

# UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



## TESIS:

Título: Ablactancia en primíparas y su relación con la antropometría de los infantes Hospital - Huancavelica, 2019

Para optar el Título de Médico Cirujano

Autora: Jhoselin Brisseth Quispe-Huamán

Asesor: Dr. Miguel Mercado Rey

Línea de Investigación: Salud y Gestión de la Salud

Fecha de inicio de la investigación: junio de 2019

Fecha de culminación de la investigación: marzo de 2021

Huancayo, Perú

2021, marzo

## **DEDICATORIA**

*“A Dios y a mis padres Maribel y Hugo por siempre apoyarme incondicionalmente en mi carrera, pero también como guía durante toda mi vida.”*

Quispe-Huamán JB

## **AGRADECIMIENTO**

*“A mis padres, quienes fueron el sustento de mi carrera; a mis hermanos, con quienes crecí durante mi vida; y a mi sobrino, quien me enseñó a su corta edad lo que son la fortaleza y las ganas de vivir.”*

Quispe-Huamán JB

## CONTENIDO

DEDICATORIA .....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
CONTENIDO .....	4
CONTENIDO DE TABLAS .....	7
CONTENIDO DE FIGURAS .....	9
RESUMEN.....	10
ABSTRACT.....	11
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1. Descripción de la realidad problemática .....	12
1.2. Delimitación del problema.....	13
1.3. Formulación del problema .....	14
1.3.1. Problema General.....	14
1.3.2. Problemas Específicos .....	14
1.4. Justificación.....	14
1.4.1. Social.....	14
1.4.2. Teórica.....	15
1.4.3. Metodológica.....	15
1.5. Objetivos .....	16
1.5.1. Objetivo General .....	16
1.5.2. Objetivos Específicos.....	16

II.	MARCO TEÓRICO .....	17
2.1.	Antecedentes (nacionales e internacionales).....	17
2.2.	Bases Teóricas o Científicas .....	18
2.3.	Marco Conceptual (de las variables y dimensiones).....	21
III.	HIPÓTESIS .....	24
3.1.	Hipótesis General .....	24
3.2.	Hipótesis Específicas .....	24
3.3.	Variables (definición conceptual y operacionalización).....	24
IV.	METODOLOGÍA.....	26
4.1.	Método de Investigación .....	26
4.2.	Tipo de Investigación.....	26
4.3.	Nivel de Investigación.....	26
4.4.	Diseño de la Investigación .....	26
4.5.	Población y Muestra.....	27
4.6.	Técnicas e Instrumentos de recolección de datos .....	29
4.7.	Técnicas de procesamiento y análisis de los datos.....	30
4.8.	Aspectos éticos de la Investigación.....	31
V.	RESULTADOS .....	32
5.1.	Descripción de resultados .....	32
5.2.	Contrastación de hipótesis.....	46

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	49
CONCLUSIONES .....	54
RECOMENDACIONES .....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	58
ANEXOS.....	64
Matriz de consistencia .....	64
Matriz de operacionalización de variables .....	67
El instrumento de investigación y constancia de su aplicación.....	71
Confiabilidad y validez del instrumento.....	78
La data de procesamiento de datos .....	80
Consentimiento informado .....	82
Fotos de la aplicación del instrumento .....	83

## CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.....	33
Tabla 2. Frecuencia de respuestas correctas según la sección de conocimientos del cuestionario CAP en las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.....	35
Tabla 3. Frecuencia de actitudes positivas según la sección de actitudes del cuestionario CAP en las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.....	37
Tabla 4. Frecuencia de prácticas óptimas según la sección de prácticas del cuestionario CAP en las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.....	39
Tabla 5. Resumen del estado nutricional (en base a la antropometría, y por sexo) de los hijos de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.....	40
Tabla 6. Análisis bivariado de la relación entre los conocimientos sobre ablactancia con la antropometría de los hijos de las primíparas que acuden a los controles de	

<p>sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019. ...</p> <p>Tabla 7. Análisis bivariado de la relación entre las actitudes sobre ablactancia con la antropometría de los hijos de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019. ...</p> <p>Tabla 8. Análisis bivariado de la relación entre las prácticas sobre ablactancia con la antropometría de los hijos de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019. ...</p> <p>Tabla 9. Análisis multivariado de las relaciones entre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre ablactancia con la antropometría de los hijos de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.....</p>	<p>43</p> <p>44</p> <p>45</p> <p>48</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

## CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1. Situación de los conocimientos sobre ablactancia de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.....	34
Figura 2. Situación de las actitudes sobre ablactancia de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.....	36
Figura 3. Situación de las prácticas sobre ablactancia de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.....	38
Figura 4. Comparación de los indicadores antropométricos por sexo de los hijos de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.....	41

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación de la ablactancia en primíparas con la antropometría de los infantes del hospital – Huancavelica, 2019. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, analítico, correlacional y transversal. Se incluyó a primíparas y a sus hijos de 6 a 24 meses; se aplicó una encuesta CAP a las madres y se recolectaron datos de las medidas antropométricas de sus hijos. Se utilizó regresión con los modelos lineales generalizados de la familia Poisson, con función de enlace "log" y ajuste robusto del error estándar; se reportaron las razones de prevalencia crudas (RPc) y ajustadas (RPa), con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%) y considerando una  $p < 0,05$  como significativa. **Resultados:** De las 138 primíparas encuestadas, solo alrededor del 30% tuvo un nivel de conocimientos, actitudes y prácticas adecuado. Se encontró que a mayor edad de la madre los conocimientos y las actitudes fueron más adecuados; se encontró también que los conocimientos fueron más adecuados conforme el grado de instrucción era superior. Por último, cuanto mayores eran los conocimientos adecuados, mayor era el IMC de sus hijos; y cuanto mayores eran las prácticas adecuadas, mayor fue la longitud de sus hijos. **Conclusión:** Se encontró relación entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre ablactancia de las primíparas encuestadas, y el IMC y longitud de sus hijos de 6 a 24 meses. Finalmente, las mujeres tuvieron medianas ligeramente mayores que las de los varones en sus medidas antropométricas.

**Palabras clave:** Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud; Alimentación Mixta; Primípara; Antropometría; Lactante; Cuidado del Lactante (fuente: DeCS).

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the relationship of ablactation in primiparous women with the anthropometry of infants at the hospital - Huancavelica, 2019. **Materials and methods:** Observational, analytical, correlational, and transversal study. Primiparous women and their children from 6 to 24 months were included; a KAP survey were applied to the mothers and the data about their children's anthropometric measurements were collected. Regression was used with the generalized linear models of the Poisson family, with "log" link function and robust adjustment of the standard error; the crude (cPR) and adjusted prevalence ratios (aPR) were reported, with their respective confidence intervals at 95% (95%CI) and considering  $p < 0.05$  as significant. **Results:** Among the 138 primiparous surveyed, just around the 30% had an adequate level of knowledges, attitudes, and practices. It was found that the older the mother, the more adequate the knowledges and attitudes; moreover, the superior the educational level, the more adequate the knowledges. Finally, the greater the adequate knowledges, the higher the BMI of their children; and the greater the adequate practices, the higher the length of their children. **Conclusion:** Relations between the knowledges, the attitudes, and the practices on ablactance of the surveyed primiparous, and the BMI and length of their children from 6 to 24 months were found. Lastly, women had slightly higher medians than men among their anthropometric measurements.

**Keywords:** Health Knowledge, Attitudes, Practice; Mixed Feeding; Primiparous; Anthropometry; Infant; Infant Care (source: MeSH).

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Investigamos y determinamos la relación entre la ablactancia donde mediremos los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las madres primíparas acerca de la ablactancia, y las medidas de antropometría de sus hijos de 6 a 24 meses de edad, en el Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” (HRZCV) de Huancavelica, lo cual permitió orientarlas acerca de la mejor nutrición y desarrollo de sus hijos.

### **1.1. Descripción de la realidad problemática**

Para el año 2017, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que la desnutrición crónica afectó al 12,9% de los niños menores de cinco años en el Perú. Se dio a conocer que en el área rural la desnutrición crónica (25,3%) fue mayor que en el área urbana (8,2%). Además, informó que el mayor índice de desnutrición se dio en niños con madres que no tenían educación o que solo habían estudiado primaria (27,6%) (1).

En Huancavelica, la tasa de desnutrición crónica para el 2017 fue de 31,2% en menores de 5 años; llegando en el distrito de Huachocolpa hasta 69,8%, seguido del distrito de Huando con 68,9%, relacionada con una tasa de analfabetismo de mujeres en la región Huancavelica de 16,2% (2).

La situación nutricional y de salud no es solo es cuestión de la cantidad del alimento, sino también de la calidad de este, lo cual está relacionado con el nivel educativo de la madre, el acceso a los servicios de agua, el saneamiento, el nivel de pobreza, entre otros (3, 4).

La alimentación complementaria (también conocida como ablactancia) constituye el segundo paso esencial, luego de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses para un adecuado desarrollo infantil (5). En niños de 6 a 35 meses de edad del área rural peruana se encontró que el 53,3% tenía anemia concordando sobre todo con el periodo de ablactancia (1).

## **1.2. Delimitación del problema**

### **1.2.1. Delimitación espacial**

Consultorios externos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica.

### **1.2.2. Delimitación temporal**

De julio a diciembre de 2019.

### **1.2.3. Delimitación del universo**

Madres primíparas que acuden a los controles de CRED de sus hijos, y sus hijos entre 6 y 24 meses.

#### **1.2.4. Delimitación del contenido**

Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud; Alimentación Mixta; Primípara; Antropometría; Lactante; Cuidado del Lactante.

### **1.3. Formulación del problema**

#### **1.3.1. Problema General**

¿Cuál es la relación de la ablactancia en primíparas con la antropometría de los infantes hospital - Huancavelica, 2019?

#### **1.3.2. Problemas Específicos**

1.3.2.1. ¿Cuáles serán las características de la ablactancia en primíparas del hospital - Huancavelica, 2019?

1.3.2.2. ¿Cuáles serán las características antropométricas en los infantes del hospital – Huancavelica, 2019?

### **1.4. Justificación**

#### **1.4.1. Social**

Conocer las relaciones entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las madres primíparas sobre la ablactancia y la antropometría de sus hijos nos permitirán plantear una intervención oportuna al realizar acciones de prevención sobre desnutrición y

promover prácticas adecuadas del cuidado del niño, para luego ver la repercusión de estas intervenciones en los niños en su antropometría, apoyando así la Resolución Ministerial N° 990-2010/MINSA (6).

#### **1.4.2. Teórica**

Ha quedado ampliamente demostrado que el estado nutricional, el cual se mide a través de indicadores antropométricos, se correlaciona de muchas formas con las condiciones sociales (7), una de las cuales es el nivel socioeconómico; el cual está relacionado con el nivel educativo. Principalmente, es la madre la que más está en contacto estrecho con su hijo, y es la que inicia el proceso de ablactancia, por lo que reconocer el nivel de los conocimientos, de las actitudes y de las prácticas de la madre sobre el tema, es importante para poder evaluar de manera indirecta el estado nutricional de sus hijos, en especial en alguna situación especial (8). Esto, a su vez, nos dejará ver si esta evaluación guarda relación con la ablactancia, por lo que los resultados de este estudio podrán servir como precedente para mejorar la Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años (6) poniendo énfasis en el periodo de ablactancia.

#### **1.4.3. Metodológica**

La realización de este trabajo nos permitirá conocer la influencia que tienen los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres acerca de la ablactancia sobre la antropometría de sus hijos (e indirectamente su estado nutricional), mediante el uso de métodos estadísticos y pruebas pertinentes que nos permitan evaluar y demostrar su relación y asociación, describir sus características, y poder predecir causalidad según los resultados para que esta se pueda evaluar en otros estudios posteriores.

## **1.5. Objetivos**

### **1.5.1. Objetivo General**

Determinar la relación de la ablactancia en primíparas con la antropometría de los infantes del Hospital - Huancavelica, 2019

### **1.5.2. Objetivos Específicos**

1.5.2.1. Identificar las características de la ablactancia en primíparas del hospital - Huancavelica, 2019.

1.5.2.2. Identificar las características antropométricas en los infantes del hospital - Huancavelica, 2019.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes (nacionales e internacionales)

Díaz Astochado (2013), concluyó que el 37,7% de las madres de su estudio tuvieron adecuadas prácticas de ablactancia, el 32,6% medianamente adecuadas y el 33,7% inadecuadas; con respecto al estado nutricional, se encontró que el 34,7% tuvo desnutrición crónica, el 30,6% estuvo en riesgo nutricional y el 34,7% tuvo un estado nutricional normal entre los niños estudiados. Finalmente, concluye que las prácticas inadecuadas de ablactancia se relacionaron de modo significativo con el estado nutricional de sus hijos (9).

Orellana Tutaya (1997), concluyó que la mayoría de madres de su estudio (50,6%) alcanzaron un nivel de conocimientos regular y que el 50,8% se ubicaron entre las edades de 21 a 25 años con un promedio de 1 a 2 hijos, destacando que a mayor edad y mayor número de hijos, menor fue el conocimiento de las madres sobre ablactancia; con respecto a los niños, el estado nutricional fue normal en el 50% de los de 19 a 20 meses, además la desnutrición crónica se presentó en igual proporción para los diferentes niveles de conocimiento, por lo que no se halló relación significativa entre los conocimientos de las madres sobre ablactancia y el estado nutricional de sus niños (7).

