modelo planteado por la Comisión de los determinantes sociales OMS 2008, parte desde un abordaje que reconoce que «el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos primordiales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social». Además, describe que los gobiernos son responsables de respaldar este derecho, y sólo pueden cumplirlo adquiriendo medidas sociales y de salud adecuadas; una buena salud exige la presencia de un sistema de salud de buena calidad, con una perspectiva universal, integral e integrada, equitativo, eficaz, receptivo y accesible y una participación coordinada de los diversos sectores de un territorio y que se conviertan la base para la generación de políticas públicas efectivas.

Esta comisión indica que por determinantes sociales de la salud se entienden, aquellas condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Es decir, de la distribución del poder, los ingresos, los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolaridad y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión «determinantes sociales» sintetiza al conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud.

Así pone énfasis por las «causas de las causas», los factores sociales que determinan el crecimiento, la vida, el trabajo y el envejecimiento de la población, cuáles son las condiciones que determinan o que subyacen a las inequidades sociales y de salud, y si estas condiciones, ahora denominados determinantes sociales, actúan solas o están interconectados, y que una vez identificadas es imprescindible abordarlas mediante políticas integrales e integradas, que respondan a las necesidades, problemáticas y contextos específicos de cada territorio.

La comisión de los DSS plantea 2 componentes básicos del modelo: los estructurales y los intermedios. En el presente trabajo se describe brevemente estos componentes.

a) Estructurales y/o sociales: se refiere aquellos atributos que originan o fortalecen la estratificación de una sociedad y establecen la posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos constituyen la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El

adjetivo "estructural" pone énfasis en la jerarquía causal de los determinantes sociales en la creación de las inequidades sociales en materia de salud. Son aquellos que tienen que ver con: posición social, género, raza y grupo étnico, acceso a la educación y al empleo.

b) Intermedios y personales: Los determinantes intermedios se ubican según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición, la vulnerabilidad y a las condiciones perjudiciales para la salud. Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son:

Circunstancias materiales: calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo (medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.) y el entorno físico de trabajo. Circunstancias psicosociales: factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales. Factores conductuales y biológicos: nutrición, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y drogas; los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.

Cohesión social: la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud. Sistema de salud: exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas(29).

Este modelo brinda un aporte importante, porque ayuda a identificar aquellos factores sociales que influyen en el crecimiento y desarrollo del niño, como son los aspectos, culturales, económicos, ambientales, vivienda, saneamiento y el

acceso a los servicios de Salud, permitiendo abordar la salud de manera integral del ser humano, y para entender como estos factores están presentes en la población en estudio.

## **2.3. Bases Conceptuales**

### **2.3.1. Prácticas maternas de alimentación complementaria.**

Las prácticas de alimentación se refieren a los comportamientos específicos que caracterizan a las interacciones durante la alimentación (por ejemplo, número de bocados que se ofrecen, la reacción de los padres frente a la aceptación/rechazo del niño, etc.). Las sugerencias y evaluaciones de las interacciones durante la alimentación a menudo se centran en las prácticas (por ejemplo: cuándo introducir utensilios; qué hacer cuando un niño se niega a comer, etc.). Ha habido relativamente pocos intentos de integrar las prácticas de alimentación con los estilos de alimentación y una falta de directrices claras para los programas de intervención en la promoción de conductas de alimentación saludable y crecimiento.

Las estrategias centradas en la familia y su entorno pueden influir en las prácticas de alimentación de los niños y viceversa. El establecimiento de rutinas en torno a la hora de comer (por ejemplo, comer en el mismo lugar y al mismo tiempo); el asegurar que los niños estén sentados en una posición de apoyo y cómodo, sin distracciones (por ejemplo, la televisión), y modelar la conducta apropiada en la hora de comer (por ejemplo, opciones saludables que los niños puedan alimentarse por sí mismos), puede disminuir los problemas de alimentación.

Así los niños pequeños criados por cuidadores que modelan conductas alimentarias saludables, tales como una dieta rica en frutas y verduras, además de otros alimentos nutritivos como son los productos de origen animal pueden establecer patrones de conductas y preferencias alimentarias que incluyan frutas y verduras. En contraste, los niños de madres que modelan hábitos alimenticios poco saludables (es decir, dietas altas en carbohidratos, refinados y grasas saturadas) tienen mucha posibilidad de desarrollar, en el futuro, dietas poco saludables por ellos mismos. Las intervenciones que impulsan prácticas de alimentación dentro de un contexto de un clima emocional apropiado para el crecimiento y desarrollo del niño donde se responde en forma rápida y con sensibilidad aumentan la probabilidad de una interacción responsiva. Es muy significativo que los programas nutricionales incorporen los conceptos relacionados con las prácticas y estilos de alimentación(30).

La Organización Mundial de la Salud en el año 2021, definió la alimentación complementaria como todo aquel alimento líquido o sólido diferente de la leche materna que se introduce en la dieta del niño, incluyendo las fórmulas lácteas infantiles. El objetivo fue resguardar, favorecer, o ambas cosas, la lactancia con leche materna en los primeros meses de vida. Sin embargo, años más tarde, la Academia Americana de Pediatría y posteriormente la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica establecieron que la alimentación complementaria debe considerarse como la introducción de otros alimentos y líquidos diferentes a la leche materna y a las fórmulas lácteas infantiles, con el fin de disminuir las brechas de energía y nutrientes, que éstas no son capaces de proporcionar. No hay que olvidar que la alimentación complementaria implica cambios metabólicos y endocrinos importantes que

influyen en la salud futura del niño: “alimentación complementaria, futuro del adulto” (31).

Indica también que etimológicamente proviene del latín “*ablactatio*”, que significa destete, término que actualmente se encuentra en desuso, ya que este proceso no implica una supresión de la leche materna o de las fórmulas lácteas infantiles.

Sostiene así mismo, que alrededor de los seis meses de vida, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que aporta la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esa edad el niño tiene la capacidad fisiológica para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios alrededor de los seis meses o si son administrados de forma inadecuada, el crecimiento y desarrollo del niño puede verse afectado. Los principios rectores de una alimentación complementaria apropiada son:

- Seguir con la lactancia materna a libre demanda, con tomas frecuentes, hasta los dos años o más.
- Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades nutricionales del niño (por ejemplo, darles de comer a los lactantes y ayudar a comer a los niños mayores; darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y mantener el contacto visual).
- Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.



- Empezar a los seis meses con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo.
- Aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos.
- Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario.
- Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes.
- Utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario.
- Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos , favoritos y en pequeñas cantidades más veces durante el día (31).

Perea A, et al. (32) definen, a la alimentación complementaria como aquellos alimentos, sólidos o líquidos, distintos a la leche y que se introducen cuando ésta ya no es capaz de cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes. Destaca que es necesaria tanto por razones nutricionales, como de crecimiento y desarrollo, y su introducción constituye una etapa fundamental en la transición desde la alimentación exclusiva con leche a los alimentos de la olla familiar. Esta introducción coincide con un periodo de rápido crecimiento y desarrollo, durante el cual los lactantes son susceptibles de sufrir deficiencias o excesos nutricionales, con cambios notables en la dieta, exposiciones a nuevos alimentos, gustos y experiencias en la alimentación.

Afirma. que, en este primer año, dentro de los primeros 1000 días de vida, el niño va a ir incorporando otros alimentos en un momento en que ya está maduro desde el punto de vista de funciones digestivas, motoras y neurológicas para ingerir alimentos sólidos. Probablemente no exista ningún otro momento en la vida del ser humano en el que la alimentación tenga tanta importancia como en los primeros 1000 días, desde el momento de la concepción hasta cumplir los 2 años de edad. De alguna forma, ese periodo es un momento de plasticidad del genotipo del individuo, en el que la influencia ambiental a través de la nutrición puede dejar una huella que modifique la expresión de los genes y se establezcan cambios genéticos que inciden en su futuro.

Además, refiere que una nutrición apropiada es clave no solo para el crecimiento, sino también para alcanzar un desarrollo intelectual e inmune óptimos y un buen estado de salud en edades posteriores. El objetivo fundamental de la nutrición del niño no es solo conseguir un crecimiento y desarrollo adecuado, sino también prevenir enfermedades crónicas en la edad adulta como son la obesidad, la diabetes, el hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, determinados cánceres o la cardiopatía isquémica. En este sentido, la alimentación complementaria juega un papel primordial, pues una óptima introducción de los distintos alimentos servirá para proporcionar un adecuado soporte nutricional, para evitar déficits de micronutrientes y para conseguir el mejor desarrollo en todos los aspectos del individuo, así como para consolidar hábitos alimentarios saludables.

#### 2.3.1.1. Importancia y finalidad de la alimentación complementaria.

El niño durante su etapa de crecimiento y desarrollo adquiere y descubre un sin número de habilidades, al mismo tiempo que incrementan sus

requerimientos energéticos y nutricionales, por lo que la alimentación exclusiva con leche humana o artificial no puede ser igual en estas etapas de la edad pediátrica. Entre los objetivos que se persiguen con la introducción son:

- Promover un adecuado crecimiento y desarrollo neurológico, cognitivo, del tracto digestivo y el sistema neuromuscular.
- Proveer nutrientes que son insuficientes en la leche materna, tales como: hierro, zinc, selenio, vitamina D.
- Enseñar al niño a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes, así como a fomentar la aceptación de nuevos alimentos.
- Promover y desarrollar hábitos de alimentación saludable.
- Favorecer el desarrollo psicosocial, y la interrelación correcta entre padres e hijos.
- Conducir a la integración de la dieta de la olla familiar.
- Promover una alimentación complementaria que permita prevenir factores de riesgo para alergias, obesidad, desnutrición, hipertensión arterial, síndrome metabólico, entre otras.

Explica así mismo el autor, que las necesidades y requerimientos nutricionales cambian proporcionalmente de acuerdo al crecimiento del niño. De manera característica, a partir del sexto mes de vida el bebé necesita un mayor aporte energético y de algunos nutrimentos específicos, tales como: hierro, zinc, selenio, calcio y las vitaminas A y D. La leche materna exclusiva y las fórmulas lácteas

infantiles son deficientes para cubrir estos requerimientos en el lactante sano, los cuales se deben aportar a través de la alimentación complementaria. Si la alimentación del niño no se ajusta a los requerimientos nutricionales adicionales el crecimiento y desarrollo puede verse afectado.

Así también precisa que el inicio de la alimentación complementaria está influido por una serie de factores anatómicos, fisiológicos ya mencionados, y otros no menos importantes que deben tenerse en cuenta en la práctica diaria, como la incorporación de la madre al trabajo, el tiempo disponible de los padres, el nivel adquisitivo familiar, la cultura de los padres, las costumbres propias de cada región y el ámbito rural o urbano.

El autor relata que en Europa existe una amplia variación en la edad de introducción de alimentos complementarios: el 34% de las madres en Italia introducen la alimentación complementaria antes de los cuatro meses; en Alemania el 16% a los tres meses; en el Reino Unido el 51% la han iniciado antes de los cuatro meses. Sin embargo, también hay registros de introducción tardía de la alimentación complementaria. Un estudio alemán mostró que alrededor del 20% de las madres alemanas pensaba que la lactancia materna exclusiva se debía continuar más allá de los seis meses. Desde 2001 la Organización Mundial de la Salud recomendó iniciar la alimentación complementaria a partir de los seis meses de vida, ya que la leche materna constituye un factor protector frente a la morbimortalidad infantil en los países en desarrollo (33).

### 2.3.1.2. Hábitos de alimentación.

La “alimentación perceptiva” se define como el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación. Este término es empleado para describir que el cuidador o tutor alimenta a los lactantes directamente y asiste a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y saciedad, alimentando despacio y pacientemente, animándolos a comer, pero sin forzarlos. Los padres deben tener en cuenta que su obligación es ofrecer los alimentos, mientras el niño decide si los come o no y en qué cantidad. Cuando el niño rechaza el biberón, la cuchara, o escupe el alimento, es indicio que está satisfecho.

Así mismo el niño debe tener su propio plato, de manera que el cuidador pueda saber si el niño está recibiendo suficiente comida. Para alimentar al niño se puede emplear una cuchara, o las manos limpias; dependiendo de la cultura. Los utensilios deben ser los apropiados para la edad del niño. Se deben aminorar las distracciones durante las horas de comida y recordar a los padres que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor, por lo que se debe hablar con los niños y mantener el contacto visual (33).

### 2.3.1.3. Preparación de alimentos e higiene.

La preparación y el almacenamiento seguros de los alimentos complementarios reducen el riesgo de diarrea. Por lo tanto, todos los utensilios, como vasos, tazas, platos y cucharas utilizados para alimentar al lactante, deben ser exhaustivamente lavados. En muchas culturas es común el comer con las manos, por lo que es importante que las manos del cuidador y del niño sean cuidadosamente lavadas antes de comer.

Los alimentos deben ser correctamente refrigerados; cuando no puedan ser refrigerados, deben ser consumidos no más de 2 horas después de ser preparados, impidiendo con ello que las bacterias tengan tiempo para multiplicarse (33).

#### 2.3.1.4. Variedad de alimentos.

Un buen alimento complementario es rico en energía, proteínas y micronutrientes (hierro, zinc, selenio, calcio, vitamina A y folatos); no es picante, dulce, ni salado; el niño puede comerlo con facilidad; es fresco, poco voluminoso e inofensivo; debe ser de su agrado; está disponible localmente y es asequible. Los alimentos complementarios deberían brindar suficiente energía, proteína, lípidos, carbohidratos y micronutrientes para cubrir las brechas de energía que deja la leche materna.

Las prácticas de alimentación durante los primeros 24 meses de vida son un factor decisivo sobre la salud y el desarrollo de algunas enfermedades a corto, mediano y largo plazo. La investigación de estos efectos es un desafío clínico debido a la gran diversidad y complejidad de prácticas en alimentación durante este grupo etáreo, lo que puede limitar la viabilidad y generalización de los ensayos clínicos realizados sobre este tema. Los datos disponibles son limitados tanto en cantidad como en calidad, pero sugieren que los alimentos complementarios (es decir, los alimentos sólidos y líquidos distintos a la leche materna o las fórmulas lácteas infantiles), no deben ser introducidos antes de los 4 meses, y no deberían retrasarse más allá de los 6 meses, ya que se ha visto que esta práctica podría impactar en la reducción del riesgo en su salud (33).

El Ministerio de Salud del Perú, con la finalidad de promocionar la adecuada alimentación y nutrición infantil emitió los Lineamientos de Nutrición Infantil- Norma técnica N°010-INS-V-01-2004, que entre otros aspectos importantes plantea que: a partir de los seis meses de edad el niño además de continuar con lactancia materna necesita iniciar la alimentación complementaria. Cuando el niño empieza a comer otros alimentos diferentes a la leche materna, es necesario tener mucha paciencia, no forzarlo, gritarlo, ni asustarlo. El momento de comer debe ser un espacio familiar tranquilo y lleno de cariño. Una comunicación permanente a través del canto, palabras tiernas, y las caricias en la piel son las mejores formas de estimular esta relación afectiva entre los niños y sus padres o cuidadores. La cantidad de alimentos requeridos se incrementará conforme el niño vaya aumentando en edad. Si la brecha no es cubierta, el niño puede detener su crecimiento o crecer lentamente, debido a la falta de energía y nutrientes.

El MINSA destaca la importancia de practicar la alimentación interactiva estando atento a las señales del niño respondiendo con paciencia y amor. Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no sólo de qué alimentos se le ofrece al niño en sus comidas (qué dar de comer), sino también es fundamental la manera de cómo, cuándo, dónde y quién da de comer a un niño. Otro aspecto no menos importante es la interrelación entre el niño y la persona que lo cuida, durante la alimentación puede ser crítica e influenciar sobre el consumo de nutrientes y por último promover prácticas de higiene en la manipulación de alimentos para evitar infecciones.

También afirma que para evitar enfermedades diarreicas por agua y alimentos contaminados recomienda:

- Lavado de manos con agua y jabón de la madre o cuidadora, antes de la preparación de los alimentos, antes de dar comer al niño, después de usar el baño o letrina y después de limpiar a un niño que ha defecado. Igualmente mantener limpia las manos y la cara del niño.
- Mantener los alimentos tapados y servirlos inmediatamente después de prepararlos. Utilizar utensilios limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, etc) para preparar y servir los alimentos.
- Evitar el uso de biberones y chupones debido a la dificultad para mantenerlos limpios, además de otros efectos negativos.
- Utilizar agua segura (potable, clorada o hervida) y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.
- Conservar los alimentos en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos.
- Colocar la basura o restos de comida en recipientes tapados y fuera de la vivienda. Los restos de comida que el niño pequeño deja en el plato no se deben guardar para un posterior consumo, pues se descomponen fácilmente.

Indica así mismo Iniciar con alimentos semi - sólidos (papillas, mazamoras, purés) evitar el uso de bebidas azucaradas de bajo valor nutritivo. Ir cambiando gradualmente la consistencia conforme el niño crece y desarrolla, de acuerdo a su edad, ofreciendo los alimentos aplastados, triturados y luego picados, hasta que el niño se incorpore en la alimentación de la olla familiar. A partir del sexto mes de edad el niño deberá iniciar la alimentación complementaria con



preparaciones semisólidas como papillas, mazamoras o purés con una densidad energética no menor a 0.8 kcal/g Gradualmente se incrementará la consistencia y variedad de los alimentos que se le ofrezcan, adaptándolos a sus requerimientos y habilidades desarrolladas según su edad.