Barboza Vásquez et al (2019), concluyeron que el 65% de las madres que acuden al consultorio de CRED del policlínico de Lambayeque, tienen un nivel regular de conocimientos sobre alimentación complementaria y el resto tiene un nivel de conocimientos deficiente sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 12 meses (10).

Chumán Bustamante et al (2019), concluyeron con que las prácticas maternas en alimentación complementaria en lactantes de 4 a 8 meses de edad en zonas prevalentes de anemia no son adecuadas y que las características sociodemográficas de las madres de los lactantes en ese estudio fueron de edad de 18 a 35 años, con ocupación de ama de casa, con un bajo nivel de instrucción y un mayor porcentaje de madres que no tienen ningún hijo menor de edad (11).

Orellana Chuquillanqui et al (2009), concluyeron en el estudio que se realizó en el C.S. de Pucará con que la mayoría de las madres (63,5%) tuvieron un nivel de conocimientos deficiente sobre la ablactancia, y con que a menor conocimiento de la madre, mayor era la edad materna y mayor era el número de hijos (12).

## **2.2. Bases Teóricas o Científicas**

Se define como madres primíparas a las mujeres que han tenido un solo parto con producto viable, donde no se toma en cuenta si el producto nació vivo o no, o si la cantidad de productos fue uno o mayor a uno (13). La ablactancia es definida como la incorporación de alimentos distintos a la leche materna a la dieta del lactante, este proceso se inicia a los 6 meses de edad y

es un proceso que se inicia porque la leche materna no es suficiente para los requerimientos nutricionales de los lactantes (9, 14) (al sexto mes la leche materna se reduce al 30% del volumen excretado lo cual disminuye su contenido nutricional), por lo que se complementa con otros alimentos, aparte que el crecimiento de los lactantes hace que sus requerimientos calóricos aumenten (5, 15). Finalmente, los sistemas gastrointestinal, neuromuscular y renal del niño después del sexto mes de vida ya adquieren madurez, por un lado para metabolizar y absorber todo tipo de alimento y nutriente, y por otro para depurar metabolitos y participar de la alimentación (16, 17).

Actitud:

Las actitudes son creencias emocionales, motivacionales, perceptivas y cognitivas que influyen de manera positiva o negativa en el comportamiento o la práctica que tendrá la madre o persona que alimente al menos respecto a la ablactancia. Las actitudes influyen en el comportamiento a futuro sin importar el conocimiento de la persona y esto explica por qué una persona adopta una práctica y no otras opciones (18).

Las relaciones entre las actitudes y las prácticas óptimas sobre la ablactancia se pueden resumir en (18):

- La autoconfianza que es referida a las creencias de una persona en este caso la madre o persona que alimenta al infante referente a su propia capacidad para realizar una práctica o su confianza al realizarla.
- Las actitudes hacia el seguimiento de recomendaciones nutricionales de los alimentos que refleja cuan relevante es que la persona siga una

recomendación nutricional, que son transmitidos a través de la educación nutricional a cargo de instituciones como el Instituto Nacional de Salud.

- Las actitudes hacia las preferencias de los alimentos en ablactancia son definidas como respuestas sensoriales-afectivas a un alimento o sabor que influyen al momento de escoger los alimentos y las prácticas óptimas.
- Las actitudes hacia los tabúes alimentarios en ablactancia son reglas de alimentación que son impuestas por una cultura, sociedad o comunidad quienes prescriben o proscriben ciertos alimentos o usos.
- Las actitudes hacia una práctica ideal relacionada con la nutrición se juzgan de acuerdo con: Los beneficios percibidos (que son las creencias sobre los beneficios que una persona (madre o persona que alimente al infante) obtendría de una práctica, las barreras percibidas (que están determinadas por la percepción sobre las dificultades que surgen al participar en una práctica), la autoconfianza (que es la percepción con respecto a la propia capacidad para realizar una práctica, o la confianza al hacerlo, y la disposición al cambio (que es la actitud a para realizar una práctica nueva o ideal respecto a la nutrición).

Las mediciones sobre las prácticas relacionadas con la nutrición son:

(1) la diversidad dietética (calidad de toda la dieta en la ablactancia), (2) la ingesta de alimentos específicos en la ablactancia, (3) la frecuencia de ingesta

de alimentos en los infantes, y (4) el comportamiento que tienen las madres de los infantes (18).

La diversidad dietética es una característica de la calidad de la dieta. Aunque esta no es una práctica como tal, refleja el consumo de alimentos de los infantes y es un indicador de la adecuación de macro y micronutrientes de la dieta. La ingesta de alimentos específicos es una simplificación en el que se evalúa de manera rápida si los alimentos consumidos en las 24 horas del día anterior se centran en las fuentes alimentarias disponibles del nutriente de interés, esto de acuerdo también con los alimentos disponibles en cada región (18).

El conocimiento de la madre o persona quien alimenta al infante depende de factores como: el grado de instrucción, las experiencias previas en el cuidado de niños y los conocimientos que adquieren las madres de los infantes, entre otros. También influyen las opiniones y conocimientos de la familia que manejan un conjunto de creencias, en la mayoría de las veces erradas, que dependen mucho además de la cultura colectiva y regional (19).

Según Madrigal (2020), el inicio de la alimentación complementaria varía según los patrones culturales de las diferentes sociedades por eso es importante que al evaluar el conocimiento de la persona se tenga en cuenta los factores antes mencionados. (20).

### **2.3. Marco Conceptual (de las variables y dimensiones)**

El conocimiento se define como un conjunto de verdades o hechos acumulados en el curso del tiempo, es la suma de información acumulada en

cualquier periodo del tiempo (fuente: DeCS); en este caso se referiría a los conocimientos sobre ablactancia. Adicionalmente, la Real Academia Española (RAE) define a la “actitud” como la “disposición de ánimo manifestada de algún modo” (21), en este caso hacia la ablactancia; y a la “práctica” como el “uso continuado, costumbre o estilo de algo” o como la “aplicación de una idea o doctrina” (22).

La antropometría es una forma de observar el crecimiento físico, que nos permite evaluar el crecimiento y desarrollo; permite conocer el patrón de crecimiento propio de cada individuo, evaluar su estado de nutrición y salud, y detectar alteraciones. Son diversas las medidas para evaluar la antropometría, el tamaño, las proporciones y la composición corporal: peso, longitud, circunferencias, pliegues cutáneos y diámetros (23).

Los indicadores antropométricos se usan para evaluar el crecimiento, considerando conjuntamente la edad, el sexo y las mediciones de un niño (24). La longitud para la edad (L/E) y la talla para la edad (T/E) reflejan el crecimiento alcanzado en longitud o talla para la edad del niño en el día de la consulta. Este indicador permite evaluar retardo en el crecimiento (por insuficiente aporte de nutrientes o enfermedades crónicas) o crecimiento excesivo (que puede reflejar desórdenes endocrinos no comunes) (24).

El peso para la edad (P/E) refleja el peso corporal en relación con la edad del niño en un día determinado. Este indicador se usa para evaluar los déficits, más no los excesos. No es confiable en los casos en los que la edad del niño no puede determinarse con exactitud (24). El peso para la longitud (P/L) y el peso para la talla (P/T) reflejan el peso corporal en proporción al

crecimiento alcanzado en longitud o talla. Este indicador es especialmente útil en situaciones en las que la edad es desconocida. Su baja es causada por una enfermedad reciente que condiciona pérdida aguda y severa de peso; y también sirve para identificar a niños con sobrepeso u obesidad (24). Además, el índice de masa corporal (IMC) para la edad (IMC/E) es muy útil cuando se evalúa el sobrepeso u obesidad. La curva de IMC/E y la de P/T y P/L son bastante similares y brindan resultados congruentes (24).

Por último, el perímetro cefálico para la edad (PC/E) es importante en el control del niño sano: un cambio no esperado del crecimiento normal de la cabeza puede alertar sobre un posible problema, tanto como cuando crece demasiado como cuando crece poco, pudiendo orientar hacia hidrocefalia, microcefalia u otro como braquicefalia, turricefalia, entre otros (25).

### **III. HIPÓTESIS**

#### **3.1. Hipótesis General**

Existe relación entre la ablactancia de las primíparas con la antropometría de los infantes hospital - Huancavelica, 2019.

#### **3.2. Hipótesis Específicas**

3.2.1. Las características de la ablactancia en primíparas del hospital – Huancavelica, 2019 fue similar a las encontradas en otras poblaciones evaluadas por estudios similares sobre el tema.

3.2.2. La situación de las características antropométricas en infantes de hospital – Huancavelica, 2019 fue cercana a la encontrada por otras investigaciones parecidas.

#### **3.3. Variables (definición conceptual y operacionalización)**

Se consideró como variables a los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre ablactancia, a las características sociodemográficas y

económicas de las primíparas (edad, sexo, nivel educativo, estado civil, etc.) y a las medidas antropométricas (peso, longitud, índice de masa corporal para la edad, perímetro cefálico para la edad, etc.). Estas están definidas y operacionalizadas en el apartado “Matriz de operacionalización de variables” de la sección “Anexos”.

## IV. METODOLOGÍA

### 4.1. Método de Investigación

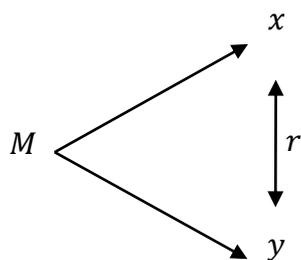
Cuantitativo.

### 4.2. Tipo de Investigación

Básica, observacional, transversal, retrospectiva, analítica y comparativa (26, 27).

### 4.3. Nivel de Investigación

Correlacional (26, 27).



### 4.4. Diseño de la Investigación

Donde:  $M$  es la muestra,  $x$  y  $y$  son las variables, y  $r$  es la relación que se establecerá entre ellas, en este caso, entre los conocimientos, las

actitudes y las prácticas de las primíparas sobre la ablactancia, y la antropometría de sus hijos (27).

#### **4.5. Población y Muestra**

##### **2.5.1. Criterios de inclusión**

Se incluyó a todas las madres que eran primíparas, y que llevaron a sus hijos de 6 a 24 meses a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” entre enero y diciembre de 2019 (655 en total). Se incluyó también a los hijos entre 6 a 24 meses de las madres primíparas que acuden a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” entre enero y diciembre de 2019 (655 en total).

##### **2.5.2. Criterios de exclusión**

Se excluyó a todas las madres (y a sus respectivos hijos) que no desearon ser entrevistadas, a las que se negaron a firmar el consentimiento informado, a las menores de 18 años y a las que respondieron la encuesta más de una vez (se consideró solo la primera respuesta).

##### **2.5.3. Muestra**

Se utilizó la siguiente fórmula (26, 28) para calcular el tamaño de la muestra:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha/2}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 \times p \times q}$$

*Donde:*

*n = tamaño de la muestra*

*N = población*

*Z = valor crítico*

*α = nivel de significación*

*p = proporción esperada*

*q = proporción no esperada*

*d = precisión*

Para este estudio se utilizó un intervalo de confianza al 95% con una precisión de 5% y se usó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Aplicando la fórmula, con una población de infantes de 6 a 24 meses que fueron llevados a los consultorios externos de la ESN-CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” durante 2018 para sus controles (según una comunicación oficial del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia”) de 1091, y asumiendo que aprox. 60% de ellos son hijos de madres primíparas, tuvimos una población final de primíparas de 655 ( y consecuentemente, sus respectivos 655 hijos) ; además, consideramos una proporción esperada de 0,6 de primíparas con “conocimientos correctos”, “actitudes adecuadas” y “prácticas óptimas”. Por lo tanto, tuvimos que:

$$n = \frac{655 \times 1,96^2 \times 0,6 \times 0,4}{0,05^2 \times (655 - 1) + 1,96^2 \times 0,6 \times 0,4}$$

$$n = \frac{655 \times 3,8416 \times 0,6 \times 0,4}{0,0025 \times 654 + 3,8416 \times 0,6 \times 0,4}$$

$$n = \frac{603,89952}{1,635 + 0,921984} = \frac{603,89952}{2,556984}$$

$$n \equiv 237$$

Según lo cual, nuestro tamaño muestral fue de 237, y adicionando el 10%, debimos encuestar a 260,7 pacientes, redondeando, a 261. Sin embargo, solo se encuestó a 138 pacientes finalmente, debido a la pandemia por COVID-19, que limitó el acceso a los servicios de salud.

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

Se recolectaron los datos con el instrumento que se encuentra en el apartado “El instrumento de investigación y constancia de su aplicación” de la sección “Anexos”, entre julio y diciembre de 2019. Las pacientes fueron captadas a la salida del consultorio donde estaban siendo atendidos sus hijos, previa revisión de las historias clínicas de sus hijos para recabar algunos datos y verificar que concuerden con los criterios de inclusión y exclusión. El instrumento se aplicó al momento en que la primípara salía del consultorio, luego de finalizada la atención de su hijo en el mismo y previa firma del consentimiento informado (apartado “Consentimiento informado” de la sección “Anexos”). Este instrumento consiste en una ficha de recolección de datos y un cuestionario validado y confiable (apartado “Confiabilidad y validez del instrumento” de la sección “Anexos”) de la Guía para Medir

Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Nutrición (2014), realizada por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura anexo a esta, que fue rellenado conforme la entrevista iba dándose (18). Posteriormente, se numeraron los cuestionarios en bloque y los datos de estos fueron vaciados en la base de datos inicial.

#### **4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos**

Se utilizó una hoja de cálculo de Excel v. 2014, compilación 13929.20296 (Microsoft, Office 365, Redmont, WA, USA) para el vaciado de datos inicial y su organización, se exportó esta base de datos inicial al programa Stata v. 11.2 (StataCorp LP, College Station, TX, USA), donde se realizó una segunda revisión de la base de datos para finalmente ser analizados estadísticamente en este (apartado “La data de procesamiento de datos” de la sección “Anexos”). Se evaluó la normalidad de las variables numéricas por medio de la prueba de Shapiro-Wilk. En el análisis descriptivo, se reportó las medias y desviaciones estándar de las variables cuantitativas de distribución normal, y las medianas y rangos intercuartílicos de las que tuvieron distribución no normal; además, se reportó las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas.

En el análisis bivariado (26), se utilizó regresión con los modelos lineales generalizados de la familia Poisson, con función de enlace "log" y ajuste robusto del error estándar; se reportaron las razones de prevalencia crudas (RPC) y ajustadas (RPa), con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%) y considerando una  $p < 0,05$  como significativa (29). Se

analizaron todos los factores estudiados y se cruzó con las variables conocimientos, actitudes y prácticas sobre ablactancia por separado. Los que resultaron asociados en el análisis bivariado, fueron reevaluados en un modelo multivariado (26), en el que ya no se hizo esa separación y se ajustó los resultados en base a las tres variables y todos los factores analizados.

#### **4.8. Aspectos éticos de la Investigación**

El presente estudio fue elaborado teniendo en consideración los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y sus posteriores enmiendas. Además, fue aprobado para su ejecución por el Comité de Ética en la Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Peruana Los Andes.

## **V. RESULTADOS**

### **5.1. Descripción de resultados**

De las 138 primíparas encuestadas, 99 fueron solteras (71,74%) y tuvieron una mediana de edad de 24 años (RIC: 21; 26); además, la mayoría contaba con un nivel educativo intermedio (48,55%) (Tabla 1).

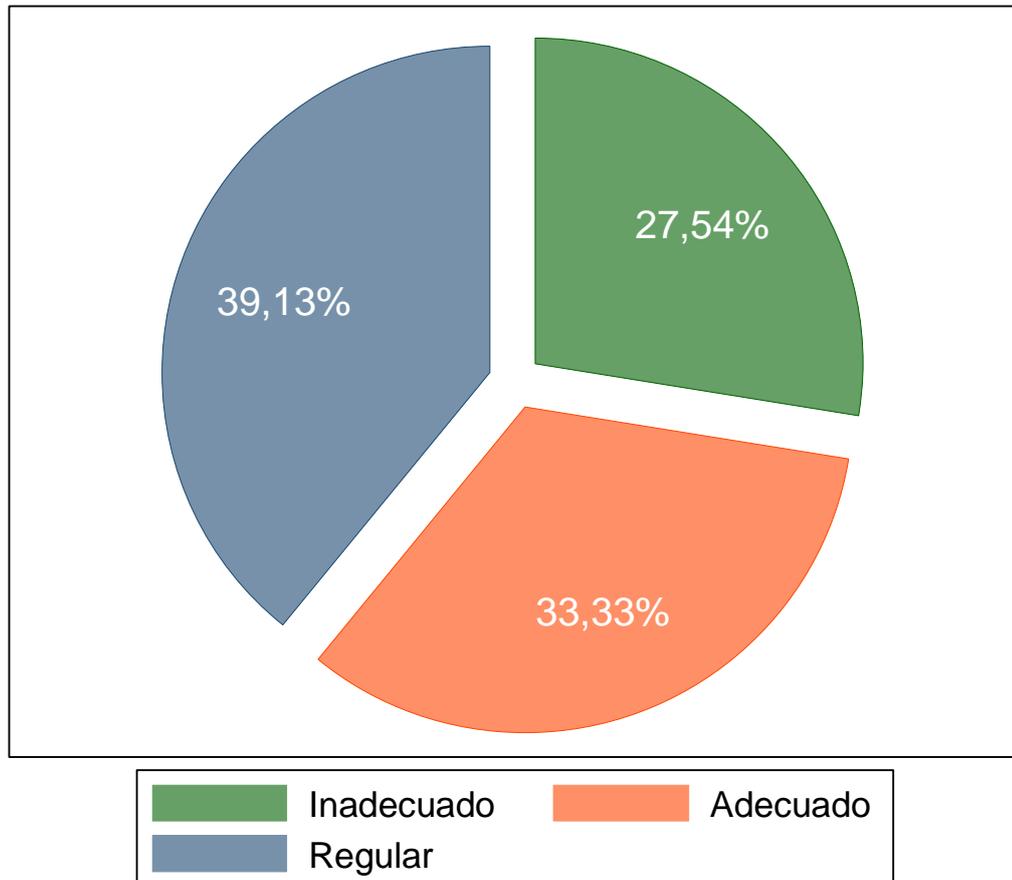
**Tabla 1.** Características sociodemográficas de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.

<b>Características (n=138)</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Edad (años)*</b>	24 (21; 26)	
<b>Estado civil</b>		
Soltero	99	(71,74)
Casado	36	(26,09)
Otro	3	(2,17)
<b>Grado de instrucción</b>		
Básico	33	(23,91)
Intermedio	67	(48,55)
Avanzado	38	(27,54)
<b>Ingreso económico familiar mensual (S/.)*</b>	1200 (950; 1600)	
Bajo	95	(68,84)
Medio	43	(31,16)
Alto	0	(0,00)
<b>Ubicación de la vivienda</b>		
Urbana	123	(89,13)
Rural	15	(10,87)
<b>Sexo de su hijo</b>		
Mujer	49	(35,51)
Varón	89	(64,49)
<b>Edad de su hijo (meses)*</b>	9 (7; 12)	

\* Mediana (rango intercuartílico)

Se observó que solo el 33,33% de las encuestadas tuvo un nivel de conocimientos adecuado (Figura 1); siendo las preguntas 1 y 6 las que menos conocían, y la pregunta 7 la que más conocían (Tabla 2).

### Ablactancia en las primíparas Situación de sus conocimientos



**Figura 1.** Situación de los conocimientos sobre ablactancia de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.

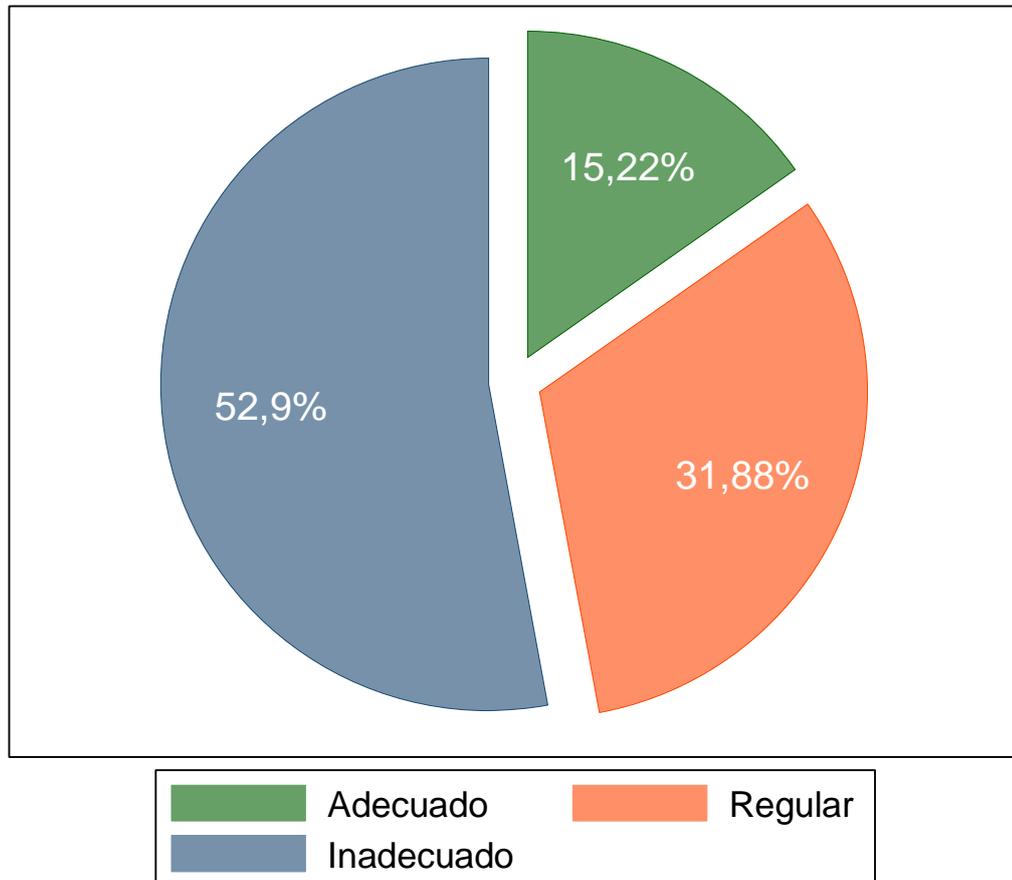
**Tabla 2.** Frecuencia de respuestas correctas según la sección de conocimientos del cuestionario CAP en las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.

<b>Sección de conocimientos – CAP (n=138)</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>1. ¿Hasta los cuántos meses cree usted que una mujer debe de dar leche materna a su hijo?</b>	79	(57,25)
<b>2. ¿A qué edad los bebés pueden comer otros alimentos a parte de la leche materna?</b>	110	(79,71)
<b>3. ¿Por qué cree que es importante darle a su bebé otros alimentos a parte de la leche materna?</b>	108	(78,26)
<b>4. Por favor, observe estas dos fotos de papillas. ¿Cuál cree que usted debe dar a un niño pequeño?</b>	109	(78,99)
<b>5. ¿Por qué eligió esa foto?</b>	103	(74,64)
<b>6. ¿Qué alimentos o tipos de alimentos se puede añadir para hacerlos más nutritivos?</b>	84	(60,87)
<b>7. ¿De qué manera se puede motivar a los niños a comer, por ejemplo cuando no quieran?</b>	123	(89,13)

CAP: Conocimientos, actitudes y prácticas.

Se observó también que solo el 15,22% de las encuestadas poseen un nivel adecuado de actitudes positivas (Figura 2), siendo las preguntas 8, 10 y 12 ante las que presentaron mayor actitud negativa (Tabla 3).

### Ablactancia en las primíparas Situación de sus actitudes



**Figura 2.** Situación de las actitudes sobre ablactancia de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.

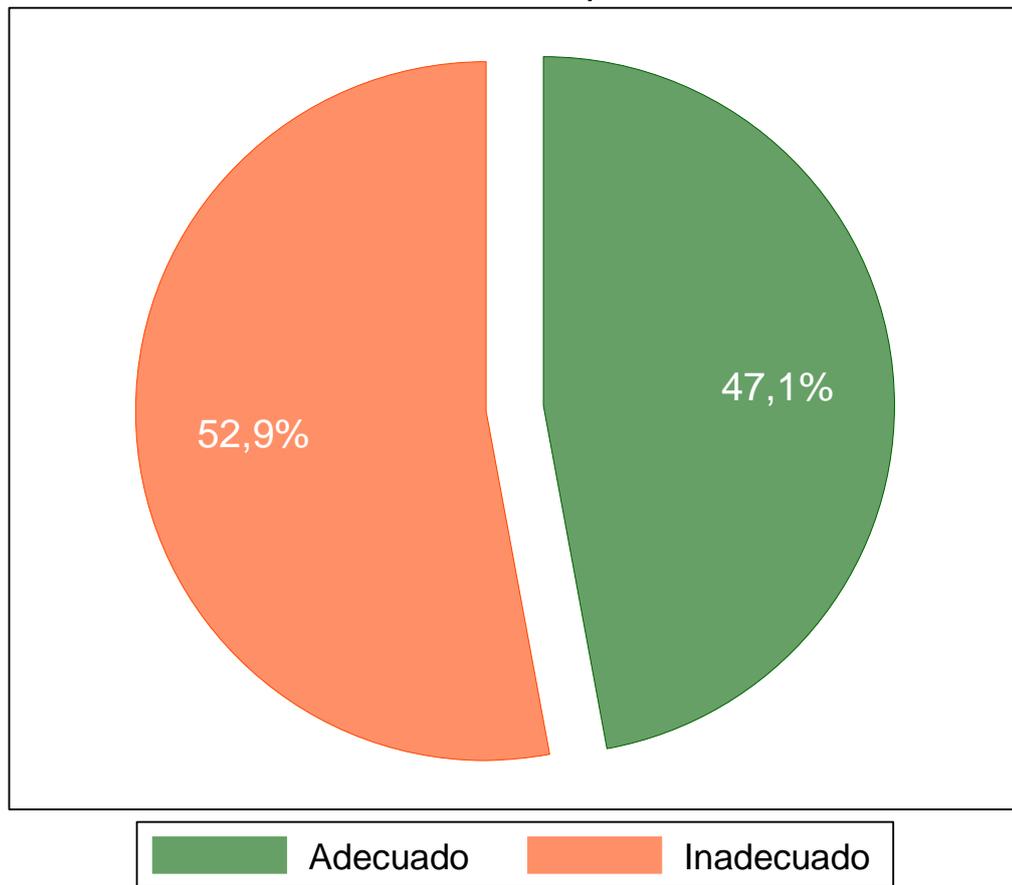
**Tabla 3.** Frecuencia de actitudes positivas según la sección de actitudes del cuestionario CAP en las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.