Precisa que la alimentación complementaria se preparará con alimentos disponibles en la olla familiar y apropiada para su edad. A los seis meses, se iniciará con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamoras o purés; entre los 7 y 8 meses, se ofrecerá los alimentos triturados bajo las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente entre los 12 y 24 meses, la alimentación deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar. Alimentar al niño durante el día con tres comidas principales y dos entre comidas adicionales conforme crece y desarrolla según su edad.

Así a los seis meses, se empezará con 2 comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a 3 comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 y 11 meses, además de las 3 comidas principales deberán recibir una entre comida adicional y su leche materna; y, finalmente entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedará establecida en 3 comidas principales y dos entre comidas adicionales, además de lactancia materna. En las comidas adicionales de media mañana o media tarde, se ofrecerán de preferencia alimentos de fácil preparación y consistencia espesa (mazamorra, papa sancochada, entre otros) o ya listos para consumir (pan, fruta u otros alimentos sólidos), de modo que el niño los pueda comer por sí solo.

Luego Incrementar la cantidad de alimentos que se ofrece al niño en cada comida, conforme crece y se desarrolla según su edad. A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a ½ taza (100 g o 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a ¾ de taza (150 g. o 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, más una entre comida adicional; y, finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200 g o 7 a 10 cucharadas aproximadamente, tres veces al día, más dos entre comidas adicionales.

Desde los seis meses de edad, el niño debe tener su propio recipiente (plato o taza) y cuchara, para que la madre o la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta. Incluir diariamente alimentos de origen animal como carnes, hígado, pescado, sangrecita y huevo. Incorporar leche y/o productos lácteos en las comidas del niño, debido al crecimiento y desarrollo rápido durante los primeros 2 años de vida. A partir de los seis meses de edad las necesidades de hierro, así como del zinc y calcio deben ser cubiertas con la alimentación complementaria, porque a los 6 meses de edad se produce un balance negativo especialmente del hierro.

Los alimentos de origen vegetal, por sí solos no satisfacen las necesidades de estos y otros nutrientes, por lo que se recomienda incluir carnes, aves, pescado, vísceras, sangrecita y huevo en la alimentación complementaria lo más pronto posible, de esta manera se asegura el aporte del hierro, zinc, calcio y vitamina A. También se debe promover el consumo diario de frutas y verduras disponibles en la zona y por último enriquecer una de las comidas principales del niño con una cucharadita de grasa (34).

Respecto a los sistemas alimentarios, es importante mencionar que el 27 de Julio del 2020, en Roma, se celebró la primera reunión del Grupo Científico de la Cumbre de las Naciones Unidas sobre Sistemas Alimentarios. Estas incluyen desde la agricultura, la agronomía y la climatología hasta la seguridad alimentaria, la nutrición y la salud. Esta cumbre de servir de punto de inflexión en la senda que el mundo debe recorrer hasta alcanzar los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el Grupo Científico desempeña un papel fundamental, ya que presenta medidas audaces situado en datos científicos y soluciones innovadoras en busca de un futuro más equitativo para las generaciones venideras (35).

#### 2.3.2. Anemia.

El Ministerio de Salud define a la anemia como baja concentración de hemoglobina en sangre, y recomienda lo siguiente para prevenirla:

- Educación para la Salud que promueva la importancia de una alimentación variada incorporando diariamente alimentos de origen animal como: sangrecita, hígado, bazo y otras vísceras de color oscuro, carnes rojas, pescado entre otros.
- Pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical, a los 2 – 3 minutos después del nacimiento en el recién nacido a término y sin complicaciones.
- Alimentación complementaria adecuada desde los 6 meses de edad durante la niñez y una alimentación balanceada en la adolescencia que incluya diariamente alimentos de origen animal que son fuente principal de hierro hemínico.
- Inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de nacimiento, de manera exclusiva hasta los 6 meses y prolongada hasta los 2 años de edad.

- Suplementación preventiva con Hierro a niños prematuros a partir de los 30 días de nacido y a niños nacidos a término desde el 4<sup>to</sup> mes hasta los 35 meses.
- Consejería y monitoreo para asegurar la adherencia a la suplementación preventiva en el establecimiento de salud, hogar a través de la visita domiciliaria y otros espacios de su jurisdicción (36).

La Revista Peruana de investigación Materno Perinatal, hace mención que la anemia infantil es un problema de salud pública creciente en el Perú, y que fisiológicamente, su principal efecto es la disminución del suministro de oxígeno a los tejidos, lo que puede tener consecuencias agudas y crónicas en el infante, que van desde un deterioro leve y pasajero hasta un deterioro severo y permanente de su desarrollo físico (crecimiento) y mental (cognitivo). Refiere también que el diagnóstico de anemia en el infante no es una tarea fácil, pero por acuerdo se utiliza como umbral diagnóstico una hemoglobina o hematocrito igual o menor al percentil 5 para la edad, raza y sexo del paciente. Esto es importante porque en el caso de los infantes, cuyos niveles de hemoglobina suelen ser altos (> 14 g/dL) al nacer, la hemoglobina disminuye rápidamente, las causas de la anemia varían según la edad, sexo, edad gestacional al nacer, raza y altura.

Destaca que en los infantes de 6 a 24 meses de edad la anemia es primariamente adquirida, siendo la anemia por deficiencia de hierro (anemia ferropénica) la principal causa de anemia a esta edad. Una vez establecido el diagnóstico el manejo de los infantes con anemia puede requerir un tratamiento especializado, es por ello que el manejo en el primer nivel de atención requiere siempre, un control riguroso y un monitoreo de los signos de severidad (37).

Las diversas investigaciones aseguran que la anemia es un problema que afecta a casi todos los países del mundo. En América Latina, la anemia es un problema de salud pública moderado o severo en casi todos los países, excepto en Argentina y Uruguay, donde es un problema leve. En el otro extremo se halla el Perú, donde la anemia es un problema de salud pública severo independientemente del grupo poblacional afectado. La anemia por deficiencia de hierro es uno de los problemas nutricionales más frecuentes en países en desarrollo. El Perú no es ajeno a esta situación, por lo que el Estado se ha propuesto priorizar las intervenciones para disminuir este problema y así mejorar la nutrición de nuestros niños, con el objetivo de que tengan mejores oportunidades de desarrollo futuro.

Se afirma, que se ha asignado mayor presupuesto a través del programa articulado nutricional del Presupuesto por Resultados y se han incorporado la prevención y el tratamiento de la anemia en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. De este modo se están financiando tanto las actividades de promoción y prevención, directamente desde los servicios de salud, como las necesarias para el diagnóstico y tratamiento de este mal, a través del Seguro Integral de Salud.

La sociedad peruana, en la actualidad no ha tomado conciencia de la magnitud del problema, de sus consecuencias y costos para el país, más aún, a pesar de ser un problema persistente en el tiempo. Por otra parte, el estado peruano no ha desarrollado una política sistemática que garantice la sostenibilidad de las acciones para combatir la anemia por deficiencia de hierro.

Así mismo, se afirma que la anemia genera una carga importante para el desarrollo del individuo desde temprana edad, se puede decir que tiene un efecto no solo en la vida de cada persona que la padece, sino también sobre la sociedad en su

conjunto en términos sociales y económicos. En este sentido, es importante considerar que la anemia, además de generar costos al Estado en términos de gasto en salud, genera costos a la sociedad en el largo plazo que deben ser considerados para poder valorar cualquier intervención que busque combatirla y mitigar sus efectos tanto para el individuo, familia, como para la sociedad en su conjunto (38).

#### 2.3.2.1. Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en Niños.

Niños de 6 meses a 5 años de edad:

- Normal  $\geq 11.0$  gr/dl
  - Anemia leve: 10.0-10.9 gr/dl
  - Anemia moderada: 7.0-9.9 gr/dl
  - Anemia Severa  $< 7.0$  gr/dl
- Dentro de los factores de riesgo, el MINSA señala que para contraer anemia entre otros considera a la alimentación complementaria deficiente en productos de origen animal ricos en hierro.

Debido a que en el Perú la alimentación promedio de los niños, no cubre los requerimientos altos en este grupo etéreo, a partir de los 6 meses el niño requiere a parte de su suplementación con hierro, una alimentación complementaria que garantice el consumo diario de dos raciones de alimentos de origen animal ricos en hierro. Requerimiento de hierro en niños de 7 a 12 meses 11mg/día (39).

### 2.3.2.2. Signos y síntomas de anemia.

La norma técnica de manejo terapéutico y preventivo de la anemia del MINSA señala los siguientes signos y síntomas. Dentro de los síntomas generales indica Sueño incrementado, astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, fatiga, vértigos, mareos, cefaleas y alteraciones en el crecimiento y desarrollo. En prematuros y lactantes pequeños: baja ganancia ponderal. Alteraciones en piel y faneras: Piel y membranas mucosas pálidas (signo principal), piel seca, caída del cabello, pelo ralo y uñas quebradizas, aplanadas (platoniquia) o con la curvatura inversa (coiloniquia).

También señala alteraciones de conducta alimentaria Pica: Tendencia a comer tierra (geofagia), hielo (pagofagia), uñas, cabello, pasta de dientes, entre otros. Síntomas cardiopulmonares Taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo. Estas condiciones se pueden presentar cuando el valor de la hemoglobina es muy bajo ( $< 5\text{g/dL}$ ). Alteraciones digestivas Queilitis angular, estomatitis, glositis (lengua de superficie lisa, sensible, adolorida o inflamada, de color rojo pálido o brillante), entre otros. Alteraciones inmunológicas Defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos. Síntomas neurológicos Alteración del desarrollo psicomotor, del aprendizaje y/o la atención. Alteraciones de las funciones de memoria y pobre respuesta a estímulos sensoriales (36).

### 2.3.2.3. Prevención y tratamiento de la anemia.

El MINSA indica que el manejo preventivo y terapéutico de la anemia se realizará en base a los productos farmacéuticos contemplados en el Petitorio Único de Medicamentos – (PNUME) vigente, de acuerdo a esquema establecido. Se tendrá en cuenta el contenido de hierro elemental según cada producto

farmacéutico. El diagnóstico de anemia se basa en los valores de hemoglobina, según edad, sexo y condición fisiológica.

a). Entrega de los suplementos de hierro:

En el caso de los niños la entrega del suplemento de hierro y la receta correspondiente, ya sea de suplementación terapéutica o preventiva será realizada por personal médico o de salud capacitado que realiza la atención integral del niño.

Contenido de Hierro elemental de los productos farmacéuticos existentes en PNUME.

<b>PRESENTACION</b>	<b>PRODUCTO</b>	<b>CONTENIDO DE HIERRO ELEMENTAL</b>
GOTAS	Sulfato Ferroso	1 gota = 1,25 mg Hierro elemental
	Complejo Polimaltosado Férrico	1 gota = 2,5 mg Hierro elemental
JARABE	Sulfato Ferroso	1 ml = 3 mg de Hierro elemental.
	Complejo Polimaltosado Férrico	1 ml= 10 mg de Hierro elemental.
POLVO	Micronutrientes	Hierro (12,5 mg Hierro elemental) Zinc (5 mg) Ácido fólico (160 ug) Vitamina A (300 ug Retinol Equivalente) Vitamina C (30 mg)

Fuente: MINSA. NT 134 Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia

b) Tratamiento de la anemia con suplementos de hierro:

- Debe realizarse con dosis diarias, según la edad y condición del paciente.
- Debe realizarse durante 6 meses continuos.
- Durante el tratamiento los niveles de hemoglobina deben elevarse entre el diagnóstico y el primer control. De no ser así, y a pesar de tener una adherencia



mayor a 75%, derivar al paciente a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, donde un especialista determinará los exámenes auxiliares a realizarse.

- Una vez que los valores de hemoglobina han alcanzado el rango “normal”, y por indicación del médico o personal de salud tratante, el paciente será contra referido al establecimiento de origen, para continuar con su tratamiento.

c). Consumo de suplementos de hierro (preventivo o tratamiento):

-El suplemento de hierro se da en una sola toma diariamente.

-En caso que se presenten efectos adversos, se recomienda fraccionar la dosis hasta en 2 tomas, según criterio del médico o personal de salud tratante.

- Para la administración del suplemento de hierro, recomendar su consumo alejado de las comidas, de preferencia 1 o 2 horas después de las comidas.

-Si hay estreñimiento, indicar que el estreñimiento pasará a medida que el paciente vaya consumiendo más alimentos como frutas, verduras y tomando más agua (36).

### 2.3.3. Determinantes sociales de la salud.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, en el año 2008 los define como: "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud". Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, la cual depende a su vez de las políticas

adoptadas; la distribución desigual de los recursos lo que genera grandes diferencias en materia de salud entre países desarrollados y los que están en vías de desarrollo.

Se señala, que al interior de las naciones puede haber marcadas desigualdades entre estados, regiones y localidades e incluso entre diferentes grupos poblacionales, estas diferencias constituyen el estado de salud de cada individuo a través de su repercusión sobre determinantes intermedios, como las condiciones de vida, estilos de vida, circunstancias psicosociales, factores conductuales o biológicos y el propio sistema de salud (29).

A pesar de haber alcanzado algunas metas de los objetivos del milenio (ODM) de reducir a la mitad la tasa de extrema pobreza, la reducción de esta tasa en la Región casi se ha detenido en los últimos años. Esto tiene implicaciones graves para la Región pues la pobreza repercute directamente sobre el acceso a la vivienda digna, los servicios, la educación, el transporte y otros factores vitales para la salud y el bienestar general de las personas. De hecho, la pobreza es posiblemente el determinante individual de mayor impacto en la salud. Para superar los obstáculos y lograr progresos, es indispensable que las políticas sociales reconozcan la función de género como un fuerte determinante estructural de la salud. Por ejemplo, las mujeres tienen costos de salud mayores que los hombres debido a su mayor utilización de los servicios de atención de salud, al mismo tiempo, las mujeres corren un mayor riesgo que los hombres de ser pobres, desempleadas o estar contratadas en trabajos que no ofrecen prestaciones de atención de salud.

Al abordar los determinantes sociales de salud se ha hecho claramente hincapié en la importancia del trabajo multisectorial, la inaceptabilidad de las marcadas

inequidades en materia de salud y la salud como derecho inclusivo humano. Para actuar con respecto a los determinantes sociales de la salud en la Región de las Américas sobre la base de la equidad, es indispensable reconocer las causas complejas y a menudo persistentes de la mala salud y la inequidad en aspectos de salud mediante la investigación desde las ciencias sociales y la epidemiología. Al abordar las «causas de las causas» que son esenciales para la buena y la mala salud, el enfoque de los determinantes sociales de la salud puede eliminar algunos de los principales obstáculos que repercuten en la salud y resolver algunos de los problemas de salud de más difícil solución en la región que están estrechamente vinculados con las dimensiones de la inequidad, y apoyar así la transición progresiva hacia la salud universal (3).

De la Guardia Gutiérrez et al (40), mencionan que el concepto de salud se ha modificado a lo largo del tiempo, desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió en 1948 como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedades o afecciones. Posteriormente, Milton Terris la definió como un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no solamente ausencia de enfermedades o invalidez. Luego la OMS con la estrategia de "Salud para todos en el año 2000" estableció el que todas las personas tengan un nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven.

De igual manera señala que la salud, abarca aspectos subjetivos (bienestar físico, mental y social), objetivos (capacidad de funcionamiento) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo), por tanto, es un recurso para la vida

diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que destaca los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. La salud es un derecho inclusivo humano fundamental, en la Carta de Ottawa se destacan determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos, el reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud.

Así también precisa que los determinantes del estado de salud de la población han estado sometidos a las contingencias históricas de la especie humana, abarcan desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y, por supuesto los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud.

Los determinantes sociales de la salud que identifica la OPS/OMS para su abordaje, son los estructurales y los intermedios.

a.-Estructurales y/o sociales: se refiere aquellos atributos que originan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de las personas dentro de una sociedad. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo "estructural" recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la creación de las inequidades sociales en materia de salud. Son aquellos que tienen que ver con: posición social, género, raza y grupo étnico, acceso a la educación y al empleo.

b.-Intermedios y personales: Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son:

Circunstancias materiales: calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo (medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.) y el entorno físico de trabajo.

Circunstancias psicosociales: factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales.

Factores conductuales y biológicos: nutrición, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y drogas; los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.

Cohesión social: la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud.

Sistema de salud: exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas.

A continuación, se presenta el marco conceptual de los determinantes de la salud propuesto por la OMS:(40).