<b>Sección de actitudes – CAP (n=138)</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>8. ¿Usted siente la confianza de preparar la comida de su hijo?</b>	65	(47,10)
<b>9. ¿Cree usted que brindarle diferentes tipos de alimento a su hijo es bueno?</b>	111	(80,43)
<b>10. ¿Qué tan difícil es para usted darle diferentes tipos de alimento a su hijo todos los días?</b>	58	(42,03)
<b>11. ¿Qué tan bueno cree que es alimentar a su hijo tres veces al día o más?</b>	128	(92,75)
<b>12. ¿Qué tan difícil es para usted alimentar a su hijo tres veces al día o más?</b>	63	(45,65)
<b>13. ¿Qué tan bueno cree que es seguir dando leche materna después de los seis meses?</b>	124	(89,86)
<b>14. ¿Qué tan difícil cree que es seguir dando leche materna después de los seis meses?</b>	107	(77,54)
<b>15. ¿Cree que su hijo está siendo alimentado de manera poco frecuente, suficiente o muy frecuente?</b>	85	(61,59)

CAP: Conocimientos, actitudes y prácticas.

Asimismo, se observó que solo el 47,1% de las encuestadas tuvo un nivel de prácticas óptimas adecuado (Figura 3), siendo lo referente a la pregunta 17 lo que más practicaban adecuadamente entre las encuestadas (Tabla 4).

### Ablactancia en las primíparas Situación de sus prácticas



**Figura 3.** Situación de las prácticas sobre ablactancia de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.

**Tabla 4.** Frecuencia de prácticas óptimas según la sección de prácticas del cuestionario CAP en las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.

<b>Sección de prácticas – CAP (n=138)</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>16. ¿Ayer durante el día o por la noche su bebé comió o bebió...</b>		
...pan, arroz, fideos u otros alimentos a base de granos, incluyendo avena o papilla?		
...papas blancas, camote, yuca, o cualquier otro alimento a base de raíces?		
...algún alimento hecho a base de frijoles, habas, chícharos, lentejas o nueces?		
...fórmula infantil como NAN, Similac o Nutramigen?		
...leche, como leche enlatada animal, en polvo o fresca?		
...yogurt?		
...queso u otros productos lácteos?		
...hígado, riñón, corazón u otros órganos comestibles o alimentos a base de sangre?		
...algún tipo de carne como carne de res, cerdo, cordero, cabra, pollo, pato u otra?	74	(53,62)
...pescado fresco o seco, o mariscos?		
...gusanos, caracoles o insectos?		
...huevos?		
...calabaza amarilla, zanahoria, papas que son amarillas o anaranjadas por dentro?		
...verduras de hoja verde oscuro como las hojas de amaranto, las hojas de yuca, berzas o espinacas?		
...mango maduro, papaya madura, melón cantalupo, durazno fresco o seco?		
...alimentos hechos con aceite rojo de palma, nuez de palma roja o salsa de pulpa de nuez de palma roja?		
...otras frutas o verduras?		
<b>17. ¿Cuántas veces su bebé comió alimentos, es decir las comidas y meriendas que no sean líquidos, ayer durante el día o la noche?</b>	97	(70,29)

CAP: Conocimientos, actitudes y prácticas.

Por otra parte, se evidenció que los hijos de las primíparas encuestadas tuvieron unas medidas antropométricas de distribución no normal, salvo el perímetro cefálico y el peso para la edad (Tabla 5); además, se evidenció que de manera general las mujeres tuvieron la mediana de unos indicadores antropométricos por encima de la media, pero dentro de lo normal (valor Z entre -2 y 2), y se observó que la mediana de la longitud para la edad fue predominantemente menor que la media y que la del perímetro cefálico para la edad fue predominantemente mayor a esta (Figura 4).

**Tabla 5.** Resumen del estado nutricional (en base a la antropometría, y por sexo) de los hijos de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.

<b>Antropometría* (n=138)</b>	<b>Varones</b>	<b>Mujeres</b>	<b>General</b>
<b>Longitud (cm)</b>	69,70 (67,80; 75,40)	71,20 (66,50; 78,50)	70,10 (67,30; 77,20)
<b>Peso (kg)</b>	8,60 (7,80; 9,60)	9,20 (7,50; 11,00)	8,80 (7,70; 10,30)
<b>Perímetro cefálico (cm)**</b>	45,29 ± 1,98	45,09 ± 2,03	45,22 ± 1,99
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	16,87 (16,30; 17,68)	17,25 (16,42; 17,96)	17,02 (16,31; 17,86)
<b>Peso para la longitud (Z)</b>	0,05 (-0,49; 0,58)	0,52 (0,16; 1,26)	0,27 (-0,38; 0,88)
<b>Peso para la edad (Z)**</b>	-0,18 ± 1,06	0,52 ± 1,20	0,07 ± 1,16
<b>Longitud para la edad (Z)</b>	-0,28 (-1,15; 0,37)	-0,24 (-0,75; 1,32)	-0,28 (-0,90; 0,71)
<b>IMC para la edad (Z)</b>	-0,03 (-0,62; 0,51)	0,45 (0,10; 1,05)	0,14 (-0,47; 0,81)
<b>PC para la edad (Z)</b>	0,42 (-0,59; 0,87)	0,45 (-0,17; 1,40)	0,43 (-0,36; 1,22)

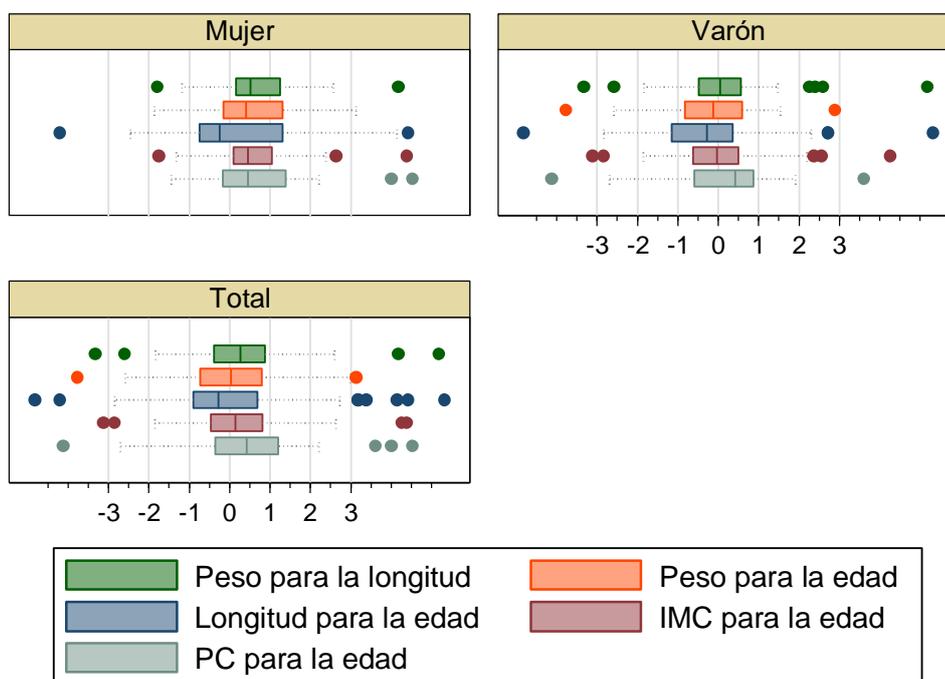
IMC: Índice de masa corporal; PC: perímetro cefálico.

\* Mediana (rango intercuartílico)

\*\* Media ± desviación estándar

## Indicadores antropométricos

Por sexo



**Figura 4.** Comparación de los indicadores antropométricos por sexo de los hijos de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.

Finalmente, en el análisis bivariado se observó asociación estadísticamente significativa entre todas las variables con los conocimientos, actitudes y prácticas (por separado), a excepción del sexo del hijo, por lo que este no pasó al análisis multivariado (Tabla 6, Tabla 7 y Tabla 8). En el análisis multivariado se encontró que a mayor edad de la madre los conocimientos (RPa: 1,026; IC95%: 1,010-1,042; p: 0,001) y las actitudes (RPa: 1,017; IC95%: 1,005-1,029; p: 0,004) fueron más adecuados; asimismo, se encontró que las prácticas fueron más adecuadas cuando los conocimientos lo eran (RPa: 1,205; IC95%: 1,093-1,392; p: <0,001). Se encontró también que los conocimientos fueron más adecuados conforme el grado de instrucción era superior (Intermedio: RPa: 1,456; IC95%: 1,162-1,824; p: 0,001. Avanzado: RPa: 1,494; IC95%: 1,184-1,884; p: 0,001), y que los conocimientos inadecuados eran menos frecuentes cuando existían niveles adecuados de actitudes positivas (RPa: 0,793; IC95%: 0,684-0,919; p: 0,002) y de prácticas óptimas (RPa: 0,218; IC95%: 0,114-0,420; p: <0,001). Por último, cuanto mayores eran los conocimientos adecuados, mayor era el IMC de sus hijos (RPa: 1,243; IC95%: 1,028-1,503; p: 0,025); y cuanto mayores eran las prácticas adecuadas, mayor fue la longitud de sus hijos (RPa: 1,369; IC95%: 1,011-1,854; p: 0,043). No se consideraron significativas a la edad del hijo o la longitud para la edad en relación con las prácticas, debido a su inconsistencia con el análisis bivariado (Tabla 9).

**Tabla 6.** Análisis bivariado de la relación entre los conocimientos sobre ablactancia con la antropometría de los hijos de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.

Variables	Conocimientos sobre ablactancia (n=138)				
	Adecuados n (n=46)	(%)	RPc	(IC95%)	P
<b>Edad (años)*</b>	26 (24; 27)		1,064	(1,046; 1,081)	<0,001
<b>Estado civil</b>					
Soltero <sup>§</sup>	29	(63,04)			
Casado	14	(30,43)	1,215	(1,085; 1,361)	0,001
Otro	3	(6,52)	1,438	(1,319; 1,567)	<0,001
<b>Grado de instrucción</b>					
Básico <sup>§</sup>	2	(4,35)			
Intermedio	22	(47,83)	1,899	(1,482; 2,434)	<0,001
Avanzado	22	(47,83)	2,193	(1,720; 2,797)	<0,001
<b>Ingreso económico familiar mensual</b>					
Bajo <sup>§</sup>	24	(52,17)			
Medio	22	(47,83)	1,345	(1,215; 1,490)	<0,001
<b>Ubicación de la vivienda</b>					
Urbana <sup>§</sup>	44	(95,65)			
Rural	2	(4,35)	0,511	(0,344; 0,760)	0,001
<b>Sexo de su hijo</b>					
Mujer <sup>§</sup>	14	(30,43)			
Varón	32	(69,57)	1,127	(0,976; 1,301)	0,104
<b>Edad de su hijo (meses)*</b>	9,5 (7; 12)		1,014	(1,006; 1,021)	<0,001
<b>Actitudes positivas</b>					
Inadecuadas	12	(26,09)	0,669	(0,590; 0,759)	<0,001
Regulares <sup>§</sup>	19	(41,30)			
Adecuadas	15	(32,61)	1,074	(1,017; 1,135)	0,011
<b>Prácticas óptimas</b>					
Inadecuadas <sup>§</sup>	9	(19,57)			
Adecuadas	37	(80,43)	1,621	(1,438; 1,828)	<0,001
<b>Longitud (cm)*</b>	72,80 (68,70; 80,40)		1,017	(1,011; 1,024)	<0,001
<b>Peso (kg)*</b>	9,45 (8,70; 11,00)		1,089	(1,055; 1,125)	<0,001
<b>Perímetro cefálico (cm)**</b>	45,67 ± 1,99		1,057	(1,022; 1,092)	0,001
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)*</b>	17,37 (16,48; 18,54)		1,059	(1,027; 1,093)	<0,001
<b>Peso para la longitud (Z)*</b>	0,58 (0,11; 1,12)		1,123	(1,064; 1,185)	<0,001
<b>Peso para la edad (Z)**</b>	0,67 ± 0,93		1,206	(1,147; 1,267)	<0,001
<b>Longitud para la edad (Z)*</b>	0,38 (-0,49; 1,66)		1,110	(1,067; 1,156)	<0,001
<b>IMC para la edad (Z)*</b>	0,44 (-0,19; 1,05)		1,110	(1,051; 1,172)	<0,001
<b>PC para la edad (Z)*</b>	0,74 (-0,11; 1,35)		1,076	(1,009; 1,147)	0,026

IMC: Índice de masa corporal; PC: perímetro cefálico; RPc: razones de prevalencia crudas; IC95%: intervalo de confianza al 95%

§ Categoría de comparación

\* Mediana (rango intercuartílico)

\*\* Media ± desviación estándar

**Tabla 7.** Análisis bivariado de la relación entre las actitudes sobre ablactancia con la antropometría de los hijos de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.