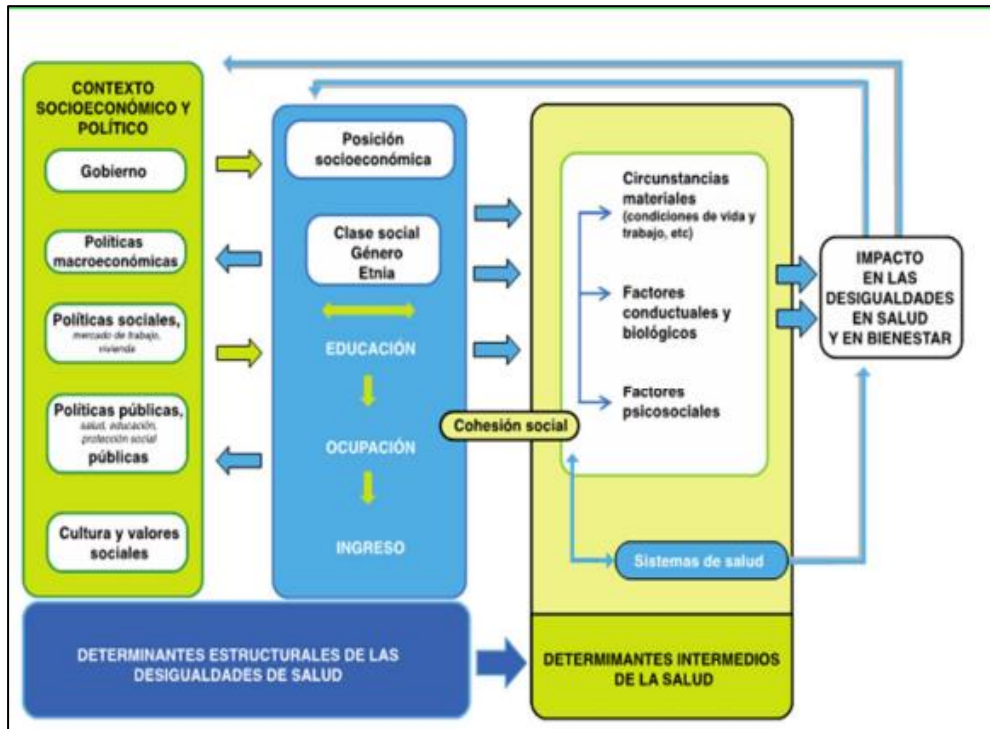


Ilustración 1. Descripción del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud que recomienda la OPS/OMS.

## 2.4. Bases Legales

- Lineamientos de Salud Infantil. Norma técnica N° 010-MINSA-INS.V01-2004 (34).
- Reglamento de Alimentación. Decreto Supremo N° 009-2006-SA Directiva sanitaria para la implementación de lactarios en establecimientos y dependencias del Ministerio de Salud(41).
- Resolución Ministerial N° 250-2017 MINSA. NT 134 manejo terapéutico y preventivo de anemia en niños(42).
- Plan de reducción de la Anemia en el Perú 2017-2021(43).
- Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 -2021(44).

- Plan concertado de salud 2007-2020(45).
- Guías alimentarias para niños(a) menores de dos años. Abril 2021 (46)
- Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS.(47)

## 2.5. Definición de términos

**Prácticas de la alimentación complementaria**, comprende modos de preparación y técnicas de preservación. Incluye actitudes sobre la comida, tabúes, hábitos y los sistemas en que se realizan las distintas refecciones. (48)

**Alimentación complementaria**, consiste en introducir alimentos adicionales a la leche materna, se inicia a los 6 meses y finaliza alrededor de los dos años de edad, que es cuando la alimentación con leche materna es reemplazada totalmente por los alimentos de la olla familiar (49).

**Anemia**, se presenta cuando el número de glóbulos rojos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo(42).

**Alimentación**, la alimentación es la actividad mediante la que tomamos del mundo exterior una serie de sustancias necesarias para poder nutrirnos. Estas sustancias están contenidas en los alimentos que componen nuestra dieta (41).

**Frecuencia**, representan la ocurrencia de un fenómeno de salud (enfermedad, trastorno o muerte) en poblaciones y, por lo tanto, son fundamentales para las investigaciones descriptivas y analíticas(50).

**Determinantes sociales en salud**, son las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de

fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos (3).

**Niño.** - De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), convención por los derechos de los niños, lo define como todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad(51).

**Centro de salud,** establecimiento de salud del Primer Nivel de Atención que tiene la responsabilidad de brindar atención integral de salud a un conjunto de personas asignadas a su cargo de un ámbito geográfico, en donde se desarrollan principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad(52).

## **2.6. Hipótesis**

### **Hipótesis Alternativa.**

Existe relación significativa entre las prácticas maternas de alimentación complementaria, los determinantes sociales y la anemia en niños de 6 a 24 meses

### **Hipótesis Nula.**

No existe relación entre las prácticas maternas de alimentación complementaria, los determinantes sociales y la anemia en niños de 6 a 24 meses.



## **2.7. Variables**

**Variable 1:** Prácticas maternas de alimentación complementaria.

**Variable 2:** Determinantes sociales de la salud.

**Variable 3:** Anemia en menores de 6 a 24 meses.

2.7.1. Operacionalización de las variables.

Prácticas maternas de alimentación complementaria, determinantes sociales y anemia en niños de 6-24 meses. Centro de Salud Baños del Inca, 2023.

Variables	Definición conceptual	Operacionalización de las variables				Tipo de variable y escala de medición
		Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	
Prácticas maternas de alimentación complementaria	Comprende modos de preparación y técnicas de preservación Amón et al (49)	Son los modos de preparación de la alimentación del niño según edad por la madre y la administración de micronutrientes.	<p><b>Práctica adecuada:</b></p> <p>Cuando la madre contesta correctamente de 7 a 13 preguntas.</p> <p><b>Práctica inadecuada,</b></p> <p>cuando responde correctamente 6 preguntas o menos.</p>	Consistencia:	<p>Papillas, mazamorras o purés, en niños de 6-8 meses.</p> <p>Alimentos picados en niños de 9-11 meses.</p> <p>Alimentación integrada a la olla familiar en niños de 12 a 24 meses.</p>	ORDINAL
				Cantidad	<p>3 a 5 cucharadas ½ plato mediano, en niños de 6-8 meses.</p> <p>5 a 7 cucharadas ¾ de plato mediano, en niños de 9-11 meses.</p> <p>7 a 10 cucharadas, 1 plato mediano en niños de 12-24 meses.</p>	

				<p>Frecuencia</p> <p>3 comidas al día en niños de 6-8 meses.</p> <p>3 comidas al día + una adicional, en niños de 9-11 meses.</p> <p>3 comidas al día + dos adicionales, en niños de 12-24 meses.</p>	
				<p>Tipo de Alimento</p> <p>-Carne, pescado, pollo, hígado, bazo, sangrecita, -leche queso y otros productos lácteos (a partir del año de edad) -fruta y verduras - papa, arroz, menestras, productos con harina -aceite vegetal, mantequilla, pecanas ,maní, almendras</p>	
				<p>Presentación del Micronutriente</p> <p>-Gotas (hierro polimaltosado) -Jarabe (sulfato ferroso) -Chispitas</p>	
				<p>Hora de administración del Micronutriente</p> <p>-Cuando se despierta -A las 10 de la mañana -Medio día -Por la tarde</p>	
				<p>Administración del Micronutriente</p> <p>Diariamente. De vez en cuando. 1 vez a la semana.</p>	

					No se acuerda	
				Lavado de manos	Antes de la preparación de alimentos Antes de darle de comer al niño Después de usar servicios higiénicos.	
				Cuidado de los alimentos en el hogar.	Almacenamiento adecuado, limpio. Sirve los alimentos cocidos inmediatamente. Preparación con higiene	
				Rutinas	Definido hora de Comer. Posición adecuada del niño, sentado. Conducta apropiada: Enseña a que el niño coma solo.	
Determinantes sociales de las madres de	Son las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven	Son un conjunto de condiciones sociales, económicos en las cuales las madres viven y	Biológica	Edad	12-19 adolescente 20-25 años joven  26-34 adulta >=35 años añosa	ORDINAL

niños de 6-24 meses	y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana"(42)	se desarrollan y determina su nivel de salud y de sus hijos.		Grado de instrucción	Sin instrucción. Primaria. Secundaria. Superior Universitaria. Superior Técnica	
				Residencia	Zona urbana Zona rural	
				Posición Social Autopercebida	Buena Regular Mala	
				Saneamiento ambiental	Agua y desagüe Luz Vivienda saludable. (3 habitaciones, ventilada, con buena iluminación) Hay más de 3 personas x habitación	

			Acceso a servicios	Salud	Tiene SIS ESSALUD Seguro privado Ninguno	Nominal
			Económico	Ingreso mensual	Menos de 100 soles 100 a menos de 500 soles 500 a menos de 1000soles 1,000 a más	Ordinal
Anemia en menores de 6-24 meses de edad	Presencia de concentración de hemoglobina por debajo de los niveles límites de referencia para la edad, el sexo. (44)	Para este estudio el punto de corte fue con valores de hemoglobina = 11gr/dl	Sin anemia	Valores normales	Cuando los valores de la Hb son $\geq$ 11.0gr/dl.	Ordinal
			Con anemia	Leve	Cuando el valor de la Hb es 10.0-10.9gr/dl	
				Moderada	Cuando el valor de la Hb es 7.0-9.9gr/dl	
				Severa	Cuando el valor de la Hb es $<$ a 7.0gr/dl	

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Área geográfica y ámbito de estudio**

La investigación se llevó a cabo en el ámbito del Centro de Salud Baños del Inca, con categoría I-4 durante el año 2023, establecimiento puerta de entrada de la zona sanitaria 2, de la Red Integrada de Salud Cajamarca y está ubicado en la capital del distrito del mismo nombre, atiende a una población total de 26,127 habitantes. El establecimiento de salud está sectorizado de la siguiente manera: cuenta con 6 comunidades rurales y 3 sectores urbanos, para brindar la atención tiene un archivo organizado en carpetas familiares identificadas con una letra de abecedario y numeración correlativa.

La cartera de servicios que ofrecen es la siguiente:

- Atención de parto las 24 horas.
- Atención de emergencia las 24 horas.
- Reposo, observación e internamiento.
- Atención integral del niño.
- Atención integral a la gestante y MEF.
- Atención en enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Algunas especialidades: como Pediatría, neurología, endocrinología, ginecología.

- Otros servicios: nutrición, odontología, psicología.
- Servicios de apoyo al diagnóstico: laboratorio y ecografías.

De las actividades económicas del distrito básicamente es la agricultura y ganadería, y el sector urbano es el turismo. También se observa gran migración los que ocasiona modificaciones en los estilos de vida de los pobladores, así como otros problemas como el hacinamiento. Actualmente se observa la existencia de urbanización de grandes áreas verdes y en muchos de los casos sin una supervisión técnica por parte de las autoridades encargadas.

### **3.2. Tipo y Diseño de Investigación**

Es un estudio de tipo descriptivo, porque se describieron las variables de estudio tal como se encontraron en la realidad. Correlacional, porque tuvo como propósito medir la relación estadística que existe entre las prácticas maternas de alimentación complementaria, los determinantes sociales y la anemia en niños de 6-24 meses.

El presente trabajo se realizó con un diseño no experimental, porque no se manipularon las variables sino se captaron de la realidad tal cual se presentaron, de corte transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento, en un tiempo único(53).

### **3.3. Método de Investigación**

El método fue hipotético- deductivo porque combinó la reflexión o momento racional (la formación de hipótesis y la deducción) con la observación de la realidad o momento empírico (la observación y la verificación)(53).



### 3.4. Población, Muestra y Muestreo

#### **Población:**

La presente investigación tuvo como población de estudio a todas las madres de los niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca el año 2023, que según los registros estuvo conformada por 413 madres.

Para determinar el tamaño de la muestra requerida para la investigación, se empleó el muestreo aleatorio simple para estimación de proporciones poblacionales, con una confiabilidad del 95% y un nivel de precisión en las mediciones del 5%. Se calculó teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{E^2(N-1) + Z^2PQ}$$

Dónde:

n= Tamaño de la muestra

N= 413 madres de niños de 6-24 meses de edad

Z= 1,96 (Confiabilidad al 95%)

P= 0,92 (Proporción estimada de la diversidad alimentaria mínima como práctica con mayor cumplimiento)

Q= 0,08 (Complemento de P).

E= 0,05 (Tolerancia de error en las mediciones).

Aplicando la fórmula

$$n = \frac{413 (1,96)^2 (1,96)^2 (0,92)(0,08)}{(0,05)^2(413 - 1) - (1,96)^2(0,92)(0,08)}$$

n= 89 madres.

Luego para estimar las posibles pérdidas de muestra que por razones diversas se podrían presentar (pérdida de información, no responde, no se la ubica etc.) se ha determinado el tamaño de **muestra ajustada por factor perdida** del siguiente modo:

Número de madres sin pérdidas  $n=89$

Proporción esperada de pérdidas  $R= 0,10$

Muestra ajustada por factor perdida:  $n (1/1-R) = 89 (1/0,10) = 99$

### **Muestra**

La muestra estuvo conformada por 89 madres de niños(a) de 6 a 24 meses de edad atendidos en el Centro de Salud Baños del Inca el año 2023.

### **Muestreo**

La selección de la muestra fue mediante la técnica de muestreo aleatorio simple (MAS) utilizando la tabla de números aleatorios. En caso que por alguna razón la madre del niño seleccionado no desee participar de la investigación, se continuó con la siguiente en lista.

## **3.5. Criterios de Inclusión y Exclusión**

### **Criterios de inclusión:**

Madres con niños de 6 a 24 meses que desearon participar voluntariamente en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Madres que tengan ficha familiar en el establecimiento de salud.

**Criterios de exclusión:**

Madres de niños de 6 a 24 meses de edad que se encuentren de visita en el ámbito del distrito de Baños del Inca, o que lleguen por referencia de otros establecimientos de salud.

**3.6. Unidad de Análisis**

La unidad de análisis para este estudio fue cada una de las madres con niños(as) de 6-24 meses de edad, atendidos en el Centro de salud Baños del Inca.

**3.7. Técnicas e Instrumentos de recopilación de Datos****Técnicas:**

La técnica principal para la recolección de datos fue la entrevista y revisión documental.

**Instrumento:**

En la presente investigación se utilizó un cuestionario estructurado y validado que permitió recoger las prácticas maternas de alimentación complementaria, los determinantes sociales y anemia en niños de 6-24 meses de edad.

En el caso del valor de la hemoglobina si no se encontró registrado en el carnet de crecimiento y desarrollo, se procedió a recabar la información de la historia clínica.

El cuestionario fue elaborado por la autora tomando como referencia la norma técnica N° 010 - MINSA-INS-V.01-2004, las Guías alimentarias para niños(a) menores de dos años. Abril 2021 y la clasificación de los determinantes sociales de la Organización mundial de la salud. Consta de 22 preguntas y fue estructurado de la siguiente manera:

Sección I.- contiene Datos generales: Comunidad, edad, sexo del niño, fecha de aplicación del cuestionario. Código de la encuesta.

Sección II.- aborda las Prácticas maternas de alimentación complementaria: fueron clasificadas en adecuadas e inadecuadas: práctica adecuada: cuando la madre contesta correctamente de 7 a 13 preguntas, práctica inadecuada, cuando responde correctamente 6 preguntas o menos.

Sección III.- comprende los determinantes sociales: Se clasificaron en biológico, sociales, acceso a servicios y factor económico. En biológico: edad de la madre. Social: ocupación, grado de instrucción, posición social autopercebida y residencia. Acceso a Servicios: Saneamiento ambiental, Salud (Seguro de Salud) y económico: Ingreso económico.

Sección IV.- se consigna datos de anemia: Se determinó la frecuencia de la anemia del niño de 6 a 24 meses y fue clasificado como sin anemia cuando los valores de la hemoglobina fueron de  $\geq 11.0$ gr/dl y con anemia: anemia leve cuando el valor de la hemoglobina fue 10-10,9gr/dl; moderada: cuando el valor fue 7,0-9,9gr/dl y severa: cuando el valor fue  $< 7,0$ gr/dl.

### 3.8. Validez y Confiabilidad del Instrumento

La validez se refiere al nivel en que un instrumento mide las variables que pretende medir. Dentro del procedimiento para calcular la validez del instrumento se utilizó:

Juicio de expertos. - Se solicitó a 5 expertos para valorar el cuestionario con la finalidad de evaluar la comprensión de los criterios de claridad, objetividad, organización, consistencia y coherencia. Para determinar la validez de contenido del instrumento se tuvo en cuenta la calificación realizada por juicio de expertos: Aplicable ( 7-10 puntos); Aplicable atendiendo a las observaciones (4-6 puntos); No aplicable (<3 puntos).Una vez terminado la validación, las observaciones realizadas por los expertos se tomarón en cuenta para mejorar el instrumento.

El resultado de la validación del instrumento fue 9.4, es decir que el instrumento fue aplicable.

<b>Experto</b>	<b>Validación</b>
Experto 1	10
Experto 2	09
Experto 3	10
Experto 4	10
Experto 5	08

La confiabilidad del instrumento. - se refiere al grado de precisión o exactitud de la medida, en el sentido de que si se aplica repetidamente el instrumento al mismo sujeto u objeto se obtienen iguales resultados. Dentro del procedimiento para determinar la confiabilidad del instrumento se realizó:

**Prueba Piloto:** al 10% de la población en una comunidad perteneciente al Puesto de salud Puylucana, del ámbito de la zona Sanitaria de los Baños del inca, que tuvo las mismas características de la población en estudio, para ello se aplicó una prueba piloto con la finalidad de validar el instrumento, sobre prácticas maternas de alimentación complementaria, determinantes sociales y anemia en niños de 6-24 meses, se utilizó el coeficiente de Alfa de Cronbach. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación. Así mismo, sirvió para adecuar el lenguaje al mundo cultural de la población en estudio.

Como criterio general, George y Mallery (54) (2003, p. 23 sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa  $> 0,9$  es excelente
- Coeficiente alfa  $> 0,8$  es bueno
- Coeficiente alfa  $> 0,7$  es aceptable
- Coeficiente alfa  $> 0,6$  es cuestionable
- Coeficiente alfa  $> 0,5$  es pobre
- Coeficiente alfa  $< 0,5$  es inaceptable

Una vez realizado el piloto y analizado estadísticamente se obtuvo:

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,833	26

La confiabilidad del instrumento tuvo un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,833, lo que indica que el instrumento es bueno y es confiable.

**Procedimiento de recolección de datos:** Este procedimiento se realizó en las siguientes etapas:

- **Primera etapa:** presentación y socialización de los objetivos del estudio de investigación al jefe del Centro de Salud Baños del Inca, jefe de enfermeros y al coordinador del ciclo de vida niño, para obtener el permiso para la realización del estudio. Previa presentación de oficio para acceso a información que se requiere para el estudio (apéndice 1).

**Segunda Etapa:** Coordinación telefónica con la madre para concertar la visita, luego desplazamiento al domicilio de la muestra seleccionada para informar sobre los objetivos del estudio, la confidencialidad de la información, el carácter voluntario de participación y la firma del consentimiento informado. (apéndice 3).

Fue un procedimiento mediante el cual se garantizó que las madres expresen voluntariamente su intención de participar en la investigación luego de haber comprendido los objetivos; así como de la confidencialidad de los datos.

- **Tercera etapa:** aplicación del cuestionario, que tuvo una duración aproximada entre 12 a 15 minutos (apéndice 4).

### **3.9. Técnica de procesamiento y análisis de datos**

El procesamiento de la información se realizó en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel/, bajo el entorno de Windows, luego estos datos fueron transferidos a través del programa estadístico SPSS Versión 27 para el procesamiento y cruce de variables y obtener los resultados de la relación entre las variables, se aplicó la prueba estadística de Chi cuadrado.

Los datos son presentados en tablas simples y tablas estadísticas de asociación, luego se consideró la fase descriptiva que consistió en describir los resultados referentes a las prácticas maternas de alimentación complementaria, los determinantes sociales y la anemia en niños de 6-24 meses. Se utilizó la distribución de frecuencia para la presentación de las variables. Luego se realizó el análisis inferencial para determinar la relación de las variables mediante la prueba de hipótesis Chi-cuadrado.

Finalmente, el análisis de los datos se realizó teniendo en cuenta el marco teórico y los antecedentes sobre el tema y se realizó el análisis univariado y bivariado. Para el análisis e interpretación del resultado de Chi cuadrado se tuvo en cuenta si p valúe es menor a 0.05 entonces se aceptó la hipótesis de investigación con 95 de confiabilidad, y si es mayor se rechazó.

### **3.10. Criterios Éticos**

Beneficencia: se explicó a la madre que los resultados obtenidos de la investigación servirán para mejorar la atención a los niños de 6-24 meses de edad.



Maleficencia: Con la aplicación del cuestionario a las madres no se incurrió en ningún acto que pudiera causar daño o lesión a las madres; la participación fue informada y voluntaria.

Autonomía: Se explicó el objetivo de la investigación, confidencialidad y se dejó que la madre tome la decisión de participar voluntariamente o no.

Justicia: Se trató a cada madre de manera amable, justa sin discriminación de raza, religión o cualquier otro aspecto cultural de la madre.

Confidencialidad: se explicó a todas las madres que las respuestas al cuestionario eran confidenciales y de uso exclusivo para la investigación, por lo que no se consideró el nombre de la madre en el cuestionario.

## CAPITULO IV

### PRESENTACIÓN DE RESULTADOS-ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Prácticas maternas de alimentación complementaria en niños de 6-24 meses. Según consistencia, cantidad, frecuencia y tipo de alimento. Centro de salud Baños del Inca, 2023

PRÁCTICAS	EDAD_NIÑO						Total	
	De 6 a 8 meses		De 9 a 11 meses		De 12 a 24 meses			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>CONSISTENCIA</b>								
Alimentos aplastados, sin leche	4	21,1	3	50,0	1	1,6	8	9,0
Alimentos espesos	15	78,9	0	0,0	0	0,0	15	16,9
Alimentos picados	0	0,0	2	33,3	17	26,6	19	21,3
CalDOS y sopas	0	0,0	1	16,7	13	20,3	14	15,7
Lo mismo que todos comemos(de la olla familiar)	0	0,0	0	0,0	33	51,6	33	37,1
<b>CANTIDAD</b>								
2 cucharadas de su plato	1	5,3	0	0,0	0	0,0	1	1,1
2a5 cucharadas de plato mediano	1	5,3	1	16,7	0	0,0	2	2,2
3a5 cucharadas o 1/2 plato mediano	10	52,6	0	0,0	0	0,0	10	11,2
5a7 cucharadas del plato mediano	0	0,0	0	0,0	14	21,9	14	15,7
5a7 cucharadas o 3/4 de plato mediano	1	5,3	5	83,3	0	0,0	6	6,7
5a7cucharadas del plato mediano	0	0,0	0	0,0	2	3,1	2	2,2
7a10 cucharadas o un plato mediano	0	0,0	0	0,0	38	59,4	38	42,7
7a10 cucharadas-1/2 plato mediano	0	0,0	0	0,0	1	1,6	1	1,1
lo que quiera comer del plato mediano	6	31,6	0	0,0	9	14,1	15	16,9
<b>FRECUENCIA</b>								
2comidas al día	1	5,3	0	0,0	0	0,0	1	1,1
2comidas al día + una adicional	7	36,8	0	0,0	5	7,8	12	13,5
3comidas al día	10	52,6	1	16,7	0	0,0	11	12,4
3comidas al día + 2 adicional	0	0,0	0	0,0	59	92,2	59	66,3
3comidas al día + una adicional	1	5,3	4	66,7	0	0,0	5	5,6
3comidas al día +1 adicional	0	0,0	1	16,7	0	0,0	1	1,1
<b>TIPO DE ALIMENTO</b>								
Alimento de origen animal :1 vez por semana	1	5,3	1	16,7	5	7,8	7	7,9
Alimento de origen animal nunca	0	0,0	0	0,0	1	1,6	1	1,1
Alimento de origen animal todos los días	13	68,4	5	83,3	36	56,3	54	60,7
Alimento de origen animal:2 veces x semana	5	26,3	0	0,0	19	29,7	24	27,0
Productos lácteos nunca	0	0,0	0	0,0	3	4,7	3	3,4

En la tabla se puede observar que del total de niños de 6-8 meses de edad 78,9% recibe alimentos de consistencia espesa, sólo 33,3% de niños de 9-11 meses reciben alimentos picados y los niños de 12 -24 meses 51,6% alimentos de la olla familiar. Dato que es diferente al reportado por González L, et al. (18) en su investigación realizada en México 2021-2022, informaron que la introducción de sólidos, semisólidos y suaves es oportuna en 90% de los niños de entre 6 y 8 meses, la diferencia puede deberse a la evaluación del indicador, en el presente estudio se considera básicamente la consistencia espesa, resultado también que puede explicar la presencia de la anemia en niños de esta edad.

Brito E, (22) en su estudio realizado en Lima 2018, por su parte encontró que, 59,7% de madres realizan prácticas de alimentación complementaria adecuada en indicador consistencia. Dato disímil con el del presente estudio debido muy posible a la diferencia de agrupación en el grupo etario (6-11 meses de edad). Los datos reflejan la existencia de una significativa brecha en la forma de preparar los alimentos de acuerdo a la edad del niño, por lo que el personal de salud debe fortalecer la sesión demostrativa con mensajes claros y estos deben ser evaluados para garantizar la comprensión materna y sobre todo el desarrollo de una conciencia crítica para llevar a cabo estas prácticas de alimentación en forma correcta, porque tiene que ver con la salud y el desarrollo intelectual de los niños.

Con respecto a la cantidad de alimentos se observa que 52,6% de niños de 6-8 meses recibe de 3<sup>a</sup>5 cucharadas o ½ plato mediano, 83,3% de niños de 9-11 meses de 5<sup>a</sup>7 cucharadas o ¾ de plato mediano y los niños de 12-24 meses 59,4% de 7<sup>a</sup>10 cucharadas o un plato mediano. Los datos demuestran que en el grupo de edad de 9<sup>a</sup>11 meses las madres tienen una mejor práctica en cuanto a la cantidad con respecto a los otros dos, sin embargo, eso no sucede en el indicador consistencia.

En el indicador frecuencia de la alimentación 52,6% de niños de 6-24 meses recibe 3 comidas al día, 66,7% de niños de 9-11 meses recibe 3 comidas al día más 1 adicional y los de 12-24 meses 92,2 % 3 comidas al día más 2 adicionales. Madero K, et al. (13) en su investigación realizada en Colombia 2021, encontraron que 51,4% corresponde a una frecuencia de 3 a 4 veces al día. Dato que difiere con el presente estudio y puede deberse a que no fue agrupado por grupo de edad.

Por último, respecto al tipo de alimento 68,4% de niños de 6-8 meses recibe alimento de origen animal todos los días, 83,3% de 9-11 meses y 56,3% los niños de 12-24 meses. Forero Y, et al. (15) en su estudio realizado en Colombia 2018, reportaron que solo 30,7% consumía alguna fuente de proteína de origen animal 2 veces al día, el huevo es consumido 1 vez al día por 51,8% y la leche o derivados se consumen 2 o más veces al día por el 64,3% de niños. A pesar de la diferencia en los datos encontrados es importante indicar la importancia del consumo de alimento de origen animal en el crecimiento y desarrollo infantil, y que debe ser obligatorio consumirlos todos los días. González L, et al. (18) en su trabajo de investigación realizado en México 2021-2022, también reportaron un dato importante indicando que, 73,6 % consume carnes y/o huevo a nivel nacional; sin embargo, no especifica la frecuencia.

Perea A, et al. (32) mencionan que, probablemente no exista ningún otro momento en la vida en el que la alimentación tenga tanta importancia como en los primeros 1000 días, desde el momento de la concepción hasta cumplir los 2 años de edad. También hace referencia que una nutrición adecuada es clave no solo para el crecimiento, sino también para alcanzar un desarrollo intelectual e inmune óptimos y un buen estado de salud en edades posteriores. En este sentido, la alimentación complementaria juega un papel fundamental, pues una óptima introducción de los distintos alimentos en consistencia,

cantidad, frecuencia y tipo de alimento, servirá para proporcionar un adecuado soporte nutricional, para evitar déficits de micronutrientes y para conseguir el mejor desarrollo en todos los aspectos del individuo, así como para consolidar hábitos alimentarios saludables.

Tabla 2 . Prácticas maternas de alimentación complementaria en niños de 6-24 meses, según tipo y administración de micronutriente. Centro de salud Baños del Inca, 2023.

Tipo y administración de micronutriente	Hora de administración del micronutriente						Total	
	10 de la mañana		Medio día		Por la tarde		n	%
	N	%	n	%	n	%		
<b>Gotas (Hierro polimaltosado)</b>	<b>21</b>	<b>23,6</b>	<b>1</b>	<b>1,1</b>	<b>4</b>	<b>4,5</b>	<b>26</b>	<b>29,2</b>
. Diariamente	17	19,1	1	1,1	4	4,5	22	24,7
. De vez en cuando	3	3,4					3	3,4
. Una vez por semana	1	1,1					1	1,1
<b>Jarabe</b>	<b>14</b>	<b>15,7</b>	<b>4</b>	<b>4,5</b>	<b>4</b>	<b>4,5</b>	<b>22</b>	<b>24,7</b>
. Diariamente	14	15,7	3	3,4	4	4,5	21	23,6
. Una vez por semana			1	1,1			1	1,1
<b>Chispita</b>	<b>1</b>	<b>1,1</b>		<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1,1</b>
. Diariamente	1	1,1		0,0	0	0	1	1,1
<b>No administra</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>		<b>0,0</b>			<b>40</b>	<b>44,9</b>
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>40,4</b>	<b>5</b>	<b>5,6</b>	<b>8</b>	<b>9,0</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>

En la tabla se observa que, 44,9 % de niños de 6-24 meses de edad no reciben micronutriente, de los que reciben 29,2% hierro polimaltosado(gotas), 24,7% Sulfato ferroso (jarabe) y solo 1,1% chispitas. La distribución del micro nutriente está en función de la disponibilidad del insumo en el Ministerio de salud. Con respecto a la hora de administración independientemente del tipo de micronutriente, mayormente lo administran diariamente a las 10am en 40,4% y 5,6% al medio día. Este último dato es diferente al reportado por Ciriani F et al. (21) en su investigación realizado en Uruguay 2020 determinaron que 95,9% los administra diariamente. Por su parte Rojas N, et al. (23) en su trabajo de investigación realizado en Lima-Iquitos 2019, encontraron que el consumo de micronutriente fue la práctica de menor cumplimiento (47, 68%). Con

relación al tipo de Micronutriente se encuentra similitud con los resultados del presente estudio, con lo reportando por el mismo autor quien determinó que el 28% usa el hierro polimaltosado y un 20,3% sulfato ferroso.

Existen algunos factores que pueden tener impacto a la hora de administrar correctamente los micronutrientes, y tiene que ver con la forma en la que se brinda la consejería a la madre, la misma que debe ser con mensajes claros, precisos y cortos, usando terminología sencilla haciendo uso de herramientas metodológicas que permitan una mejor comprensión.

La suplementación preventiva con Hierro a niños prematuros a partir de los 30 días de nacido y a niños nacidos a término desde el 4<sup>to</sup> mes hasta los 35 meses son acciones preventivas que el Ministerio de Salud ha implementado como parte del cuidado integral del niño. Otro aspecto también de gran importancia es la consejería y monitoreo para asegurar la adherencia a la suplementación preventiva en el establecimiento de salud, hogar y otros espacios de su jurisdicción (36).

Tabla 3 . Prácticas maternas de alimentación complementaria en niños de 6-24 meses, según higiene y conservación de los alimentos. Centro de salud Baños del Inca, 2023.

<b>HIGIENE DE LOS ALIMENTOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>En qué momento se lava las manos</b>		
Antes de darle de comer al niño	31	34,8
Antes de preparar los alimentos	26	29,2
Después de usar servicios higiénicos	28	31,5
No se lava las manos	4	4,5
<b>Almacena adecuadamente los alimentos</b>		
A veces(de vez en cuando)	18	20,2
No	4	4,5
Si	67	75,3
<b>Sirve los alimentos cocidos inmediatamente</b>		
A veces(de vez en cuando)	26	29,2
No	1	1,1
Si	62	69,7

**Utiliza agua segura en la preparación de los alimentos**

A veces(de vez en cuando)	2	2,2
No	3	3,4
Si	84	94,4

---

En la presente tabla, se puede evidenciar que, 34,8% de madres se lavan las manos antes de alimentar a su niño, 29,2% lo realiza antes de preparar los alimentos, 31,5% indicó lavarse las manos después de usar los servicios higiénicos y sólo 4,5 % no se lavan las manos. Ese dato es disímil al reportado por García C, et al. (26) en el estudio realizado en Lambayeque 2021, informaron que 77% realiza el lavado de manos antes de preparar los alimentos. La diferencia estriba probablemente en los momentos que utilizó (antes de preparar los alimentos, antes de darle de comer al niño y después de ir a los servicios higiénicos) el presente estudio con respecto al otro para evaluar el lavado de manos.

Con respecto al almacenamiento de los alimentos se encontró que 75,3% de madres lo almacenan adecuadamente y solo 4,5 % lo realiza de manera inadecuada. García C, et al. (26) por su parte en su estudio de investigación realizado en Perú 2021, encontraron que el 77% de las madres guarda los alimentos en lugares frescos y limpios, cifra que podría decirse muestra cierta similitud con el presente estudio.

También se evidencia en la tabla que 69,7% de madres sirve los alimentos inmediatamente y solo el 1,1 % no lo hace, el 94,4% utiliza agua segura en la preparación de sus alimentos; este servicio de agua es brindado por las juntas administradoras de agua, con la supervisión del área técnica de saneamiento de la municipalidad distrital. Los datos que preceden son importantes porque permiten resaltar la importancia que tiene las prácticas de higiene en la preparación, conservación y distribución de los alimentos en la preservación de la Salud, pues, es a través de ellos que se transmiten diferentes enfermedades sobre todo las gastrointestinales.

Cuadros M. et al. (33), señalan que la preparación y el almacenamiento seguros de los alimentos complementarios reducen el riesgo de enfermarse. Por lo tanto, todos los utensilios, utilizados para alimentar al lactante, deben ser exhaustivamente lavados. En muchas culturas es común comer con las manos, por lo que es importante que las manos del cuidador y del niño sean cuidadosamente lavadas antes de alimentarse. Los alimentos deben ser debidamente refrigerados; cuando no puedan ser refrigerados, deben ser consumidos no más de 2 horas después de ser preparados, a fin de evitar que las bacterias tengan tiempo para multiplicarse.

Tabla 4 . Prácticas maternas de alimentación complementaria en niños de 6-24 meses, según rutinas. Centro de salud Baños del Inca, 2023.