Variables	Actitudes sobre ablactancia (n=138)				
	Adecuadas n (n=21)	(%)	RPc	(IC95%)	P
<b>Edad (años)*</b>	27 (24; 29)		1,049	(1,036; 1,063)	<0,001
<b>Estado civil</b>					
Soltero <sup>§</sup>	12	(57,14)			
Casado	9	(42,86)	1,166	(1,041; 1,306)	0,008
Otro	0	(0,00)	1,237	(1,108; 1,380)	<0,001
<b>Grado de instrucción</b>					
Básico <sup>§</sup>	1	(4,76)			
Intermedio	9	(42,86)	1,406	(1,210; 1,633)	<0,001
Avanzado	11	(52,38)	1,564	(1,342; 1,824)	<0,001
<b>Ingreso económico familiar mensual</b>					
Bajo <sup>§</sup>	7	(33,33)			
Medio	14	(66,67)	1,289	(1,164; 1,427)	<0,001
<b>Ubicación de la vivienda</b>					
Urbana <sup>§</sup>	20	(95,24)			
Rural	1	(4,76)	0,670	(0,532; 0,845)	0,001
<b>Sexo de su hijo</b>					
Mujer <sup>§</sup>	10	(47,62)			
Varón	11	(52,38)	1,007	(0,891; 1,137)	0,916
<b>Edad de su hijo (meses)*</b>	12 (9; 12)		1,013	(1,001; 1,024)	0,026
<b>Conocimientos correctos</b>					
Inadecuados	0	(0,00)	0,616	(0,547; 0,694)	<0,001
Regulares <sup>§</sup>	6	(28,57)			
Adecuados	15	(71,43)	1,132	(1,031; 1,243)	0,009
<b>Prácticas óptimas</b>					
Inadecuadas <sup>§</sup>	0	(0,00)			
Adecuadas	21	(100,00)	1,527	(1,396; 1,671)	<0,001
<b>Longitud (cm)*</b>	78,2 (69,20; 85,40)		1,017	(1,010; 1,023)	<0,001
<b>Peso (kg)*</b>	10,88 (9,30; 12,70)		1,095	(1,070; 1,121)	<0,001
<b>Perímetro cefálico (cm)**</b>	45,77 ± 2,57		1,053	(1,019; 1,088)	0,002
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)*</b>	17,96 (17,04; 19,41)		1,077	(1,053; 1,102)	<0,001
<b>Peso para la longitud (Z)*</b>	1,27 (0,67; 1,58)		1,156	(1,107; 1,208)	<0,001
<b>Peso para la edad (Z)**</b>	1,37 ± 0,89		1,223	(1,180; 1,268)	<0,001
<b>Longitud para la edad (Z)*</b>	0,71 (0,02; 2,25)		1,104	(1,067; 1,142)	<0,001
<b>IMC para la edad (Z)*</b>	1,05 (0,51; 1,41)		1,146	(1,102; 1,193)	<0,001
<b>PC para la edad (Z)*</b>	0,52 (-0,11; 0,94)		1,071	(1,006; 1,141)	0,032

IMC: Índice de masa corporal; PC: perímetro cefálico; RPc: razones de prevalencia crudas; IC95%: intervalo de confianza al 95%

§ Categoría de comparación

\* Mediana (rango intercuartílico)

\*\* Media ± desviación estándar

**Tabla 8.** Análisis bivariado de la relación entre las prácticas sobre ablactancia con la antropometría de los hijos de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.

Variables	Prácticas sobre ablactancia (n=138)				
	Adecuadas n (n=65)	(%)	RPc	(IC95%)	P
<b>Edad (años)*</b>	25 (23; 28)		1,102	(1,071; 1,134)	<0,001
<b>Estado civil</b>					
Soltero <sup>§</sup>	38	(58,46)			
Casado	24	(36,92)	1,413	(1,151; 1,734)	0,001
Otro	3	(4,62)	1,817	(1,571; 2,101)	<0,001
<b>Grado de instrucción</b>					
Básico <sup>§</sup>	4	(6,15)			
Intermedio	32	(49,23)	2,740	(1,641; 4,573)	<0,001
Avanzado	29	(44,62)	3,582	(2,164; 5,929)	<0,001
<b>Ingreso económico familiar mensual</b>					
Bajo <sup>§</sup>	31	(47,69)			
Medio	34	(52,31)	1,767	(1,474; 2,120)	<0,001
<b>Ubicación de la vivienda</b>					
Urbana <sup>§</sup>	63	(96,92)			
Rural	2	(3,08)	0,298	(0,120; 0,740)	0,009
<b>Sexo de su hijo</b>					
Mujer <sup>§</sup>	20	(30,77)			
Varón	45	(69,23)	1,260	(0,974; 1,630)	0,079
<b>Edad de su hijo (meses)*</b>	11 (7; 12)		1,029	(1,015; 1,043)	<0,001
<b>Conocimientos correctos</b>					
Inadecuados	0	(0,00)	0,142	(0,076; 0,266)	<0,001
Regulares <sup>§</sup>	28	(43,08)			
Adecuados	37	(56,92)	1,218	(1,079; 1,375)	0,001
<b>Actitudes positivas</b>					
Inadecuadas	14	(21,54)	0,448	(0,351; 0,572)	<0,001
Regulares <sup>§</sup>	30	(46,15)			
Adecuadas	21	(32,31)	1,189	(1,095; 1,291)	<0,001
<b>Longitud (cm)*</b>	72,80 (68,10; 80,40)		1,033	(1,022; 1,044)	<0,001
<b>Peso (kg)*</b>	9,60 (8,80; 11,00)		1,173	(1,114; 1,235)	<0,001
<b>Perímetro cefálico (cm)**</b>	45,84 ± 2,02		1,123	(1,057; 1,193)	<0,001
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)*</b>	17,50 (16,71; 18,57)		1,120	(1,066; 1,176)	<0,001
<b>Peso para la longitud (Z)*</b>	0,67 (0,20; 1,26)		1,256	(1,146; 1,376)	<0,001
<b>Peso para la edad (Z)**</b>	0,79 ± 0,94		1,433	(1,316; 1,561)	<0,001
<b>Longitud para la edad (Z)*</b>	0,37 (-0,35; 1,42)		1,201	(1,127; 1,279)	<0,001
<b>IMC para la edad (Z)*</b>	0,52 (0,02; 1,12)		1,239	(1,135; 1,353)	<0,001
<b>PC para la edad (Z)*</b>	0,66 (0,08; 1,41)		1,144	(1,019; 1,284)	0,023

IMC: Índice de masa corporal; PC: perímetro cefálico; RPc: razones de prevalencia crudas; IC95%: intervalo de confianza al 95%

§ Categoría de comparación

\* Mediana (rango intercuartílico)

\*\* Media ± desviación estándar

## **5.2. Contrastación de hipótesis**

De acuerdo con el análisis estadístico efectuado, y teniendo en cuenta que hemos considerado una  $p < 0,05$  como significativa, tenemos que solo se aceptó la hipótesis alterna para las variables edad de la madre (en relación con los conocimientos y las actitudes), grado de instrucción (en relación con los conocimientos), IMC del hijo (en relación con los conocimientos) y longitud del hijo (en relación con las prácticas). En el resto de las variables, se aceptó la hipótesis nula. También hubo múltiples relaciones entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre ablactancia (Tabla 9).

### **3.2.1. Hipótesis estadística nula**

Las prevalencias de los factores estudiados (variables antropométricas y sociodemográficas) no son diferentes al compararlas de acuerdo con la presencia de conocimientos adecuados, actitudes positivas y prácticas óptimas sobre ablactancia en las primíparas que acuden a los controles de sus hijos en los consultorios externos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019, o con la presencia de conocimientos inadecuados, actitudes negativas o prácticas no óptimas.

### **3.2.2. Hipótesis estadística alterna**

Las prevalencias de los factores estudiados (variables antropométricas y sociodemográficas) son diferentes al compararlas de acuerdo con la presencia de conocimientos adecuados, actitudes positivas y prácticas óptimas sobre ablactancia en las primíparas que acuden a los controles de sus hijos en los consultorios externos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019, o con la presencia de conocimientos inadecuados, actitudes negativas o prácticas no óptimas.

**Tabla 9.** Análisis multivariado de las relaciones entre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre ablactancia con la antropometría de los hijos de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos a los consultorios externos de la ESN de CRED del Hospital Regional “Zacarías Correa Valdivia” de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019.

Variables (n=138)	Conocimientos			Actitudes			Prácticas		
	RPa	(IC95%)	p	RPa	(IC95%)	p	RPa	(IC95%)	P
<b>Edad (años)*</b>	<b>1,026</b>	<b>(1,010; 1,042)</b>	<b>0,001</b>	<b>1,017</b>	<b>(1,005; 1,029)</b>	<b>0,004</b>	1,006	(0,981; 1,033)	0,628
<b>Estado civil</b>									
Soltero <sup>§</sup>									
Casado	0,997	(0,916; 1,085)	0,947	0,962	(0,889; 1,041)	0,335	1,026	(0,885; 1,190)	0,730
Otro	1,024	(0,884; 1,187)	0,751	0,905	(0,816; 1,004)	0,060	0,937	(0,789; 1,113)	0,459
<b>Grado de instrucción</b>									
Básico <sup>§</sup>									
Intermedio	<b>1,456</b>	<b>(1,162; 1,824)</b>	<b>0,001</b>	0,986	(0,855; 1,137)	0,842	0,979	(0,742; 1,291)	0,880
Avanzado	<b>1,494</b>	<b>(1,184; 1,884)</b>	<b>0,001</b>	0,946	(0,807; 1,108)	0,493	1,014	(0,758; 1,358)	0,924
<b>IEFM</b>									
Bajo <sup>§</sup>									
Medio	0,932	(0,855; 1,016)	0,112	0,981	(0,893; 1,078)	0,693	1,059	(0,923; 1,216)	0,415
<b>Ubicación de la vivienda</b>									
Urbana <sup>§</sup>									
Rural	0,790	(0,589; 1,060)	0,117	0,961	(0,821; 1,126)	0,622	0,711	(0,443; 1,141)	0,157
<b>Edad de su hijo (meses)*</b>	0,956	(0,867; 1,055)	0,372	1,000	(0,909; 1,100)	0,999	<b>0,830</b>	<b>(0,699; 0,986)</b>	<b>0,034<sup>§§</sup></b>
<b>Conocimientos correctos</b>									
Inadecuados				<b>0,793</b>	<b>(0,684; 0,919)</b>	<b>0,002</b>	<b>0,218</b>	<b>(0,114; 0,420)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Regulares <sup>§</sup>		ϕ							
Adecuados				1,033	(0,948; 1,127)	0,458	1,063	(0,947; 1,194)	0,299
<b>Actitudes positivas</b>									
Inadecuadas	0,940	(0,843; 1,049)	0,268				0,877	(0,733; 1,048)	0,148
Regulares <sup>§</sup>					ϕ				
Adecuadas	0,994	(0,906; 1,092)	0,903				1,034	(0,913; 1,170)	0,600
<b>Prácticas óptimas</b>									
Inadecuadas <sup>§</sup>								ϕ	
Adecuadas	<b>1,205</b>	<b>(1,093; 1,329)</b>	<b>&lt;0,001</b>	1,089	(0,974; 1,217)	0,134			
<b>Longitud (cm)*</b>	1,127	(0,941; 1,349)	0,192	0,945	(0,798; 1,121)	0,517	<b>1,369</b>	<b>(1,011; 1,854)</b>	<b>0,043</b>
<b>Peso (kg)*</b>	0,757	(0,543; 1,054)	0,099	1,163	(0,869; 1,556)	0,310	0,626	(0,368; 1,065)	0,084
<b>Perímetro cefálico (cm)**</b>	0,981	(0,836; 1,152)	0,819	1,088	(0,922; 1,283)	0,317	0,888	(0,687; 1,147)	0,363
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)*</b>	<b>1,243</b>	<b>(1,028; 1,503)</b>	<b>0,025</b>	0,986	(0,823; 1,180)	0,875	1,138	(0,835; 1,551)	0,414
<b>Peso para la longitud (Z)*</b>	0,764	(0,514; 1,137)	0,185	1,121	(0,792; 1,587)	0,518	0,797	(0,441; 1,441)	0,453
<b>Peso para la edad (Z)**</b>	0,929	(0,359; 2,403)	0,879	2,183	(0,880; 5,414)	0,092	3,665	(0,904; 14,857)	0,069
<b>Longitud para la edad (Z)*</b>	1,000	(0,572; 1,750)	1,000	0,724	(0,406; 1,292)	0,275	<b>0,336</b>	<b>(0,138; 0,816)</b>	<b>0,016<sup>§§</sup></b>
<b>IMC para la edad (Z)*</b>	1,228	(0,467; 3,227)	0,677	0,516	(0,203; 1,311)	0,164	0,642	(0,160; 2,571)	0,531
<b>PC para la edad (Z)*</b>	1,027	(0,822; 1,284)	0,813	0,879	(0,704; 1,098)	0,255	1,169	(0,817; 1,673)	0,393

IEFM: Ingreso económico familiar mensual; IMC: Índice de masa corporal; PC: perímetro cefálico; RPa: razones de prevalencia ajustadas; IC95%: intervalo de confianza al 95%

<sup>§</sup> Categoría de comparación

<sup>§§</sup> Estas variables fueron inconsistentes con el análisis bivariado, por lo que no se consideraron asociadas

ϕ No aplica el análisis

\* Mediana (rango intercuartílico).