<b>Rutinas a la hora de alimentar al niño</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>El niño come en el mismo lugar y a la misma hora</b>		
A veces(de vez en cuando)	39	43,8
No	1	1,1
Si	49	55,1
<b>El niño está sentado en una posición cómoda</b>		
A veces(de vez en cuando)	13	14,6
Si	76	85,4
<b>Promueve que su niño coma solo</b>		
A veces(de vez en cuando)	28	31,5
No	6	6,7
Si	55	61,8

Se evidencia en los presentes datos que, 55,1% de niños come en el mismo lugar y a la misma hora, 85,4% lo hace sentado en posición cómoda, 61,8% de madres promueve a que su niño coma solo. Ciriani F et al. (21) en su investigación realizada en Uruguay 2020, encontraron que 82,3% está de acuerdo en ayudar al niño alimentarse, 91,7% de niños contaba con plato y utensilios propios, 28,6% miraba algún dispositivo electrónico mientras comía, datos que no se pueden comparar por la diferencia en el criterio de evaluación. Sin embargo, es importante resaltar la importancia de evaluar estos aspectos



en el momento de alimentar al niño, porque son factores que repercuten en una alimentación perceptiva deseada, contribuyendo con ello al éxito de una buena nutrición infantil.

La “alimentación perceptiva” se define como el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación. Este término es empleado para describir que el cuidador o cuidadora alimenta a los lactantes directamente y asiste a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y saciedad, alimentándolo despacio y pacientemente, animándolos a comer, pero sin forzarlos (33).

Tabla 5 .Prácticas maternas de alimentación complementaria en niños de 6-24 meses, según dimensión. Centro de salud Baños del Inca, 2023.

<b>Prácticas maternas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Adecuada	56	62,9
Inadecuada	33	37,1
Total	89	100,0

En la tabla se observa el resultado final de las prácticas de alimentación complementaria de las madres con relación a consistencia, frecuencia, cantidad, tipo de alimento, administración de micronutrientes, higiene de los alimentos y rutinas de alimentación obteniendo que, 62,9% de las madres realizan prácticas maternas de alimentación complementarias adecuadas en niños de 6 a 24 meses y 37,1% lo realizan de manera inadecuada, este porcentaje podría estar relacionado con anemia. García C, et al.(26) en su estudio realizado en Perú 2021, encontraron que el porcentaje de prácticas de alimentación complementaria adecuada sobrepasa el 70% en promedio, dato que difiere con lo encontrado en el presente estudio. la diferencia se puede deber al lugar donde se realizó el estudio, la muestra y las características de la población.

Los datos permiten reflexionar sobre la importancia de la continuidad de la atención en la familia y comunidad, pues se tiene 37,1% de madres que realizan prácticas inadecuadas de alimentación complementaria y esto se puede mejorar a través del fortalecimiento en la organización de los servicios de salud, sesiones demostrativas, visita domiciliaria con equipo básico de salud, pero sobre todo promover que la madre interiorice la importancia de una práctica adecuada de alimentación complementaria en el desarrollo de sus hijos.

Es probable que las prácticas de alimentación durante los primeros 24 meses de vida sean un factor determinante sobre la salud y el desarrollo de algunas enfermedades a corto, mediano y largo plazo. La investigación de estos efectos es un desafío clínico debido a la gran diversidad y complejidad de prácticas en alimentación durante este grupo etéreo.

(33). Por otro lado el Ministerio de Salud con la finalidad de promocionar la adecuada alimentación y nutrición infantil emitió los Lineamientos de Nutrición Infantil-Norma técnica N°010-INS-V-01 (2004), que entre otros aspectos importantes plantea que: a partir de los seis meses de edad el niño además de continuar con lactancia materna necesita iniciar la alimentación complementaria, fortaleciendo esta normativa con la implantación de las guías de alimentación para niños y niñas de 6-24 meses de edad, donde establecen la frecuencia, consistencia, frecuencia, tipo de alimento, administración de micronutriente, higiene y alimentación interactiva(34). Sin embargo, la aplicación de estas normas requiere ser adaptadas a la realidad de las familias, sobre todo en estos momentos por la recesión económica que vive el país.

Tabla 6 . Determinantes sociales de las madres de niños de 6-24 meses. Centro de Salud Baños del Inca, 2023.

<b>Determinantes sociales</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Edad de la madre (años)</b>		
De 12 a 19	3	3,4
De 20 a 25	17	19,1
De 26 a 34	42	47,2
De 35 a más	27	30,3
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	31	34,8
Comerciante	13	14,6
Trabajo estable	16	18,0
Trabajo eventual	29	32,6
<b>Grado de instrucción</b>		
Sin instrucción	2	2,2
Primaria	11	12,4
Secundaria	25	28,1
Superior técnica	22	24,7
Superior universitaria	29	32,6
<b>Residencia</b>		
Urbana	36	40,4
Rural	53	59,6
<b>Posición Social Autopercebida</b>		
Buena	25	28,1
Regular	61	68,5
Mala	3	3,4
<b>Seguro</b>		
SIS	87	97,8
EsSalud	1	1,1
Ninguno	1	1,1
<b>Ingreso económico (soles)</b>		
De 100 a menos de 500	18	20,2
De 500 a menos de 1000	18	20,2
De 1000 a más	53	59,6

En la tabla se observa que la mayoría (47,2%) de las madres de niños de 6 a 24 meses tienen de 26 a 34 años y 3,4% de 12-19 años son adolescentes, este dato es diferente a lo encontrado por García C, et al. (26) en su trabajo de investigación realizado en Lambayeque 2021, reportaron que el 31% de las madres tienen una edad entre 26 a 30 años, diferencia que está dada básicamente por la clasificación de los grupos etarios, disímiles en cada una de las investigaciones. De igual manera son diferentes a los reportados por Castillo E, et al. (25) en investigación realizada en Perú 2018, quienes

determinaron que 90,7% de madres la edad esta entre los 18-35 años de edad. Igualmente difiere con lo reportado por Ceriani F, et al. (21) en su estudio realizado en Uruguay 2020 encontraron que el grupo de edad va desde un mínimo de 15 años y un máximo de 48 años.

La edad de la madre es un determinante importante en la crianza de los hijos, sobre todo cuando se trata de madres adolescentes, estas por su propia inmadurez demuestran cierto desinterés en el cuidado del menor, y como resultado de ello necesitan estar siempre bajo la supervisión de una persona con mayor experiencia.

Por lo que la OPS /OMS refiere que para superar los obstáculos y lograr progresos, es indispensable que las políticas sociales reconozcan la función de género como un fuerte determinante estructural de la salud. Por ejemplo, las mujeres tienen costos de salud mayores que los hombres debido a su mayor utilización de los servicios de atención de salud. (3). Aspectos como la edad tiene particularmente que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida (28).

Con respecto a la ocupación se observa que predomina en 34,8% ser amas de casa y 14,6% comerciante, dato que difiere al reportado por Rojas N, et al.(23) en su investigación realizada en Lima- Iquitos 2019, identificaron que 76% son amas de casa , al igual que se encuentra una diferencia significativa con lo reportado por Castillo E, et al.(25) en su trabajo de investigación realizado en Perú 2018, quienes encontraron 86% Los datos obtenidos en estos dos últimos trabajos son en poblaciones más grandes que la del estudio, por lo que podría marcar la diferencia en los datos encontrados.

Otro aspecto importante es que en el presente estudio se observa que hay un buen porcentaje de madres que tiene un trabajo eventual (36,2%) que generalmente lo desempeñan como trabajadoras del hogar en horarios no mayores a 6 horas, esto se debe muy posiblemente a las características geográficas donde se desarrolló el estudio, por la urbanización de zonas rurales. Los resultados obtenidos en la presente investigación, también indica que la mujer trata de buscar trabajo no solo seguramente por las necesidades familiares, sino también por su desarrollo personal, lo cual es un aspecto importante.

La Comisión de los determinantes Sociales de la OPS considera a la oportunidad de empleo como un determinante estructural de la Salud, El adjetivo "estructural" recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud. Otro aspecto que menciona es que, las mujeres corren un mayor riesgo que los hombres de ser pobres, desempleadas o estar contratadas en trabajos que no ofrecen prestaciones de atención de salud (29).

En relación al grado de instrucción se observa que 32,6% de madres tiene un grado de instrucción de superior universitaria y le sigue en importancia 28,1% con secundaria no se especifica si es completa e incompleta, 2,2% sin instrucción, situación que no solo es importante considerarlo para la madre sino también para sus niños, porque de este depende las oportunidades de aprendizaje en las personas. Estos datos son disímiles con lo encontrado por Rojas N, et al. (23) en su trabajo de investigación realizado en Lima-Iquitos 2019, reportaron que 64,89% de madres tienen secundaria completa, estos datos también son diferentes a los encontrados por García C, et al. (26) en su investigación realizada en Lambayeque 2021, quienes afirmaron que 40% tiene secundaria completa. Madero K, et al. (13) en su investigación realizada en Colombia 2021, por su parte

encontraron que 56,7% terminaron los estudios de secundaria, la diferencia se deba posiblemente a que en este estudio la muestra estuvo constituida por cuidadores; es decir, madres, tutores, familiares, entre otros, sin embargo, se encontró cierta similitud con el resultado del presente estudio, con el porcentaje de cuidadores sin ningún grado de instrucción (2,5%).

Actualmente en el ámbito de estudio hay mejoras por el acceso, en la que incluso en las zonas rurales se ha mejorado las vías de comunicación, por la constante urbanización rural, también se ha podido observar que a pesar de la existencia de un alto porcentaje de madres con nivel universitario estas se dedican mayormente a labores del hogar. El grado de instrucción es muy importante porque facilita una mejor comprensión del conocimiento impartido, y con ello la práctica del mismo. De la Guardia Gutiérrez, et al (40), mencionan que el acceso a la educación es un determinante social de la Salud, indicando que la salud es un derecho fundamental y debe verse como un recurso para la vida y no como el objetivo de la vida.

Con respecto a la residencia se observa que 59,6% reside en la zona rural siendo 19,2% puntos porcentuales más en relación a la urbana (40,4%). Este resultado es importante porque el lugar de residencia podría determinar la accesibilidad a los servicios de salud, así como la cobertura de servicios básicos, a la educación de calidad, a la comunicación y claramente define el acceso a la salud.

Con respecto a la posición social autopercebida se encontró que la mayoría 68,5% mencionó tener una posición regular y 3,4 % mala. Nuestra experiencia subjetiva (autopercebida) influye en cómo nos cuidamos y como interactuamos con los demás. La Posición social subjetivo, también conocido como estatus social relativo, refleja cómo una persona se compara con otros en su comunidad en base a una serie de

experiencias perceptivas e interpretativas, incluyendo cuán respetada se siente la persona por los demás, un sentido de responsabilidad social o significado derivado de su trabajo o realización de otras actividades de la vida que respaldan el estatus social más allá de lo que los indicadores objetivos podrían transmitir (por ejemplo, criar hijos, liderar una comunidad espiritual y / o participar en alguna otra forma de voluntariado comunitario o defensa social)(55).

Con respecto al tipo de seguro de salud 97,8% está afiliado al seguro integral de salud. Este resultado es importante porque el mayor porcentaje de la población vive en la zona rural (la más vulnerable) y es la prioridad para el Ministerio de Salud del Perú, lo que evidencia asimismo el importante trabajo realizado por el personal del Centro de Salud Baños del Inca para afiliar a esta población y pueda acceder oportunamente a los servicios de salud y con ello disminuir las inequidades en salud. Los resultados del presente estudio difieren al reportado por Anto J, et al.(27) en su trabajo de investigación realizado en Lima 2018 identificaron que 46,2% tiene SIS, esta diferencia puede deberse a las características de la población en la que se realizó el estudio, cobertura con otros seguros de salud, mejor ingreso económico por más oportunidades laborales y presencia de corredores económicos, también difiere con lo encontrado por Madero K, et al.(13) en su investigación realizada en Colombia 2021, determinaron que 65,3% cuenta con el régimen subsidiado.

Estar afiliado a algún tipo de seguro, disminuye el gasto de bolsillo que significa la atención médica en caso del padecimiento de alguna enfermedad. Actualmente con el modelo de cuidado integral por curso de vida se da prioridad al cuidado integral de la primera infancia, donde las actividades dirigidas a ello están cubiertas por el seguro integral de salud (47). Con relación a este aspecto, De la Guardia Gutiérrez, et al. (40),

mencionan que el servicio de salud está dentro de los determinantes sociales intermedios de la salud y que tiene un rol importante para el acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas, así como para prevenir otras.

En cuanto al ingreso económico se encontró que 59,6% tiene un ingreso mayor a 1,000 nuevos soles mensuales (promedio 1,100 nuevos soles), y 20,2% menos de 500.00 soles, resultados que traducen la situación de pobreza de la población en estudio. Al respecto, Millán H, et al. (20) en su trabajo de investigación realizado en Colombia 2021, encontraron que 60% de las entrevistadas viven en condiciones socioeconómicas de pobreza, por su parte Ceriani F, et al. (21) en el estudio realizado en Uruguay 2020, reportaron que 35,5% de mujeres pertenecen al nivel socio económico bajo. Datos que no pueden ser contrastados con los encontrados en el presente estudio porque no fue agrupado el nivel socio económico, sino que fue evaluado de manera individual.

El ingreso económico con el que cuenta la familia es un determinante para el cuidado de la salud, sobre todo de los niños a temprana edad, pues está demostrado que alrededor de los seis meses de vida, 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 adecuada, garantizando con ello un buen crecimiento y desarrollo infantil (31).

Aspectos como la económica, la ocupación y el grado de instrucción de las madres en estudio es un estratificador social relevante en el marco conceptual de los determinantes sociales que explica las desigualdades sociales en salud entre la población, por ello es importante tener en cuenta estos indicadores para ir disminuyendo las inequidades en salud.



Tabla 7. Determinantes sociales de las madres de niños de 6-24 meses. Servicios básicos. Centro de salud Baños del Inca, 2023.

<b>Determinantes sociales: Servicios básicos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Agua y desagüe</b>		
Si	86	96,6
No	3	3,4
<b>Luz eléctrica</b>		
Si	83	93,3
No	6	6,7
<b>Vivienda saludable</b>		
Si	51	57,3
No	38	42,7
<b>Hacinamiento</b>		
Si	36	40,4
No	53	59,6

En la presente tabla, se observa que, respecto a los determinantes sociales referidos a los servicios básicos, 96,6% cuentan con agua y desagüe, 93,3% con luz eléctrica, 57,3% refieren tener viviendas saludables y 59,6% de madres no viven en hacinamiento. Los porcentajes altos que se han encontrado en el presente estudio en cuanto al agua y desagüe, contribuyen de alguna manera a buenas prácticas de alimentación complementaria, como la higiene de manos, a mantener una buena higiene general, manipular los alimentos adecuadamente y hasta los favorezcan en la disminución de enfermedades gastrointestinales y parasitarias, que son ocasionadas por la falta de servicios básicos de saneamiento.

Vivir en una vivienda saludable y sin hacinamiento proporciona las condiciones para promover una alimentación perceptiva, a tener los espacios para el almacenamiento, preparación y cuidado de los alimentos. Los determinantes sociales Intermedios y personales, se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Una de las principales categorías de determinantes intermedios está relacionada con las

circunstancias materiales, es decir con la calidad de la vivienda, entendiéndose por ello que cuente con servicios básicos, vivienda saludable y tipo de material (40).

Tabla 8. Anemia en niños de 6-24 meses. Centro de salud Baños del Inca, 2023.

<b>Anemia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sin anemia	70	78,7
Con anemia:	19	21,3
Leve	15	16,8
Moderada	4	4,5
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100,0</b>

En la presente tabla, se observa que la mayoría (78,7%) de niños menores de 6 a 24 meses de edad no tienen anemia, predomina la anemia leve en el 16,8%(n=15), y tienen anemia moderada el 4,5%(n=4), haciendo un total de 21,3% (19), porcentaje que es importante tener en cuenta por las consecuencias que la anemia ocasiona en el intelecto de los niños de esta edad.

Estos datos son disímiles a los reportados por Anto J ,et al.(27) en su investigación realizada en Lima Norte 2018 , informaron que 74,2% (n=175) presentó anemia leve y 25,8% (n=61) anemia moderada, diferencia que está dada fundamentalmente ,en que en este estudio ingresan todos los niños con anemia; es decir los que han tenido y recibieron tratamiento y los tienen actualmente, muy a parte también que la muestra es más grande y abarca hasta los 36 meses de edad.

Batista L, et al.(19) en su trabajo de investigación realizado en Brasil 2020, por su parte reportaron que el 29% de niños menores de 5 años, tiene anemia , dato que no se ajusta para ser contrastado por la diferencia de agrupación de acuerdo al grupo etareo; sin embargo Ceriani F,et al.(21) en su investigación realizada en Uruguay 2020, encontraron un dato más cercano al estudio reportando una prevalencia de anemia de un 27% en niños

menores de 24 meses, pero difieren considerablemente por los reportados por Brito E. (22) en su estudio de investigación realizado en Lima 2018, encontró que 62.9% tiene anemia y López E, et al.(24) en su trabajo de investigación realizado en Cusco 2019, encontraron que 68.3% tuvo anemia. Esta diferencia puede deberse a que estos dos últimos estudios la muestra está dirigida a niños entre 6 – 12 meses de edad.

Otro aspecto del porqué de esta diferencia podría ser el manejo preventivo que se realiza a partir de los 6 meses de edad con la administración del sulfato ferroso, y en muchas ocasiones las madres no cumplen a cabalidad con la profilaxis. Además, podría deberse al movimiento poblacional migratorio que dificulta el seguimiento oportuno para dar cumplimiento al paquete integral del niño y por último el inicio de una alimentación complementaria inadecuada.