\*\* Media ± desviación estándar

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Se encontró en las características sociodemográficas que el rango intercuartílico de la edad de las primíparas fue de 21 a 26 años, siendo una población concordante con la del estudio de Orellana Tutaya, cuya población también estuvo comprendida entre edades de 21 a 25 años (7); asimismo, hay una ligera diferencia con las edades de las madres del estudio de Chumán Bustamante et al quienes comprendieron edades entre 18 y 35 años (11). Esta diferencia pudo ser debido a que este último trabajo no seleccionó a las madres primíparas si no a la población en general de madres. siendo una población muy heterogénea.

El grado de instrucción intermedio (secundaria completa o educación técnica) fue el más frecuente (48,55%), seguida con por el nivel avanzado y finalmente el básico, análogamente a lo encontrado por Gamarra-Atero et al (30). Esto se puede deber a que se actualmente las madres tienden a llegar hasta al menos terminar la secundaria por la presión social y los nuevos programas estatales.

La ubicación de la vivienda fue casi en su totalidad urbana, esto puede deberse a la poca población evaluada, además de existir la relación de que quienes más

frecuentemente asisten a controles de CRED son las personas que viven en áreas urbanas por la accesibilidad, lo que concuerda con lo encontrado por García Cabello (31); sin embargo, esto podría variar si se evalúa a una población más grande.

El ingreso económico familiar en la mayoría de las familias fue bajo; sin embargo, la mediana fue de 1200 soles. Esto se puede explicar debido a que a pesar de que la mayoría de las primíparas tenía SIS, hay pacientes sin seguro que acuden a hacerse atender por el costo bajo de la atención. Esta predominancia de ingreso bajo también se puede explicar porque en su mayoría las madres fueron solteras, grupo en el que se consideró a las convivientes, que explica por qué el porcentaje de estas es tan alto: actualmente, la mayoría de las parejas tiende a no casarse por diversos factores sociales, en especial los económicos, lo que concuerda con lo encontrado por Roque Inofuente (32) y es contrario a lo encontrado por otros estudios (30, 33).

El nivel de conocimientos fue adecuado en el 33,3% de primíparas, lo que tiene relación con el estudio de Orellana Chuquillanqui et al donde se encontró un conocimiento deficiente en un 63,5% (12), y difirió del estudio de Orellana Tutaya donde obtuvieron que en su población el conocimiento fue regular en un 50,6% (7). Esto puede deberse a su relación directa con el grado de instrucción avanzado, como sucedió en el estudio de Orellana Chuquillanqui et al (12); no obstante, esto fue distinto a lo encontrado por Paredes-Juárez et al (34). Además, el conocimiento estuvo asociado significativamente con la edad (a mayor edad mayor conocimiento), contrariamente a lo encontrado en otros estudios (12).

Las actitudes de las primíparas fueron en su gran mayoría inadecuadas siendo menos favorable la de la pregunta 10, que hace referencia a que darles diferentes

tipos de alimento a sus hijos todos los días es de regular a difícil, esto se relaciona con la poca variedad de comidas que se les puede dar a los infantes, a la gran cantidad de madres con conocimientos inadecuados (ya que el tener conocimientos inadecuados disminuye en 20,7% la prevalencia de actitudes positivas) y podría depender de la edad de los infantes (por las restricciones por edad de algunos alimentos, aunque esto fue no significativo), además del tiempo de las madres, como en los casos de horarios laborales extensos. Esto último se explica porque algunas madres (en especial las de mayor edad) tienen mayores responsabilidades laborales y cargos demandantes, lo que concuerda con lo encontrado por Orellana Chuquillanqui et al (12).

Se encontró que casi la mitad (47,1%) de primíparas tuvo un nivel adecuado de prácticas óptimas, lo que contrasta con el estudio de Díaz Astochado en el que se encontró un porcentaje de 32,6% de prácticas adecuadas, 32,6% de medianamente adecuadas y 33,7% de inadecuadas (9). Como era de esperarse, el tener conocimientos inadecuados sobre ablactancia redujo en 78,2% la prevalencia de prácticas óptimas entre las primíparas, no solo en nuestro estudio, sino en otros similares de igual manera (9, 35).

El estado nutricional de los infantes estudiados fue adecuado (o “normal”, es decir entre -2 y +2 DE) en su mayoría, de manera contraria a lo encontrado por Díaz Astochado (9), cuya población tuvo un estado nutricional poco adecuado. Se encontró también que los hijos de las primíparas con prácticas óptimas tuvieron 36,9% más de prevalencia de una longitud adecuada, que concordó con lo encontrado por otros estudios en poblaciones similares (9, 36). Finalmente, se encontró que los hijos de las primíparas con conocimientos adecuados tuvieron

24,3% más de prevalencia de un IMC adecuado, que fue similar a lo encontrado por Rodríguez Ruiz et al (37); no se encontraron estudios que encuentren resultados contradictorios al respecto.

El estudio tuvo limitaciones en la recolección de datos que pudieron sesgar algunos de estos, debido a que el sistema de aseguramiento en salud del país brinda un seguro gratuito a la población pobre y extremadamente pobre, y por ello realiza verificaciones periódicas con algunos agentes o “verificadores”, que realizan encuestas como la nuestra para detectar asegurados que no merecen el beneficio de la gratuidad; esto pudo hacer que las respuestas obtenidas estén condicionadas por eso y que algunos datos no sean totalmente ciertos, en especial los referentes al ingreso, nivel educativo y otros sociodemográficos.

Otra limitación fue la poca cantidad de pacientes que constituyeron la muestra del estudio, que fue una limitación importante para el análisis estadístico y para poder extrapolar los datos a poblaciones similares. Esto se debió a la declaración de Estado de Emergencia Sanitaria debido a la pandemia por COVID-19, contingencia que ocasionó que no se logre realizar la totalidad de encuestas por la restricción de la movilización social y la restricción del acceso a los servicios de salud. Sumado a esto, las alergias alimentarias no fueron consideradas en este estudio, pero se sabe que esto pudo limitar la variedad en la dieta de los lactantes y también modificar las prácticas de las madres sobre ablactancia.

Por último, la importancia del estudio y de estos resultados radica principalmente en que se ha demostrado que existe relación significativa entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre ablactancia de las primíparas con el estado nutricional de sus hijos, lo que le permitirá al Estado plantear estrategias

que potencien o limiten los factores encontrados de acuerdo con su naturaleza, para reducir los costos sociales, sanitarios y económicos que la malnutrición implica. El continuar estudiando estos factores, a su vez, permitirá el surgimiento de nuevas dudas y de otras hipótesis sobre el tema.

## CONCLUSIONES

1. La relación de la ablactancia en primíparas con la antropometría de los infantes mostró en las primíparas con mayor cantidad de conocimientos adecuados se asoció con un IMC mayor en sus hijos; asimismo que las primíparas con mayores prácticas adecuadas se asociaron con una longitud mayor de los infantes y a mayor edad de la madre los conocimientos y las actitudes fueron adecuados, los conocimientos de las primíparas fueron mucho más adecuados mientras el grado de instrucción era mayor, las prácticas de las primíparas fueron mucho más adecuadas cuando los conocimientos lo eran, cuando niveles de las actitudes son positivas y de las prácticas son óptimas los conocimientos inadecuados son menos frecuentes.
2. Las principales características de la ablactancia en primíparas fueron que solo el 33,33% tuvo un nivel adecuado de conocimientos sobre ablactancia, la mayoría de las cuales conocía cómo motivar a los niños a comer, el 15,22% tuvo un nivel adecuado de actitudes positivas sobre ablactancia entre las primíparas, más del 90% de ellas cree que es bueno alimentar a sus hijos más de tres veces al día, y más de la mitad no siente la confianza de preparar la

comida de sus hijos, y piensa que es muy difícil alimentar más de tres veces al día a sus hijos, 47,1% tuvo un nivel adecuado de prácticas óptimas sobre ablactancia entre las primíparas, y más del 70% respondió que su hijo comió más de tres veces el día anterior.

3. En las características antropométricas en los infantes se encontró que el estado nutricional (en base a su antropometría) está ligeramente por encima de la media mundial, pero las medidas antropométricas tuvieron en su mayoría una distribución no normal (excepto el perímetro cefálico y el peso para la edad), y muy asimétrica; además, se evidenció que de manera general las mujeres tuvieron unos indicadores antropométricos mayores que los de los varones. Por último, se encontró que la mediana de la longitud para la edad fue predominantemente menor que la media y que la del perímetro cefálico para la edad fue predominantemente mayor a esta.

## **RECOMENDACIONES**

Se recomienda, para aquellas madres que trabajan y se les hace difícil alimentar a sus hijos, la preparación de “loncheras saludables” para sus hijos, para que puedan llevarlas consigo al trabajo o dejarlas a la personas encargadas de cuidar a sus hijos en su ausencia. Además, se recomienda realizar estudios intervencionistas para mejorar la lactancia luego de los seis meses, como complemento nutricional a la ablactancia, con foco a las madres a las que se les hace difícil dar de lactar a sus hijos en ese período.

Además, se recomienda estudiar el tema más a fondo, utilizando el tamaño muestral mínimo o uno mayor, o muestreo censal, y considerando una proporción menor de primíparas con conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas. Además, se sugiere realizar otros estudios enfocados en poblaciones más específicas como primíparas con anemia o solo primíparas aseguradas o sin seguro. Por otro lado, se recomienda mejorar las actitudes que tienen las madres frente a la ablactancia de sus hijos proponiendo un esquema de diferentes tipos de alimentos, cómo pueden ir combinados, y para qué edades corresponderían.

Finalmente, se recomienda poder repetir el estudio en la misma población, pero logrando obtener el tamaño muestral deseado para así poder tener la certeza estadística acerca de los resultados obtenidos.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Desnutrición crónica afectó al 12,9% de la población menor de cinco años de edad en el año 2017. Nota de prensa. INEI; 2018.
2. Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN) - Dirección Nacional de Seguimiento y Evaluación (DNSE). Información departamental, provincial y distrital de población que requiere atención adicional y devengado per cápita. 1st ed. Lima: Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN); 2018.
3. Peña M. Análisis y Perspectivas de la Lucha contra la Desnutrición en el Perú "Landscape Analysis". Presentación en Power Point. Organización Panamericana de la Salud (OPS), PWR-Perú; 2008.
4. Dirección Técnica de Demografía y Estudios Sociales del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Mapa de Desnutrición Crónica en Niños Menores de cinco años a nivel Provincial y Distrital, 2007. 1st ed. Lima: Talleres de la Oficina Técnica de Administración del INEI; 2009. p. 7-56.

5. Lozano MJ. Alimentación complementaria en el lactante. *Bol Pediatr.* 1993; 34 (147): 29-48.
6. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Norma Técnica De Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años. 1st ed. Lima: Ministerio de Salud; 2011.
7. Orellana Tutaya II. Nivel de conocimientos de las madres sobre ablactancia y su relación con el estado nutricional del niño de seis meses a dos años de edad: CS Ciudad y Campo. Oficina Universitaria de Biblioteca. Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Centro Coordinador Nacional Red Peruana de Bibliotecas en Salud - REPEBIS. 1997: 1-46.
8. De Paoli MM, Mkwanzazi NB, Richter LM, Rollins N. Early cessation of breastfeeding to prevent postnatal transmission of HIV: a recommendation in need of guidance. *Acta Pædiatrica.* 2008; 97 (12): 1663-8. Doi: 10.1111/j.1651-2227.2008.00956.x.
9. Díaz Astochado D. Prácticas de ablactancia, estado nutricional y desarrollo psicomotor en lactantes de 6 - 12 meses de edad. Comunidad de Manchay - Lima 2012. Repositorio Institucional de la Universidad Ricardo Palma. 2013.
10. Barboza Vásquez C, Malca Saavedra KY, Mendoza Sánchez E. Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria del niño de 06 a 12 meses que acuden al Programa de Crecimiento y Desarrollo del Policlínico Agustín Gavidia Salcedo – EsSalud Lambayeque - 2014. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional "Pedro Ruiz Gallo". 2019.

11. Chumán Bustamante AE, Castillo Bravo EC. Prácticas maternas en alimentación complementaria en lactantes de 04-08 meses de edad en zonas prevalentes de anemia, Mórrope 2018. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional "Pedro Ruiz Gallo". 2019.
12. Orellana Chuquillanqui MR, Ramos Palacios HS. Nivel de conocimiento de las madres sobre ablactancia y su relación con el estado nutricional en niños de 6 a 24 meses en el C.S. Clas Pucará periodo 2008. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional del Centro del Perú. 2009.
13. Herrera C, Calderón N, Carbajal R. Influencia de la paridad, edad materna y edad gestacional en el peso del recién nacido. *Ginecol obstet.* 1997; 43 (2): 158-63. Doi: 10.31403/rpgo.v43i1060.
14. Poder Ejecutivo. Decreto Supremo N° 009/2006. Reglamento de Alimentación Infantil. Normas Legales - El Peruano. 2006 Junio 16: p. 321564-71.
15. Vega Franco L. Alimentación complementaria en niños lactantes: ¿Cuándo? *Rev Mex Pediatr.* 2007; 74 (3): 99-100.
16. Behar M. Physiological development of the infant and its implications for complementary feeding. *Indian Pediatr.* 1987; 24 (10): 837-58.
17. Fewtrell MS. Complementary Feeding and Health Outcomes. In Duggan C, Watkins JB, Koletzko B, Walker WA. *Nutrition in pediatrics: basic science, clinical applications.* 5th ed. Shelton, Connecticut: People's Medical Publishing House-USA; 2016. p. 589-605.

18. Fautsch Macías Y, Glasauer P. Guidelines for assessing nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices. 1st ed. Roma: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2014.
19. Negrón Núñez ME. Conocimientos sobre alimentación complementaria en madres en relación al riesgo nutricional de niños de 6 a 24 meses. El Arenal-Ica. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo. 2016.
20. Madrigal G. Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría. 3rd ed. San José: Editorial UCR; 2020.
21. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Online]. Actitud; 2020 [visitado el 17 de marzo de 2021. Disponible en: <https://dle.rae.es/actitud>.
22. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Online]. Práctico; 2020 [visitado el 17 de marzo de 2021. Disponible en: <https://dle.rae.es/práctico>.
23. Rojas Gabulli MI. Aspectos prácticos de la antropometría en pediatría. Paediátrica. 2000; 3 (1): 22-6.
24. Organización Mundial de la Salud. Patrones de Crecimiento del Niño de la OMS: Curso de Capacitación sobre evaluación del crecimiento del niño. 1st ed. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud; 2008.
25. Kaneshiro NK, Zieve D. MedlinePlus [Online]. Perímetro cefálico; 2019 [visitado el 13 de febrero de 2021. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002379.htm>.

26. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MDP. Metodología de la Investigación. 5th ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2010. p. 81-3.
27. Montero Yaranga IW, De la Cruz Ramos M. Metodología de la Investigación Científica. 1st ed. Huancayo: Graficorp; 2016. p. 131-41.
28. Bernal Torres CA. Metodología de la Investigación. 3rd ed. Bogotá: Pearson Educación; 2010. p. 162-90.
29. StataCorp. Stata Base Reference Manual: Release 11. 11th ed. College Station: StataCorp LP; 2009. p. 517-51.
30. Gamarra-Atero R, Porroa-Jacobo M, Quintana-Salinas M. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. An Fac Med. 2010; 71 (3): 179-83. Doi: 10.15381/anales.v71i3.92.
31. García Cabello YR. Actitudes y prácticas de las madres de niños de 6 meses a 24 meses sobre la alimentación complementaria en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Perú Corea- Huánuco – 2015. Repositorio Institucional de la Universidad de Huánuco. 2017.
32. Roque Inofuente LI. Actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Simón Bolívar Puno - 2019. Repositorio de la Universidad Nacional del Altiplano. 2020.
33. Tutillo Matabay AM. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la alimentación en madres de niños menores de dos años de edad, Centro de Salud

La Vicentina, periodo enero a junio 2019. Instituto Superior de Investigación y Posgrado. 2020.

34. Paredes-Juárez E, Trujillo-Orozco LA, Chávez-Fernández MA, Romero-Anguiano A, León-Sánchez D, Muñoz-Cortés G. Conocimiento y práctica sobre lactancia materna de mujeres primigestas derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2018; 26 (4): 239-47.
35. León Banegas RK. Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud de Revolución, Juliaca – 2015. Repositorio de Tesis de la Universidad Peruana Unión. 2016.
36. Amaya Mendoza NM. Prácticas alimentarias de la madre y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de salud Garatea. Nuevo Chimbote – 2014. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional del Santa. 2017.
37. Rodríguez Ruiz H, Bringas Salinas BJ. Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Trujillo. 2019.

## ANEXOS

### Matriz de consistencia

<b>Título</b>	<b>Problemas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Hipótesis de Investigación</b>	<b>Conclusiones</b>
<b>Ablactancia en primíparas y su relación con la antropometría de los infantes Hospital - Huancavelica, 2019</b>	<b>Problema General</b> ¿Cuál es la relación de la ablactancia en primíparas con la antropometría de los infantes hospital – Huancavelica, 2019?	<b>Objetivo General</b> Determinar la relación de la ablactancia en primíparas con la antropometría de los infantes hospital – Huancavelica, 2019.	<b>Hipótesis General</b> Existe relación entre la ablactancia de las primíparas con la antropometría de los infantes hospital – Huancavelica, 2019.	La relación de la ablactancia en primíparas con la antropometría de los infantes, mostró en las primíparas que al ellas tener una mayor cantidad de conocimientos y que estos sean adecuados se asoció con un IMC mayor en sus hijos de 6 a 24 meses; asimismo que las primíparas tengan

				<p>mayor cantidad de prácticas adecuadas se asoció con una longitud mayor de los infantes. Además, se encontró que a mayor edad de la madre los conocimientos y las actitudes fueron adecuados, los conocimientos de las primíparas fueron mucho más adecuados mientras el grado de instrucción era mayor, las prácticas de las primíparas fueron mucho más adecuadas cuando los conocimientos lo eran, cuando niveles de las actitudes son positivas y de las prácticas son óptimas los conocimientos inadecuados son menos frecuentes.</p>
	<p><b>Problemas Específicos</b> ¿Cuáles serán las características de la ablactancia en primíparas del hospital - Huancavelica, 2019?</p>	<p><b>Objetivos Específicos</b> Identificar las características de la ablactancia en primíparas del hospital - Huancavelica, 2019.</p>	<p><b>Hipótesis Específicas</b> Las características de la ablactancia en primíparas del hospital - Huancavelica, 2019 fue similar a las encontradas en otras poblaciones evaluadas por estudios similares sobre el tema</p>	<p>Las principales características de la ablactancia en primíparas fueron que solo el 33,33% tuvo un nivel adecuado de conocimientos sobre ablactancia entre las primíparas, la mayoría de las cuales conocía cómo motivar a los niños a comer, el 15,22% tuvo un nivel adecuado de actitudes positivas sobre ablactancia entre las primíparas, más del 90% de ellas cree que es bueno alimentar a sus hijos más de tres veces al día, y más de la mitad no siente la confianza de preparar la comida de sus hijos, piensa que es muy difícil darles diferentes tipos de alimento todos los días, y piensa que es muy difícil alimentar más de tres veces al día a sus hijos, 1 47,1% tuvo un nivel adecuado</p>

				de prácticas óptimas sobre ablactancia entre las primíparas, y más del 70% respondió que su hijo comió más de tres veces el día anterior.
	¿Cuáles serán las características antropométricas en los infantes del hospital – Huancavelica, 2019?	Identificar las características antropométricas en los infantes del hospital – Huancavelica, 2019.	La situación de las características antropométricas en infantes de Hospital – Huancavelica, 2019 fue cercana a la encontrada por otras investigaciones parecidas.	En las características antropométricas en los infantes se encontró que la mediana del estado nutricional (en base a su antropometría) de los hijos de 6 a 24 meses de las primíparas se encontró ligeramente por encima de la media mundial, pero las medidas antropométricas tuvieron en su mayoría una distribución no normal (excepto el perímetro cefálico y el peso para la edad), y muy asimétrica, con un gran porcentaje que estaba fuera de lo normal; además, se evidenció que de manera general las mujeres tuvieron unos indicadores antropométricos mayores que los de los varones. Por último, se encontró que la mediana de la longitud para la edad fue predominantemente menor que la media y que la del perímetro cefálico para la edad fue predominantemente mayor a esta.

### Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Escala de Medición	Indicadores	Unidad de medida	Valor final
<b>Conocimientos</b>	Conjuntos de verdades o hechos acumulados en el curso del tiempo. Es la suma de la información acumulada en cualquier período de tiempo.	Cantidad de “respuestas correctas” divididas entre el total de preguntas del cuestionario; el resultado será convertido a porcentaje para su categorización.	Unidimensional	Nominal	Respuesta al cuestionario	Porcentaje de “respuestas correctas”	Adecuado: %RC $\geq$ 90 Regular: 70<%RC<90 Inadecuado: %RC $\leq$ 70
<b>Actitudes</b>	Son la “disposición de ánimo manifestada de algún modo”.	Cantidad de “actitudes positivas” divididas entre el total de preguntas del cuestionario; el resultado será convertido a porcentaje para su categorización.	Unidimensional	Nominal	Respuesta al cuestionario	Porcentaje de “actitudes positivas”	Adecuado: %AP $\geq$ 90 Regular: 70<%AP<90 Inadecuado: %AP $\leq$ 70
<b>Prácticas</b>	Son el “uso continuado, costumbre, o estilo de algo” o como la “aplicación de una idea o doctrina”.	Cantidad de “prácticas óptimas” divididas entre el total de preguntas del cuestionario; el resultado será convertido a porcentaje para su categorización.	Unidimensional	Nominal	Respuesta al cuestionario	Porcentaje de “prácticas óptimas”	Adecuado: %PO $\geq$ 90 Regular: 70<%PO<90 Inadecuado: %PO $\leq$ 70

<b>Edad de la madre</b>	Tiempo de vida de la paciente.	Se expresará la edad en años, de acuerdo con la fecha de nacimiento consignada en el DNI de la madre.	Unidimensional	De razón	Tiempo de vida	Número de años de vida	Edad en años.
<b>Estado civil</b>	Condición de una persona en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Se expresará el estado civil de acuerdo con lo consignado en el DNI de la madre.	Unidimensional	Nominal	Condición según el DNI	Dato del DNI	Soltero. Casado. Otro.
<b>Grado de instrucción</b>	Es el grado más alto logrado o en curso de conocimientos adquiridos a través de instituciones educativas.	El grado de instrucción que tiene la paciente en base a las respuestas brindadas en las encuestas.	Unidimensional	Ordinal	Grado de instrucción de la paciente	Dato consignado en la encuesta	Básico: sin instrucción, inicial y primaria. Intermedio: Secundaria, educación técnica. Avanzado: Superior universitaria, no universitaria y posgrado.
<b>Ingreso económico familiar mensual</b>	Cantidad de dinero obtenido en el lapso de un mes entre todos los miembros de una familia que comparte hogar.	Respuesta obtenida por los pacientes en la entrevista.	Unidimensional	Nominal	Cantidad de dinero	Soles.	Bajo: Menos de S/. 1500. Medio: De S/. 1500 a S/. 4999. Alto: De S/. 5000 a más.
<b>Ubicación de la vivienda</b>	Ubicación de una vivienda en cuanto a su localización dentro de un territorio.	Ubicación de la vivienda de acuerdo con lo consignado en la encuesta.	Unidimensional	Nominal	Espacio geográfico de la vivienda	Datos de la entrevista	Urbana. Rural.