Muy independiente de los porcentajes encontrados, la anemia es un problema de salud pública álgido que requiere la participación activa de la población e instituciones en su conjunto, pues es un problema multifactorial. La anemia en el organismo ocasiona la disminución del suministro de oxígeno a los tejidos, lo que puede tener consecuencias agudas y crónicas en el infante, que van desde un deterioro leve y pasajero hasta un deterioro severo y permanente de su desarrollo físico (crecimiento) y mental (cognitivo). Concluyendo que el diagnóstico de anemia en el infante no es una tarea fácil (37).

El Perú a través del ministerio de Economía viene desarrollando un conjunto de estrategias con la finalidad de que los gobiernos locales asuman el rol que les compete en este tema y con ello disminuir este grave problema para los niños toda vez que la anemia tiene efectos negativos en el desarrollo cognitivo, motor, comportamiento y crecimiento durante los primeros años de vida.

Tabla 9. Relación entre las prácticas maternas de alimentación complementaria y anemia en niños de 6-24 meses. Centro de salud Baños del Inca, 2023.

Prácticas maternas	Anemia				Total	
	Si		No		n	%
	n	%	N	%		
Adecuada	8	9,0	48	53,9	56	62,9
Inadecuada	11	12,4	22	24,7	33	37,1
Total	19	21,3	70	78,7	89	100,0
Chi-cuadrado: 1,19	p=0,034		p<0,05			

Los datos que anteceden muestran que, 53,9% de niños de 6-24 meses de edad que no tienen anemia sus madres realizan prácticas de alimentación complementaria adecuadas; y 12,4 % de niños que tienen anemia sus madres realizan prácticas de alimentación complementaria Inadecuadas. Se puede decir que, a medida que las prácticas maternas son adecuadas la frecuencia de anemia disminuye. Al establecer la relación entre estas variables, se ha demostrado que existe relación significativa ( $p<0,05$ ) entre prácticas maternas de alimentación complementaria y la anemia en niños de 6 a 24 meses de edad, con un  $p$ -valor de 0,034 según la aplicación de la prueba de hipótesis estadística Chi-cuadrado con 95% de confiabilidad.

Estos datos tienen similitud a los resultados del presente estudio, con lo reportado por Infantozzi F, et al.(14) en su investigación realizada en Uruguay 2021, quienes encontraron que la alimentación con alta frecuencia de alimentos complementarios ricos en proteínas, como huevo, carne o pescado, se asoció con un menor riesgo de anemia (OR 0,34, IC del 95 %= 0,21-0,55); y concuerda totalmente con Brito E,(22) en su estudio realizado en Lima 2018, quien afirmó que existe relación significativa entre las prácticas de alimentación complementaria de las madres y anemia. Por su parte López E, et al. (24) en su trabajo de investigación realizado en Cusco 2019, determinaron que la presencia de factores asociados a la anemia fueron: recibir una inadecuada diversidad diaria de

alimentos ( $p=0,038$ ); recibir una inadecuada cantidad diaria de alimentos ( $p=0,036$ ), la suplementación con hierro ( $p<0,001$ ) fue factor protector.

Los resultados obtenidos permiten refrendar la importancia que cobra la Educación para la Salud en las madres a través de la visita domiciliaria, con la finalidad de fortalecer conocimientos a partir de las experiencias propias sobre prácticas de alimentación complementaria adecuada.

Brito E. (22) en su estudio realizado en Lima 2018, refiere que, los principales problemas de alimentación infantil en el Perú se inician a partir de los 6 meses de edad, debido fundamentalmente a las malas prácticas de alimentación complementaria que adoptan las madres, de manera que los alimentos no se brindan de acuerdo al requerimiento y nivel de desarrollo del niño, lo que genera que el aporte nutricional de los alimentos sea deficiente, trayendo problemas de salud como la anemia. Siendo esta un problema de salud pública mundial que afecta a todos los países, pero principalmente a los países pobres. La anemia se presenta con mayor frecuencia en los niños de 6 a 24 meses de edad, pues es en esta edad que ocurre un crecimiento acelerado del cerebro y el desarrollo de habilidades cognitivas y motoras, de ahí la importancia de cuidar la alimentación durante la primera infancia.

Tabla 10 . Determinantes sociales de las madres y anemia en niños de 6-24 meses. Centro de salud Baños del Inca, 2023

Determinantes sociales	Anemia				Total		Chi-Cuadrado	
	Si		No		n	%	X <sup>2</sup>	p-valor
	n	%	n	%				
<b>Edad de la madre (años)</b>							1,62	0,655
De 12 a 19	0	0,0	3	3,4	3	3,4		
De 20 a 25	5	5,6	12	13,5	17	19,1		
De 26 a 34	8	9,0	34	38,2	42	47,2		
De 35 a más	6	6,7	21	23,6	27	30,3		
<b>Ocupación</b>							9,00	0,029*
Ama de casa	12	13,5	19	21,3	31	34,8		
Comerciante	2	2,2	11	12,4	13	14,6		
Trabajo estable	1	1,1	15	16,9	16	18,0		
Trabajo eventual	4	4,5	25	28,1	29	32,6		
<b>Grado de instrucción</b>							10,45	0,034*
Sin instrucción	1	1,1	1	1,1	2	2,2		
Primaria	3	3,4	8	9,0	11	12,4		
Secundaria	10	11,2	15	16,9	25	28,1		
Superior técnica	2	2,2	20	22,5	22	24,7		
Superior universitaria	3	3,4	26	29,2	29	32,6		
<b>Residencia</b>							0,03	0,868
Urbana	8	9,0	28	31,5	36	40,4		
Rural	11	12,4	42	47,2	53	59,6		
<b>Posición Social Autopercebida</b>							12,00	0,003*
Buena	0	0,0	25	28,1	25	28,1		
Regular	17	19,1	44	49,4	61	68,5		
Mala	2	2,2	1	1,1	3	3,4		
<b>Seguro</b>							0,56	0,758
SIS	19	21,3	68	76,4	87	97,8		
EsSalud	0	0,0	1	1,1	1	1,1		
Ninguno	0	0,0	1	1,1	1	1,1		
<b>Ingreso económico (soles)</b>							7,819	0,020*
De 100 a menos de 500	4	4,5	14	15,7	18	20,2		
De 500 a menos de 1000	8	9,0	10	11,2	18	20,2		
De 1000 a más	7	7,9	46	51,7	53	59,6		

En la tabla , se observa que, 9,0% de madres de 26 a 34 años sus niños presentan anemia y 38,2% no presentan anemia; el 13,5% de madres amas de casa sus niños presentan anemia y 28,1% de madres con trabajo eventual sus niños no presentan anemia, 11,2% de madres con grado de instrucción secundaria sus niños tienen anemia, 12,4% de las madres que radican en la zona rural sus niños tienen anemia , 21,3% de madres que

pertenecen al SIS sus niños tienen anemia , 9% de las madres con ingreso familiar de 500 a menos de 1000 sus niños presentan anemia y 51,7% de madres con ingreso familiar de 1000 a más no tienen niños con anemia.

Al establecer la relación entre los determinantes sociales de la salud y la anemia en los menores de 6 a 24 meses de edad se encontró relación significativa ( $p < 0,05$ ) entre ocupación ( $p = 0,029$ ), grado de instrucción ( $p = 0,034$ ), posición social autopercebida ( $p = 0,003$ ) e ingreso económico ( $p = 0,020$ ) y anemia , según la prueba estadística Chi-Cuadrado con 95% de confiabilidad. Con lo que se demuestra la hipótesis alternativa. Batista L, et al en su estudio realizado en Brasil 2020 (19), afirma que las variables que se asociaron significativamente con anemia fueron: escolaridad de la madre ( $p = 0,027$ ), ingreso económico ( $p = 0,013$ ), tipo de vivienda ( $p = 0,001$ ) , la edad de la madre (promedio 24 años) no tuvo relación significativa con la presentación de anemia en el niño ( $p = 0,116$ ).

Sin embargo, hay datos disímiles con los reportados por Infantozzi F, et al. (14) en su investigación realizada en Uruguay 2021, encontraron que en Ghana los niños que contaban con afiliación al seguro médico tenían menos probabilidades de padecer anemia en comparación con los niños no asegurados (AOR: 0,66 IC del 95 % = 0,54-0,80). Esta diferencia puede deberse al lugar donde se realizó la investigación por las características poblacionales y a la cobertura de atención que proporciona el seguro de salud, que muy posible sea mayor a la que se ofrece en nuestro país. En lo relacionado al lugar de procedencia González L, et al. (18) en su estudio realizado en México 2021-2022, afirmaron que la diversidad alimentaria fue marginalmente mayor en la zona urbana vs. rural (69,2 vs. 61,6%;  $p < 0,01$ ).

En nuestra sociedad particularmente machista, la mujer mayormente es ama de casa, y por lo general busca trabajos por horas, ser dependiente económicamente tiene un riesgo para el cuidado de los niños ,porque no tiene la disponibilidad de contar con los recursos que le permitan proporcionar un cuidado optimo a sus hijos, por otro lado el grado de instrucción también influye porque permite mejores oportunidades laborales, la posición social y el ingreso económico, quizás este último se ha convertido en un determinante fundamental para la calidad de vida de las personas y sobre todo para los niños por ser los más vulnerables.

El Modelo de Promoción de Salud, de Nola Pender se centra en la salud del individuo, le da la capacidad de cambiar su situación a nivel salud y comprende los elementos externos que sean válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad y uno de ellos es la clase o nivel socioeconómico que es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable (28).Teóricamente se señala que los determinantes sociales de la salud son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país y que una vez identificadas es necesario abordarlas mediante políticas integrales e integradas, que respondan a las necesidades, problemáticas y contextos específicos de cada territorio. (29).



Tabla 11 . Determinantes sociales y anemia en niños de 6-24 meses. Servicios básicos. Centro de salud Baños del Inca, 2023.

Determinantes sociales: Servicios básicos	Anemia				Total n %	Chi-Cuadrado	
	Si		No			X <sup>2</sup>	p-valor
	N	%	N	%			
<b>Agua y desagüe</b>						0,84	0,359
Si	19	21,3	67	75,3	86	96,6	
No	0	0,0	3	3,4	3	3,4	
<b>Luz eléctrica</b>						1,75	0,186
Si	19	21,3	64	71,9	83	93,3	
No	0	0,0	6	6,7	6	6,7	
<b>Vivienda saludable</b>						0,98	0,324
Si	9	10,1	42	47,2	51	57,3	
No	10	11,2	28	31,5	38	42,7	
<b>Hacinamiento</b>						1,49	0,222
Si	10	11,2	26	29,2	36	40,4	
No	9	10,1	44	49,4	53	59,6	

En la tabla se observa que 21,3% de madres que cuentan en su vivienda con agua y desagüe tienen niños con anemia. Así mismo, 21,3% de las madres que cuentan con luz eléctrica, 10,1% que viven en viviendas saludables y 11,2% que viven en hacinamiento, presentan niños con anemia. No se encontró relación significativa ( $p > 0,05$ ) entre los determinantes sociales relacionados a servicios básicos y la anemia en niños de 6-24 meses.

Datos que son disímiles con los reportados por Infanzozzi F, et al. (14) en su investigación realizada en Uruguay 2021, encontraron que, en Bangladesh, los niños que provenían de hogares sin acceso a fuentes de agua “mejoradas” e instalaciones sanitarias tenían 1,34 (IC del 95 % = 1,13-1,59) y 2,48 (IC del 95 % = 1,28-5,02) veces más probabilidad de presentar anemia. La diferencia se puede deber al tipo de estudio, el lugar donde se realizó y las características de la población, de igual modo se encontró datos diferentes con Batista L, et al. (19) en su trabajo de investigación realizado en Brasil 2020, determinaron que las variables que se asociaron significativamente con anemia fueron: tipo de vivienda

( $p=0.001$ ), número de habitaciones por vivienda( $p=0.032$ ) y número de personas por habitación ( $p < 0.001$ ).

Baños del Inca en los últimos años ha venido urbanizando gran parte de su zona rural y con ello el abastecimiento de servicios básicos como agua, desagüe y luz, otro fenómeno por así decirlo es la migración de la población que mayormente inmigra hacia las zonas periurbanas, y generalmente viven en casas arrendadas pequeñas.

En el departamento de Cajamarca, estadísticamente la evolución de la población que presenta acceso a desagüe por red pública se ha incrementado siendo el 42,2% en el año 2017 a 47,1% en el año 2021; los hogares con acceso a abastecimiento de agua para consumo humano de red pública dentro o fuera de la vivienda para el año 2021 es de 85.3% .Los hogares con acceso al alumbrado eléctrico por red pública al año 2021, es de 85,9%.En cuanto a las características de la vivienda tan solo el 11,8% de hogares posee viviendas de material de ladrillo o bloques de cemento.(10).

#### **4.1. Comprobación de la hipótesis**

Se acepta la hipótesis alternativa, debido a que se encontró relación con las prácticas de alimentación complementaria y la anemia ( $p=0,034$ ), en los determinantes sociales con la ocupación ( $p=0,029$ ), el grado de instrucción ( $p=0,034$ ), la posición social auto percibida( $p=0,003$ ) y el ingreso socio económico( $p=0;020$ ).

## CONCLUSIONES

1. De las prácticas maternas de alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad, se encontró que, en el indicador consistencia de la alimentación es la que tiene menor porcentaje sobre todo en los niños de 9-11 meses de edad. El 44,9% de madres no administran ningún tipo de micronutriente a su niño. La higiene y conservación de alimentos se encuentran en su mayoría en condiciones aceptables. Inadecuadas prácticas maternas en cuanto a rutinas de alimentación del niño. La mayoría de madres de niños de 6-24 meses realizan prácticas adecuadas de alimentación complementaria.
2. En los determinantes sociales se encontró que la edad de las madres se ubica en la clasificación de 26-34 años de edad, predomina la ocupación ama de casa, un tercio tiene grado de instrucción superior universitaria, la mayoría reside en la zona rural, y la posición social autopercebida es regular, la mayoría está afiliada al seguro integral de salud, la mayoría percibe menos de un sueldo mínimo vital.
3. La frecuencia de anemia en niños de 6 a 24 meses es 21,3%, predomina la anemia leve.
4. Se encontró relación significativa entre prácticas maternas de alimentación complementaria y anemia con un valor  $p = 0.034$ .; y con los determinantes sociales: ocupación ( $p=0,029$ ), grado de instrucción ( $p=0,034$ ), posición social auto percibida ( $p=0,003$  e ingreso económico ( $p=0,020$ ).

Con los resultados se acepta la hipótesis alternativa de estudio.

## SUGERENCIAS

1. A las autoridades del Centro de Salud Baños del Inca, coordinar estrategias y brindar las facilidades al personal de salud para mejorar la organización de los servicios que permitan dar cumplimiento con el cuidado integral en la primera infancia, puesto que la anemia infantil sigue vulnerando el desarrollo de los niños y niñas. Así como la implementación de un programa de fortalecimiento de capacidades al personal de salud, para llevar a cabo con eficacia y eficiencia las acciones de educación para la salud en materia de alimentación complementaria a las madres con niños menores de dos años.
2. A los trabajadores de la salud en su conjunto realizar con mayor prioridad el seguimiento de niños y niñas para cerciorarse del consumo del micronutriente en cualquiera de las formas, valorar la importancia de atención primaria de la salud; implementando adecuadamente las acciones de promoción de la salud que conduzcan al empoderamiento y desarrollo de una cultura en salud de la madre que permita garantizar un desarrollo infantil adecuado y mejor calidad de vida, mantener actualizado los nominales de niños- niñas con anemia que permitan la toma oportuna de decisiones.
3. A todo el personal de salud mantener la coordinación intra y extra institucional con gobierno regional, municipalidad distrital y de centros poblados; para que cada sector e institución intervenga en lo que le compete y contribuya en modificar los determinantes sociales de la salud y con ello la mejora de la calidad de vida de la población.

4. A la comunidad científica para que continúe en la realización de este tipo de trabajos de investigación en otras poblaciones similares y se planteen estrategias integradas para abordar este serio problema de salud como es la anemia en los niños menores de 6 a 24 meses de edad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gassman F, Dietrich S, Fautsch Y, et al. Tendencias de la alimentación en niños pequeños Peru. [Internet]. Panamá: Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia - unicef [citado 26 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/30226/file/Tendencias-de-la%20alimentacion-en-ninos-pequenos-Peru.pdf>
2. Hayashi C, Kumapley R, Wauchope S. Análisis de Datos Nutricionales e Innovación. Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia (UNICEF). octubre de 2019 World Bank Open Data. Anemia en niños. [Internet]. [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://data.worldbank.org>
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Determinantes sociales de la salud [Internet]. [citado 25 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
4. Munayco CV, Oyola AE, et al. Análisis de Situación de Salud del Perú 2019. [Internet]. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Viceministro de Salud Pública. Ministerio de Salud. [citado 19 de julio de 2023]. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis\\_peru19.pdf](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf)
5. Ramírez JA, Álvarez CV .Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta en Manizales.Colombia.Rev Cub salu pública.junio de 2017;43:191-203
6. Press E. Los casos de anemia en el mundo siguen altos entre las mujeres y los niños, y bajan en los hombres [Internet]. Europa Press; 2023 [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-casos-anemia-mundo-siguen-altos-mujeres-ninos-bajan-hombres-20230801081447.html>
7. World Bank Open Data.(2019) Anemia en niños. [Internet]. [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://data.worldbank.org>
8. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2022.pdf [Internet]. [citado 26 de julio de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4570529/Resumen%20Per%C3%BA.%20Encuesta%20Demogr%C3%A1fica%20y%20de%20Salud%20Familiar%20-%20ENDES%202022.pdf>
9. Suarez F, Munguia C, Borda C, et al. Las nuevas orientaciones de la OMS ayudan a detectar la carencia de hierro y a proteger el desarrollo cerebral [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. [citado 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/20-04-2020-who-guidance-helps-detect-iron-deficiency-and-protect-brain-development>
10. Zavaleta J, Ñuflo S, Anyaypoma W, Ravines C. Análisis de situación de salud región Cajamarca 2019-2021. Cajamarca: Oficina Regional de Epidemiología. 2021. 32-46.

11. Lume DG. Edudatos 38: Anemia en niños: consecuencias y acciones de erradicación. Lima: Ministerio de Educación. Unidad de Estadística (MINEDU).2019; 1-4
12. Morales J. Anemia y determinantes sociales de la salud: Una oportunidad para el primer nivel de atención. *Peruvian Journal of Health Care and Global Health*. 30 de junio de 2019;3(1):4-5.
13. Madero K, Ruidiaz K, Rivera J, López D. Aplicación de prácticas clave: lactancia materna, alimentación complementaria, micronutrientes, desarrollo mental y social de niños menores de 5 años: Application of key practices: breastfeeding, complementary feeding, micronutrients, mental and social development of children under 5 years of age. [Internet]. 27 de octubre de 2020 [citado 2 de marzo de 2023];21(1). Disponible en: <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/3876>
14. Infanzozzi FC, Thumé E, Nedel F. Determinación social en la ocurrencia de anemia ferropénica en niños: una revisión sistemática. *Revista Uruguaya de Enfermería*. 7 de marzo de 2022;17(1).
15. Forero Y, Hernández A, Morales G, Forero Y, Hernández A, Morales G. Lactancia materna y alimentación complementaria en un grupo de niños y niñas atendidos por un programa de atención integral en Bogotá, Colombia. *Revista Chilena de nutrición*. Diciembre de 2018; 45(4):356-62.
16. Usama UG et al. Determinación de factores asociados a la anemia en niños menores de dos años, mediante una revisión bibliográfica. [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [citado 25 de julio de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/determinacion-de-factores-asociados-a-la-anemia-en-ninos-menores-de-dos-anos-mediante-una-revision-bibliografica/>
17. Mariana M, Faltvine A, Fattore G. Abordaje multidimensional de la anemia por deficiencia de hierro en niños menores de dos años de edad del Noreste Argentino. Años 2004-2005. *Arch Argent Pediat*. 2016. [Internet]. [citado 25 de julio de 2023]; 114(1): 14-22. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2016/v114n1a04.pdf>
18. Gonzalez L, Unar M, Dinorah L, et al. Vista de Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en menores de dos años de edad en México. *Salud Publica Mex*. 2023; 65(supl I): S204-S210. [Internet]. [citado 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14805/12418>
19. Batista L, Paiva A, Teles L, Rondó P, Diaz-Quijano F, Batista-Sousa L, et al. Anemia en niños que viven en proyectos de colonización de reforma agraria en el nordeste de Brasil: un estudio transversal basado en la población. *Revista chilena de nutrición*. junio de 2020;47(3):423-9.
20. Millán-Echevarría NH, Castro-Prieto PA, Fernández-Fernández SC, Arocha-Zuluaga GP, Millán-Echevarría NH, Castro-Prieto PA, et al. Prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño en tres instituciones de salud en el

- Caribe colombiano, bajo la estrategia “Instituciones amigas de la mujer y la infancia integral”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Agosto de 2021. [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2023]; 39(2). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-386X2021000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2021000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
21. Carrero A, Ceriani F, De León C, Girona A. Encuesta Nacional de Lactancia, Prácticas de Alimentación y Anemia en menores de 24 meses usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet]. Montevideo: Ministerio de Salud Pública (MSP); 2020 [citado 13 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/media/4321/file/Encuesta%20Nacional%20de%20Lactancia,%20Pr%C3%A1cticas%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20y%20Anemia%20en%20menores%20de%2024%20meses%20.pdf>
  22. Brito Paz EJ. Prácticas de alimentación complementaria de las madres y anemia en lactantes de 6 a 11 meses. [Internet]. Lima: Universidad de San Martín de Porres – USMP; 2018 [citado 1 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4657>
  23. Rojas-Guerrero N, Spinoza-Bernardo S. Prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquitos. *An Fac med*. 30 de junio de 2019;80(2):157-62.
  24. López-Huamanrayme E, Atamari-Anahui N, Rodríguez-Camino MC, Mirano-Ortiz-de-Orue MG, Quispe-Cutipa AB, Rondón-Abuhadba EA, et al. Prácticas de alimentación complementaria, características sociodemográficas y su asociación con anemia en niños peruanos de 6-12 meses. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. octubre de 2019;18(5):801-16.
  25. Castillo-Bravo EC, Chumán-Bustamante AE, Díaz-Vélez C, Castillo-Bravo EC, Chumán-Bustamante AE, Díaz-Vélez C. Prácticas maternas en alimentación complementaria en lactantes en zonas prevalentes de anemia en el norte del Perú. [Internet]. Cuba: *Revista Cubana de Pediatría*; junio de 2022. [citado 15 de agosto de 2023]; 94(2) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-75312022000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312022000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  26. Casusol CRSG, Bocanegra DDR. Conocimiento y prácticas maternas sobre alimentación complementaria en un centro de salud de Lambayeque, Perú 2021. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*. 23 de julio de 2022;9(1):120-34.
  27. Anto J, Nicho M, Castañeda F, Casas B, Miranda N, Morales J. Anemia y visita domiciliaria en niños atendidos en establecimientos del primer nivel de Lima Norte. *Peruvian Journal of Health Care and Global Health*. 30 de junio de 2019;3(1):29-33.
  28. Meiriño J, Vasquez M, Simonetti C, Palacio M. El Cuidado [Internet]. Nola Pender. 2012 [citado 19 de julio de 2023]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>



29. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. [Internet]. [citado 21 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
30. Black MM, Creed HM. ¿Cómo alimentar a los niños?: La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. julio de 2012;29(3):373-8.
31. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. [citado 1 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
32. Perea A, Saavedra J, Martínez A. Alimentación complementaria, Bases para la introducción de nuevos alimentos al lactante. 2019. 305 p.
33. Cuadros-Mendoza CA, Vichido-Luna MA, Montijo-Barríos E, Mondragón FZ, Cadena-León JF, Cervantes-Bustamante R, et al. Actualidades en alimentación complementaria. *Acta Pediátrica de México*. 2017;38(3):182-201.
34. Ministerio de salud del Perú. Lineamientos de Nutrición Infantil. Norma Técnica N° 010 - MINSa-INS-V.01 [Internet]. [citado 1 de junio de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/bvsite/wp-content/uploads/2018/11/RM-610-2004-MINSA.pdf>
35. Lartey A. Objetivo 2: Nuevos caminos para la nutrición, la agricultura y los sistemas alimentarios. Organización de las Naciones Unidas (ONU). [Internet]. abril 2015 - N° 4 Vol. 51. [citado 27 de enero de 2023]. Site search. Disponible en: <https://www.un.org/en/chronicle/article/goal-2-creating-new-paths-nutrition-agriculture-and-food-systems>
36. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica- Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia. [Internet]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2017 - 1ra edición. [citado 2 de junio de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
37. Dávila C, Paucar A, Quispe Z. Anemia infantil. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*. [Internet]. 2019 feb. 13 [citado 19 de julio de 2023]; 7(2): 46-52. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/118>
38. Alcázar L. Impacto Económico de la Anemia en el Perú. [Internet]. Lima: GRADE; Acción contra el Hambre, diciembre de 2012. [citado 27 de enero de 2023]. Disponible en: [http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/LIBROGR\\_ADE\\_ANEMIA.pdf](http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/LIBROGR_ADE_ANEMIA.pdf)

39. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica - Manejo Terapéutico y preventivo de La Anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. [Internet]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2017 - 1ra edición. [citado 2 de junio de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
40. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*. enero de 2020;5(1):81-90.
41. Lao RE, Leiva EA, Veramendi CA, Inga RE, Ramirez ME. Reglamento de Alimentación Infantil. J y O Editores impresos S.A.C.; 2019.
42. Ministerio de salud del Perú. Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. [Internet]. [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://anemia.ins.gob.pe/rm-ndeg-250-2017-minsa>
43. Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017-2021. [Internet]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2017 - 1ra edición. [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>
44. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021. [Internet]. Lima: Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2012-04893. [citado 27 de enero de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/GOB%200757.pdf>
45. Ministerio de Salud del Perú. Plan Concertado de Salud 2007-2020 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; Depósito Legal N°. 2007-08008. [citado 27 de enero de 2023]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/000\\_PNCS.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/000_PNCS.pdf)
46. Escobedo CTV, Serrano MLL, Córdova AGM. Guías Alimentarias para niñas y niños menores de 2 años de edad. Lima: Ministerio de Salud. 2020. Pág.1-48
47. Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS. Aprueban los Lineamientos "Primero la Infancia", en el marco de la Política de desarrollo e inclusión social. [Internet]. [citado 13 de enero de 2024]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/18886/DS\\_N\\_010-2016-MIDISv2.pdf?v=1530726343](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/18886/DS_N_010-2016-MIDISv2.pdf?v=1530726343)
48. Amon D, Guareschi P, Maldavsky D. La Psicología Social De La Comida: Una Aproximacion Teorica Y Metodologica a La Comida Y Las Practicas De La Alimentacion Como Secuencias Narrativas. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 2005;(7):45-71.
49. Brizuela D, Márquez J, Cavada I, Santiago R. Alimentación Complementaria En Niños Sanos De 6 a 24 Meses. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*. 2013;76(3):128-35.
50. Fuentes Ferrer ME, Prado González N. Medidas de frecuencia y de asociación en epidemiología clínica. *An Pediatr Contin*. 1 de noviembre de 2013;11(6):9-346.

51. Organización de las Naciones Unidas (ONU) y Naciones Unidas Derechos Humanos. Convención sobre los Derechos de los Niños. [Internet]. [citado 19 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
52. Ministerio de salud del Perú. Categorización de Establecimientos del Sector Salud. (2011) [Internet]. [citado 19 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243402-546-2011-minsa>
53. Hernández S. Metodología de la Investigación. [Internet] Celaya: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. 2014. [citado 5 de febrero de 2023]; 6(1), 2-20 Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
54. George D, Mallery P. IBM SPSS Estadísticas 26 Paso a Paso. [Internet]. New York: Routledge. 2019. [citado 10 de septiembre de 2023]; 16. Disponible en: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780429056765/ibm-spss-statistics-26-step-step-darren-george-paul-mallery>
55. Lissette M, Flavia C, Rosalba H, Krista M, et al. La posición social autopercibida puede afectar la salud cardiovascular. Journal of the American Heart Association[Internet] 2021 agosto 21 [citado 10 de febrero del 2024];2. Disponible en <https://www.intramed.net/98905/La-posicion-social-autopercibida-puede-afectar-la-salud-cardiovascular->

# APÉNDICE 1

## Apéndice 1. Solicitud dirigida al jefe del Centro de Salud Baños del Inca.

**SOLICITO FACILIDADES PARA DESARROLLO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Jefe del Centro de Salud Baños del Inca  
Dr. Oscar Aguirre Sánchez.

Celia Miriam Zavaleta Hernández, de profesión Licenciada en enfermería, CEP19633, actualmente trabajando en el Establecimiento de Salud de los Baños del Inca, con el debido respeto me presento y expongo:

Actualmente me encuentro estudiando una Maestría en Salud Pública, en la Universidad Nacional de Cajamarca, y estando realizando mi trabajo de investigación titulado **PRACTICAS MATERNAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, ANEMIA EN NIÑOS DE 6-24 MESES Y DETERMINANTES SOCIALES.CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA 2023**, solicito a su digna persona brindarme las facilidades para hacer uso de la información y la intervención que corresponda en el ámbito que Ud. Dignamente dirige.

Es justicia que espero alcanzar.

Baños del inca 10 de agosto del 2023.

  
Lic. Miriam Zavaleta Hernández  
ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA  
CEP-19633 REE-11794

  
Luz Verónica Contreras Herrera  
LIC. EN ENFERMERÍA  
CEP-75547

recibido: 10-08-23  
hrs: 10:15 am

Autorizado  
14/08/23

  
GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SERVICIOS DE SALUD  
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
Baños del Inca  
Dr. Oscar David Aguirre Sánchez  
JEFE DEL CENTRO SALUD - BAÑOS DEL INCA

**APÉNDICE 2**  
**SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

Tamaño de la población: 413

Tamaño de la muestra: 89

Selección muestral: Muestreo aleatorio simple.

Número de los sujetos seleccionados:

<b>Muestra</b>	<b>ID</b>	<b>H. Cl.</b>	<b>DNI Niño</b>	<b>Muestra</b>	<b>ID</b>	<b>H. Cl.</b>	<b>DNI Niño</b>
1	8	B509	92578824	31	133	T584	92799967
2	13	X525	92590364	32	141	S504	92821714
3	16	E848	92600606	33	144	R409	92830534
4	17	O41	92600305	34	156	O139B	92859213
5	18	B552	92601110	35	157	S651	92860676
6	23	S991	92606107	36	164	T493	92865765
7	36	W599	92619163	37	171	H212	92880356
8	38	G387	92619774	38	177	E845	92893670
9	43	S615	92623136	39	186	B550	92923673
10	52	W1628	92647570	40	193	T600	92959898
11	63	W1371	92664268	41	195	G526	92964179
12	64	B499	92665902	42	202	E855	92978272
13	66	S018	92672205	43	203	O140	92981836
14	67	W1691	92672702	44	208	S930	92995320
15	70	J133	92680609	45	214	V5360	93001801
16	73	E828	92689309	46	215	S1021	92982850
17	75	Y1068	92691018	47	221	Y1100	99041199
18	78	X580	92493215	48	225	B591	93055706
19	83	T1142	92349507	49	229	G740	93058489
20	85	W1712	92681931	50	232	H45	93071266
21	97	T1081	92701974	51	233	T1123	93075598
22	99	G705	92706108	52	234	R212	93078483
23	108	R241	92732825	53	235	W1740	93079678
24	112	T741	92740984	54	236	S1033	93066945
25	113	G724	92738508	55	239	E903	93088466
26	114	T307	92741843	56	244	B347	93095564
27	117	R401	92749173	57	247	W1738	93103310
28	122	Y1087	92773514	58	248	G119	93103391
29	124	G589	92778369				
30	125	B543	92782043				

Apéndice 2. Selección de las muestras.

<b>Muestra</b>	<b>ID</b>	<b>H. Cl.</b>	<b>DNI Niño</b>
59	250	W928	93105113
60	252	T153	93108989
61	253	S1043	93096207
62	255	Y942	93031895
63	256	T1161	93105859
64	257	E868	93113122
65	266	Y1144	93130909
66	284	W920	93158069
67	292	S611	93177051
68	296	W1527	93185949
69	305	S1065	93214550
70	328	T42	93254267
71	335	T1164	93281200
72	338	T1171	93287590
73	340	Z3350	93289132
74	343	G686	93302379
75	353	G587	93326415
76	358	E202	93330675
77	362	T932	93336413
78	363	Y1218	93333223
79	369	B595	93340496
80	378	T901	93356929
81	380	G464	93360687
82	382	R450	93361533
83	383	G750	93362227
84	385	G638	93365732
85	395	T671	93378239
86	397	T1203	93373676

<b>Muestra</b>	<b>ID</b>	<b>H. Cl.</b>	<b>DNI Niño</b>
87	401	T557	93382693
88	406	T1192	93387225
89	410	W1792	93403966

### APÉNDICE 3

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

*Apéndice 3. Consentimiento Informado.*

Ud. ha sido invitada a participar en la investigación sobre PRÁCTICAS MATERNAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, DETERMINANTES SOCIALES Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD. CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA, 2023. La investigación es realizada por la Lic. en Enfermería **CELIA MIRIAM ZAVALA HERNÁNDEZ**, que trabaja en el Centro de Salud de los Baños del Inca.

El propósito de la presente investigación es contar con información respecto a la alimentación, determinantes sociales y anemia en los niños del distrito de Baños del Inca, que permita implementar medidas adecuadas para superar esta situación de la anemia que es muy peligrosa en los niños. Ud. ha sido seleccionada por tener un niño que está dentro de este grupo de edad, en este estudio participarán 92 madres de manera voluntaria. Su participación consiste en responder a un cuestionario con preguntas sencillas relacionadas a la práctica o lo que las madres hacen cuando les dan de comer a su niño y otros aspectos que pueden tener que ver con la salud de sus niños. La información brindada es totalmente anónima y confidencial. No hay ninguna gratificación por participar.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar de manera voluntaria.

Baños del Inca, .....de .....2023

-----

He conversado y explicado el contenido de esta hoja de consentimiento con la Sra. arriba firmante, así como los beneficios del estudio de investigación.

-----

Lic. En Enfermería: Celia Miriam Zavaleta Hernández

Encuestador<sup>1</sup>:.....

Encuestador<sup>2</sup>:.....

## APÉNDICE 4

### Cuestionario para determinar las prácticas maternas de alimentación complementaria, los determinantes sociales y anemia en niños de 6-24 meses de edad. Centro de Salud Baños del Inca, 2023.

*Apéndice 4. Cuestionario para determinar las prácticas maternas de alimentación complementaria, los determinantes sociales y anemia en niños de 6-24 meses de edad. Centro de Salud Baños del Inca, 2023.*

#### **I.- Datos generales:**

Código de la encuesta: ..... Fecha: ... Comunidad; .....

Edad del Niño(a): .....

- a) 6-8 meses ( ) 9-11meses ( ) b) 12-24 meses ( )

Sexo del niño:

- b) Masculino  
c) Femenino

#### **II.- Prácticas maternas de alimentación complementaria al momento de la entrevista:**

1. ¿Prepara diariamente los alimentos para su niño (a) de acuerdo a su edad?

- a) Si  
b) No  
c) A veces

2. ¿Cómo prepara diariamente los alimentos a su niño(a)?

Consistencia	6-8m	9-11m	12-24m
a) Alimentos espesos (papilla mazamorra-puré) más leche materna			
b) Alimentos aplastados, pero sin leche materna, leche en mamadera o agüitas			
c) Caldos, sopas			
d) Alimentos picados			
e) Los mismos que todos comemos			
f) Otros			

3. ¿Qué cantidad de alimentos le da de comer diariamente a su niño(a)? :

##### **De 6 a 8 meses:**

- a) 3 a 5 cucharadas ó ½ plato mediano  
b) 2 cucharadas de su plato (mamá)  
c) Lo que quiera comer

##### **De 9 a 11 meses:**

- a) De 5 a 7 cucharadas ó ¾ de plato mediano  
b) No lo mide



c) De 2 a 5 cucharadas de plato mediano

**De 12 a 24 meses**

- a) de 7 a 10 cucharadas ó 1 plato mediano
- b) Lo que quiera comer del plato mediano
- c) De 5 a 7 cucharadas del plato mediano

4. ¿Cuántas veces le da de comer a su niño(a) en el día?

Frecuencia:

**De 6 a 8 meses**

- a) 3 comidas al día
- b) 2 comidas al día + una adicional de cualquier alimento
- c) 2 comidas al día

**De 9 a 11 meses**

- a) 3 comidas al día + una adicional
- b) 3 comidas al día
- c) 2 comidas al día + una adicional

**De 12 a 24 meses**

- 3 comidas al día + 2 adicionales
- 3 comidas al día
- 2 comidas al día + una adicional

5. ¿De los siguientes alimentos, diga cuáles suele darle a su niño(a) y con qué frecuencia?

Tipo de Alimento y frecuencia

Tipo de alimento	Frecuencia				
	Todos los días	Una vez por semana	Dos veces por semana	Mensual	Nunca
Carne, cuy, pescado, pollo, hígado, bazo, sangrecita,					
leche queso y otros productos lácteos(a partir del año de edad)					
fruta y verduras					
papa, arroz, menestras productos con harina					
Aceite vegetal, mantequilla, pecana, maní, almendra					

6.- ¿Qué tipo de micronutriente administra a su niño(a)?

- a) gotas
- b) jarabe
- c) Chispitas
- d) No administra

7.- ¿Cuántas veces le administra los Micronutrientes a su niño(a)?

- a) diariamente.
- b) de vez en cuando.
- c) 1 vez a la semana.
- d) no se acuerda

8.- ¿A qué hora acostumbra a darle los Micronutrientes a su niño(a)?

- a) Cuando se despierta
- b) a las 10 de la mañana
- c) medio día
- d) por la tarde.

9.- ¿En qué momentos se lava las manos?

- a) Antes de la preparación de alimentos.
- b) Antes de darle de comer al niño.
- c) Después de usar servicios higiénicos
- d) Todas las Anteriores

10.- ¿Los alimentos en su casa están tapados, en lugares ordenados, frescos y limpios. (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales),

SI ( )      NO ( )      A VECES ( )

11.-¿Usted sirve los alimentos inmediatamente después de prepararlos?

SI ( )      NO ( )      a veces ( )

12.- Utiliza agua segura (potable, clorada) en la preparación de los alimentos y utiliza recipientes limpios.

SI ( )      NO ( )      A VECES ( )

13.- ¿Qué rutinas tiene implementadas a la hora de alimentar a su niño-a?

a) ¿Usted le da de comer a su niño-a en el mismo lugar y a la misma hora?

SI ( )      NO ( )      A veces ( )

b) ¿Se asegura que el niño este sentado en una posición de apoyo y cómodo, sin distracciones a la hora que le va a dar de comer?

SI ( )      NO ( )      A veces me olvido ( )

c) Promueve que su niño coma solo por momentos (opciones saludables para que los niños puedan alimentarse por sí mismos)

SI ( ) NO ( ) A veces cuando tengo tiempo ( )

### ***III- Determinantes Sociales de salud de la madre:***

#### **Biológico**

14.- ¿Cuántos años cumplidos tiene señora? ..... Edad de la madre

- a) 12-19 años adolescente
- b) 20-25 años Joven
- c) 26-34 años Adulta
- d) >= 35 años Añosa

#### **Social**

15.- Actualmente, ¿Cuál es su ocupación señora?:

- a) Ama de casa
- b) Trabajo estable
- c) Trabajo eventual
- d) Comerciante

16.- ¿Hasta qué año ha estudiado señora?.....años de estudio

- a) Sin instrucción
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior Universitaria
- e) Superior Técnica

17.- ¿dónde vive usted?

- a) Zona urbana
- b) Zona Rural

18.-¿Cómo considera usted su posición social?

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

#### **Acceso a servicios**

19.-¿Usted tiene servicios de:

- a) Agua y desagüe
- b) Luz
- c) Vivienda saludable. (3 habitaciones, ventilada, con buena iluminación)
- d) Hay más de 3 personas x habitación

20.-¿Su niño cuenta con seguro de salud?

- a) Tienen SIS
- b) ES Salud
- c) Seguro privado
- d) Ninguno

**Económico**

21.- ¿Cuál es el ingreso económico total de la familia?:.....soles

- a) Menos de 100 soles
- b) 100 a menos de 500 soles
- c) 500 a menos de 1000soles
- d) 1,000 a más

***IV.- Anemia***

22.-Valor de la hemoglobina del niño-ña menor de 6 a 24 meses de edad:

- a) Normal (Sin anemia)  $\geq 11.0$ gr/dl.
- b) Anemia (Con anemia):

<b>Tipos/grados de anemia:</b>	<b>Valor</b>
Leve 10.0-10.9gr/dl ( )	
Moderada 7.0-9.9gr/dl ( )	
Severa < a 7.0gr/dl ( )	

Baños del Inca, agosto del 2023

## APÉNDICE 5

### VALIDACION DEL INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MAESTRÍA: MENCIÓN SALUD PÚBLICA

#### ASPECTOS DE VALORACIÓN: INFORME DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Valores: 0= Debe mejorarse 1= Poco adecuada 2= Buena

Estimado profesional, siendo conocedor(a) de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.	
1. NOMBRE DEL JUEZ	KARINA ALVAREZ MORALES
2. PROFESIÓN	LIC. EN NUTRICION
TITULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	MAESTRO EN CIENCIAS
ESPECIALIDAD	SALUD PUBLICA
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	14 AÑOS
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA
CARGO	ASISTENCIAL-NUTRICIÓN.
3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: PRACTICAS MATERNAS DE ALIMENTACION COMPLMENTARIA, ANEMIA EN NIÑOS DE 6-24 MESES Y DETERMINANTES SOCIALES.CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA. 2023.	
4. NOMBRE DEL TESISTA: Celia Miriam Zavaleta Hernández	
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar y analizar la relación entre las prácticas maternas de alimentación complementaria, anemia en niños de 6-24meses y los determinantes sociales. Centro de Salud Baños del inca 2023.

Fecha del juicio de validación: 2023

Nombre y sello del juez experto

  
Karina Alvarez Morales  
Profesora  
UNP - 1781

Apéndice 5. Validación del instrumento.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MAESTRÍA: MENCIÓN SALUD PÚBLICA

ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0= Debe mejorarse 1= Poco adecuado 2= Adecuado

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras	2
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio	2
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	2
<b>RESULTADO DE VALIDACIÓN</b>		10

Calificación: Aceptado: (7-10 puntos) Debe mejorarse: (4-6 puntos) Rechazado: (<3 puntos)


3. SUGERENCIAS

(Realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considera oportunas para la mejora del instrumento)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Baños del Inca 8, de agosto 2023

Firma y sello del juez experto

  
Karina Alvarez Morales  
Lc. Nutrición  
CNP.: 4791



**INFORME DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS**

Estimado profesional, siendo conocedor(a) de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ	Iris Marleny Cabrera Chaffo
2. PROFESIÓN	Licenciada en Enfermería
TÍTULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Maestro en Ciencias
ESPECIALIDAD	Enfermería en Neonatología
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	25 años
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	C. S. Baños del Inca
CARGO	Responsable del Área de Tomizaje Neonatal
3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: PRÁCTICAS MATERNAS DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA, ANEMIA EN NIÑOS DE 6-24 MESES Y DETERMINANTES SOCIALES. CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA 2023	
4. NOMBRE DEL TESISISTA: Celia Miriam Zevalta Hernández	
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar y Analizar la relación entre las prácticas maternas de alimentación complementaria, Anemia en niños de 6-24 meses y los determinantes sociales. Centro de Salud Baños del Inca 2023

**6. VALIDACION DE CONTENIDO**

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X		X			X	X		X		
2	X		✓			✓	X		✓		
3	X		✓			✓	X		✓		
4	✓		✓			✓	X		✓		
5	X		✓			✓	X		✓		
6	✓		✓			✓	X		✓		
7	✓		X			X	X		X		
8	X			X		X	X		X		
9	✓		X		X		✓		✓		
10	X		X		X		X		X		





UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MAESTRÍA: MENCIÓN SALUD PÚBLICA



Item	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
11	x		x				x		x		
12	x		x				x		x		
13	x		x				x		x		
14	x		x				x		x		
15	x		x				x		x		
16	x		x				x		x		
17	x		x				x		x		
18	x		x				x		x		
19	x		x				x		x		

7. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

VALORACIÓN: 0= DEBE MEJORARSE 1= POCO ADECUADO 2= ADECUADO

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras	1
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio	2
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	2
<b>RESULTADO DE VALIDACIÓN</b>		<b>9</b>

Calificación: Aplicable ( 7-10 puntos); Aplicable,atendiendo a las observaciones (4-6 puntos); No aplicable (<3 puntos)

8. SUGERENCIAS

(Realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considera oportunas para la mejora del instrumento)

Cajamarca, 12 de Agosto de 2023

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
*[Firma]*  
FIRMA DEL EXPERTO





INFORME DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor(a) de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ	INGENIA ROCENDA ARCE DIAZ
2. PROFESIÓN	LIC. NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
TÍTULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Mg. EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
ESPECIALIDAD	
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	42 AÑOS
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	DIRESA - CAJAMARCA
CARGO	COORD. PROC. DISCAPACIDAD
3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: PRÁCTICAS MATERNAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, ANEMIA EN NIÑOS DE 6-24 MESES Y DETERMINANTES SOCIALES. CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA 2023	
4. NOMBRE DEL TESISISTA: Celia Miriam Zavaleta Hernández	
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar y Analizar la relación entre las prácticas maternas de alimentación complementaria, Anemia en niños de 6-24 meses y los determinantes sociales. Centro de Salud Baños del Inca 2023

6. VALIDACION DE CONTENIDO

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	✓		✓				✓	✓	✓	✓	
2	✓		✓				✓	✓	✓	✓	
3	✓		✓				✓	✓	✓	✓	
4	✓		✓				✓	✓	✓	✓	
5	✓		✓				✓	✓	✓	✓	
6	✓		✓				✓	✓	✓	✓	
7	✓		✓				✓	✓	✓	✓	
8	✓		✓				✓	✓	✓	✓	
9	✓		✓				✓	✓	✓	✓	
10	✓		✓				✓	✓	✓	✓	



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
 FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
 PROGRAMA DE MAESTRÍA: MENCIÓN SALUD PÚBLICA



Item	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
11	✓		✓			✓	✓		✓		
12	✓		✓			✓	✓		✓		
13	✓		✓			✓	✓		✓		
14	✓		✓			✓	✓		✓		
15	✓		✓			✓	✓		✓		
16	✓		✓			✓	✓		✓		
17	✓		✓			✓	✓		✓		
18	✓		✓			✓	✓		✓		
19	✓		✓			✓	✓		✓		

7. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

VALORACIÓN: 0= DEBE MEJORARSE 1= POCO ADECUADO 2= ADECUADO

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras	2
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio	2
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		10

Calificación: Aplicable ( 7-10 puntos); Aplicable,atendiendo a las observaciones (4-6 puntos); No aplicable (<3 puntos)

8. SUGERENCIAS

(Realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considera oportunas para la mejora del instrumento)

.....

Cajamarca, 15 de Agosto de 2023

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

*[Firma]*  
 Lic. Nut. Iginia R. Arce Diaz

FIRMA DEL EXPERTO



INFORME DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor(a) de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ	BRENDA IVON GONZALEZ LOZA
2. PROFESIÓN	LICENCIADA EN BIOMATERIOLOGIA Y NUTRICION
TITULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	LICENCIADA EN BIOMATERIOLOGIA Y NUTRICION
ESPECIALIDAD	MAESTRO EN GOBIERNO Y GERENCIA EN SALUD
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	20 AÑOS
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
CARGO	COORDINADORA REGIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN SALUDABLE
3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: PRÁCTICAS MATERNAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, ANEMIA EN NIÑOS DE 6-24 MESES Y DETERMINANTES SOCIALES. CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA 2023	
4. NOMBRE DEL TESISISTA: Celia Miriam Zavaleta Hernández	
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar y Analizar la relación entre las prácticas maternas de alimentación complementaria, Anemia en niños de 6-24 meses y los determinantes sociales. Centro de Salud Baños del Inca 2023

6. VALIDACION DE CONTENIDO

Item	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X		X			X	X		X		
2	X		X			X	X		X		
3	X		X			X	X		X		
4	X		X			X	X		X		
5	X		X			X	X		X		
6	X		X			X	X		X		
7	X		X			X	X		X		
8	X		X			X	X		X		
9	X		X			X	X		X		
10	X		X			X	X		X		





UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
 FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
 PROGRAMA DE MAESTRÍA: MENCIÓN SALUD PÚBLICA



Item	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Seego)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
11	x		x		x	x			x		
12	x		x		x	x			x		
13	x		x		x	x			x		
14	x		x		x	x			x		
15	x		x		x	x			x		
16	x		x		x	x			x		
17	x		x		x	x			x		
18	x		x		x	x			x		
19	x		x		x	x			x		

7. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

VALORACIÓN: 0= DEBE MEJORARSE 1= POCO ADECUADO 2= ADECUADO

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras	2
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio	2
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	2
<b>RESULTADO DE VALIDACIÓN</b>		<b>10</b>

Calificación: Aplicable ( 7-10 puntos); Aplicable,atendiendo a las observaciones (4-6 puntos); No aplicable (<3 puntos)

8. SUGERENCIAS

(Realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considera oportunas para la mejora del instrumento)

Cajamarca, 16 de Agosto de 2023

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

Lic. Brenda I. Góngora Loza

COORDINADORA S.R. ALIMENTACIÓN  
 Y NUTRICIÓN

Y FIRMA DEL EXPERTO

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA: MENCIÓN SALUD PÚBLICA**

**INFORME DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS**

Estimado profesional, siendo conocedor(a) de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.	
1. NOMBRE DEL JUEZ	SANTOS CHAVEZ AGUILAR
2. PROFESIÓN	LIC. EN ENFERMERIA
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	MAESTRO EN CIENCIAS
ESPECIALIDAD	SALUD PUBLICA
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	26 AÑOS
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	MINISTERIO DE SALUD - PROMOCION DE LA SALUD
CARGO	GESTORA DEL PROGRAMA DE INCENTIVOS MUNICIPALES
3. TITULO DE LA INVESTIGACION: PRACTICAS MATERNAS DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA, ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES Y DETERMINANTES SOCIALES, CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA 2023	
4. NOMBRE DEL TESISISTA: CELIA MIRIAM ZAVALETA HERNÁNDEZ	
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar y analizar la relación entre las practicas maternas de alimentación complementaria, anemia en niños de 6 a 24 meses y los determinantes sociales – Centro de Salud Baños del Inca: 2023

**6. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

**Valoración:** 0= Debe mejorarse 1= Poco adecuado 2= Adecuado

CRITERIO	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio	1
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras	2
ORGANIZACIÓN	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio	2
COHERENCIA	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponde a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	2
<b>RESULTADO DE VALIDACIÓN</b>		<b>8</b>

**Calificación:** Aceptado: (7-10 puntos) Debe mejorarse: (4-6 puntos) Rechazado:(<3 puntos)

5. Se recomienda revisar lo referente al ingreso economico y que es el indicador a manera de un ejemplo talvés la pregunta podria ser **¿Cuál es el ingreso total de familia mensualmente?**
- menos de 100 soles ( ), de 100 a 300 ( ), de 300 a 600 ( ), de 600 a 1000 ( ), mas de 1000 ( )

## APÉNDICE 6

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

**Cuestionario para determinar las prácticas maternas de alimentación complementaria, anemia en niños de 6-24 meses y determinantes sociales. Centro de salud Baños del Inca 2023.**

### COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

#### Resumen de procesamiento de casos

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

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

*Apéndice 6. Confiabilidad del Instrumento.*

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,833	26

La confiabilidad del instrumento presenta un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,833, lo que indica que el instrumento es bueno y es confiable.