<b>Sexo del hijo</b>	El sexo cromosómico de una persona.	Se expresará el sexo de acuerdo con lo consignado en el DNI del infante.	Unidimensional	Nominal	Sexo cromosómico	Dato del DNI	Varón. Mujer.
<b>Edad del hijo</b>	Tiempo de vida del paciente.	Se expresará la edad en meses, de acuerdo con la fecha de nacimiento consignada en el DNI del paciente.	Unidimensional	De razón	Tiempo de vida	Número de meses de vida	Edad en meses.
<b>Peso</b>	Masa o cantidad de peso de un individuo. Se expresa en unidades de libras o kilogramos.	Medición obtenida durante la consulta en la ESN-CRED, consignada en la historia clínica.	Unidimensional	De razón	Peso según la historia clínica	Kilogramos	Peso en kilogramos
<b>Longitud</b>	Distancia desde los talones hasta la parte más alta de la cabeza, con el cuerpo recostado sobre una superficie plana y totalmente estirado.	Medición obtenida durante la consulta en la ESN-CRED, consignada en la historia clínica.	Unidimensional	De razón	Talla según la historia clínica	Centímetros	Talla en centímetros
<b>Perímetro cefálico</b>	Longitud de la circunferencia formada desde la parte extrema de la región occipital hasta la región supraciliar del lactante.	Medición obtenida durante la consulta en la ESN-CRED, consignada en la historia clínica.	Unidimensional	De razón	Perímetro cefálico según la historia clínica	Centímetros	Perímetro cefálico en centímetros
<b>Índice de Masa Corporal (IMC)</b>	Razón matemática que asocia la masa y la talla/longitud de un individuo.	$\frac{\text{peso (kg)}}{\text{talla (m)}^2}$	Unidimensional	De razón	Valor obtenido al resolver la fórmula	$\frac{kg}{m^2}$	IMC en $\frac{kg}{m^2}$

<b>Peso para la longitud</b>	El peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud, comparado con la media mundial.	Se obtuvo el valor Z con la aplicación para Android: “AnthroCal”, y luego fue categorizado.	Unidimensional	Ordinal	Valor obtenido con la aplicación	Valor Z	Alto: Valor Z > +2 Normal: $-2 \leq$ Valor Z $\leq$ +2 Bajo: Valor Z < -2
<b>Peso para la edad</b>	El peso corporal en proporción a la edad, comparado con la media mundial.	Se obtuvo el valor Z con la aplicación para Android: “AnthroCal”, y luego fue categorizado.	Unidimensional	Ordinal	Valor obtenido con la aplicación	Valor Z	Alto: Valor Z > +2 Normal: $-2 \leq$ Valor Z $\leq$ +2 Bajo: Valor Z < -2
<b>Longitud para la edad</b>	La longitud alcanzada en proporción con la edad, comparada con la media mundial.	Se obtuvo el valor Z con la aplicación para Android: “AnthroCal”, y luego fue categorizado.	Unidimensional	Ordinal	Valor obtenido con la aplicación	Valor Z	Alto: Valor Z > +2 Normal: $-2 \leq$ Valor Z $\leq$ +2 Bajo: Valor Z < -2
<b>PC para la edad</b>	El perímetro cefálico en proporción con la edad, comparado con la media mundial.	Se obtuvo el valor Z con la aplicación para Android: “AnthroCal”, y luego fue categorizado.	Unidimensional	Ordinal	Valor obtenido con la aplicación	Valor Z	Alto: Valor Z > +2 Normal: $-2 \leq$ Valor Z $\leq$ +2 Bajo: Valor Z < -2
<b>IMC para la edad</b>	El índice de masa corporal en proporción a la edad, comparado con la media mundial.	Se obtuvo el valor Z con la aplicación para Android: “AnthroCal”, y luego fue categorizado.	Unidimensional	Ordinal	Valor obtenido con la aplicación	Valor Z	Alto: Valor Z > +2 Normal: $-2 \leq$ Valor Z $\leq$ +2 Bajo: Valor Z < -2

**El instrumento de investigación y constancia de su aplicación**

**Ficha de recolección de datos**

Tiempo: \_\_\_\_\_

Ficha N°: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ N° HC: \_\_\_\_\_

Variable	Valor	
N° de hijos	_____ hijos	
Edad de la madre	_____ años	
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro	
Grado de instrucción	_____	<input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Avanzado
Ingreso económico familiar mensual	_____	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto
Ubicación de la vivienda	<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	
Sexo del hijo	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	
Edad del hijo	_____ meses	
Peso	_____ kilogramos	
Longitud	_____ centímetros	
Perímetro cefálico	_____ centímetros	
Índice de Masa Corporal (IMC)	_____ $kg/m^2$	

Derivadas:

Variable	Valor Z	
Peso para la longitud	Valor Z = _____	<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bajo
Peso para la edad	Valor Z = _____	<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bajo
Longitud para la edad	Valor Z = _____	<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bajo

PC para la edad	Valor Z = _____	<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bajo
IMC para la edad	Valor Z = _____	<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bajo

Cuestionario CAP:

Sección	Preguntas	Respuestas
<b>Conocimientos</b>	1. ¿Hasta los cuántos meses cree usted que una mujer debe de dar leche materna a su hijo?	<input type="checkbox"/> 6 meses o menos <input type="checkbox"/> 6-11 meses <input type="checkbox"/> 12-23 meses <input type="checkbox"/> > 23 meses <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No sabe
	2. ¿A qué edad los bebés pueden comer otros alimentos a parte de la leche materna?	<input type="checkbox"/> A los 6 meses <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No sabe
	3. ¿Por qué cree que es importante darle a su bebé otros alimentos a parte de la leche materna?	<input type="checkbox"/> La leche materna por sí sola no es suficiente / no puede proporcionar todos los nutrientes necesarios para el crecimiento <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No sabe
	4. Por favor, observe estas dos fotos de papillas. ¿Cuál cree que usted debe dar a un niño pequeño?	<input type="checkbox"/> Muestra la papilla espesa <input type="checkbox"/> Muestra la aguada <input type="checkbox"/> No sabe
		
	5. ¿Por qué eligió esa foto?	<input type="checkbox"/> Debido a que la primera es más espesa que la otra <input type="checkbox"/> Debido a que la primera es más nutritiva ( o viceversa) <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No sabe
6. ¿Qué alimentos o tipos de alimentos se puede añadir para hacerlos más nutritivos?	<input type="checkbox"/> Alimentos de origen animal (carne, pollo,	

		<p>pescado, hígado / órganos, huevos, etc.)  <input type="checkbox"/> Leguminosas y frutos secos: harina de cacahuete y otras leguminosas (chícharos, habas, lentejas, etc.), semillas de girasol, cacahuete, soya  <input type="checkbox"/> Frutas y verduras ricas en Vitamina A (zanahoria, calabaza amarilla, mango, papaya, etc.)  <input type="checkbox"/> Verduras de hoja verde (espinacas, por ejemplo)  <input type="checkbox"/> Alimentos muy energéticos: aceites, mantequilla/manteca  <input type="checkbox"/> Otros  <input type="checkbox"/> No sabe</p>
	<p>7. ¿De qué manera se puede motivar a los niños a comer, por ejemplo cuando no quieren?</p>	<p><input type="checkbox"/> Brindarles atención durante sus comidas, hablar con ellos, hacer que los tiempos de comidas sean momentos felices:  - Aplaudir  - Hacer muecas/jugar/reír  - Demostrar/enseñar como comer abriendo la boca muy grande  - Decir palabras alentadoras  - Llamar la atención del niño  <input type="checkbox"/> Otros  <input type="checkbox"/> No sabe</p>
<p>Actitudes</p>	<p>8. ¿Usted siente la confianza de preparar la comida de su hijo?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> Regular/No lo sé  <input type="checkbox"/> No  ¿Me podría decir por qué razones?  <hr/>  <hr/></p>

	<p>9. ¿Cree usted que brindarle diferentes tipos de alimento a su hijo es bueno?</p>	<p>( ) No  ( ) No lo sé/No estoy segura  ( ) Sí  ¿Me podría decir por qué razones?</p> <hr/> <hr/>
	<p>10. ¿Qué tan difícil es para usted darle diferentes tipos de alimento a su hijo todos los días?</p>	<p>( ) No es difícil  ( ) Regular/No lo sé/ No estoy segura  ( ) Difícil  ¿Me podría decir por qué razones?</p> <hr/> <hr/>
	<p>11. ¿Qué tan bueno cree que es alimentar a su hijo tres veces al día o más?</p>	<p>( ) No es bueno  ( ) No lo sé/ No estoy seguro  ( ) Es bueno  ¿Me podría decir por qué razones?</p> <hr/> <hr/>
	<p>12. ¿Qué tan difícil es para usted alimentar a su hijo tres veces al día o más?</p>	<p>( ) No es difícil  ( ) Regular/No lo sé/ No estoy segura  ( ) Difícil  ¿Me podría decir por qué razones?</p>

		13. ¿Qué tan bueno cree que es seguir dando leche materna después de los seis meses?	( ) No es bueno ( ) No lo sé/ No estoy seguro/a ( ) Es bueno ¿Me podría decir por qué razones?		
		14. ¿Qué tan difícil cree que es seguir dando leche materna después de los seis meses?	( ) No es difícil ( ) Regular/ No lo sé/ No estoy seguro/a ( ) Difícil ¿Me podría decir por qué razones?		
	15. ¿Cree que su hijo está siendo alimentado de manera poco frecuente, suficiente o muy frecuente?	( ) Poco frecuente ( ) Suficiente/frecuente ( ) Muy Frecuente			
<b>Prácticas</b>	16. ¿Ayer durante el día o por la noche su bebé comió o bebió...				
	<b>Grupo 1:</b> Granos, raíces y tubérculos	...pan, arroz, fideos u otros alimentos a base de granos, incluyendo avena o papilla?	<b>No</b>	<b>Sí</b>	
		...papas blancas, camote, yuca, o cualquier otro alimento a base de raíces?			
<b>Grupo 2:</b> Leguminosas y nueces	...algún alimento hecho a base de frijoles, habas, chícharos, lentejas o nueces?				

	<b>Grupo 3:</b> Productos lácteos	...fórmula infantil como NAN, Similac o Nutramigen?		
		...leche, como leche enlatada animal, en polvo o fresca?		
		...yogurt?		
		...queso u otros productos lácteos?		
	<b>Grupo 4:</b> Carnes	...hígado, riñón, corazón u otros órganos comestibles o alimentos a base de sangre?		
		...algún tipo de carne como carne de res, cerdo, cordero, cabra, pollo, pato u otra?		
		...pescado fresco o seco, o mariscos?		
		...gusanos, caracoles o insectos?		
	<b>Grupo 5:</b> Huevos	...huevos?		
	<b>Grupo 6:</b> Frutas y verduras ricas en vitamina A	...calabaza amarilla, zanahoria, papas que son amarillas o anaranjadas por dentro?		
		...verduras de hoja verde oscuro como las hojas de amaranto, las hojas de yuca, berzas o espinacas?		
		...mango maduro, papaya madura, melón cantalupo, durazno fresco o seco?		
		...alimentos hechos con aceite rojo de palma, nuez de palma roja o salsa de pulpa de nuez de palma roja?		
	<b>Grupo 7:</b> Otras frutas y verduras	...otras frutas o verduras?		
	<b>Otros alimentos:</b> No deben ser contados en el puntaje de diversidad alimentaria)	...algún aceite, grasa, mantequilla o alimento preparado con alguno de estos?		
...alimentos dulces como chocolates, dulces, caramelos, pasteles, tartas o galletas?				
...condimentos para el sabor, tales como chiles, especias o hierbas?				
17. ¿Cuántas veces su bebé comió alimentos, es decir las comidas y meriendas que no sean líquidos, ayer durante el día o la noche?		<input type="checkbox"/> Número de veces: _____ <input type="checkbox"/> No sabe / no contesta		

**Ficha de recolección de datos**

Tiempo:  
22 min

Ficha N°:  
006

Nombre: [REDACTED] N° HC: [REDACTED]

Variable	Valor	
N° de hijos	<u>1</u>	hijos
Edad de la madre	<u>25</u>	años
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/> Otro	
Grado de instrucción	<u>superior univ. completo</u>	<input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Intermedio <input checked="" type="checkbox"/> Avanzado
Ingreso económico familiar mensual	<u>9/. 2800</u>	<input type="checkbox"/> Bajo <input checked="" type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto
Ubicación de la vivienda	<input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	
Sexo del hijo	<input type="checkbox"/> Varón <input checked="" type="checkbox"/> Mujer	
Edad del hijo	<u>12</u>	meses
Peso	<u>10,3</u>	kilogramos
Longitud	<u>78,5</u>	centímetros
Perímetro cefálico	<u>44,8</u>	centímetros
Índice de Masa Corporal (IMC)	<u>16,71</u>	kg/m <sup>2</sup>

Derivadas:

Variable	Valor Z	
Peso para la longitud	Valor Z = <u>+0,55</u>	<input type="checkbox"/> Alto <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bajo
Peso para la edad	Valor Z = <u>+1,13</u>	<input type="checkbox"/> Alto <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bajo
Longitud para la edad	Valor Z = <u>+1,75</u>	<input type="checkbox"/> Alto <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bajo
PC para la edad	Valor Z = <u>-0,07</u>	<input type="checkbox"/> Alto <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bajo

## Confiabilidad y validez del instrumento

La confiabilidad y la validez de los cuestionarios CAP (18) fueron evaluadas por sus autores originales, y han sido repetidamente validadas previamente en nuestro idioma y en poblaciones similares por otros autores. Se realizó una prueba piloto con los datos de 30 pacientes (que se incluyeron en la base de datos final también) en la que se reevaluó la confiabilidad del cuestionario con el coeficiente de alfa de Cronbach; además, la ficha de recolección de datos que usamos (en la que se incluye el cuestionario) fue revalidada por expertos como se expone a continuación:

Confiabilidad del Instrumento																																		
Item	Observación																														Varianza			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30				
	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0		0	0	0
2	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.16551724		
3	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0.24827586		
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0.14367816	
5	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0.20229885	
6	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0.25402299		
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0.20229885		
8	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0.24827586	
9	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0.21724138	
10	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0.14367816
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.09310345	
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0.16551724	
13	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0.20229885	
14	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0.18505747	
15	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0.24022989	
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0.09310345	
17	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0.06436782	
Sumatoria	10	10	12	10	9	11	12	14	10	13	14	10	12	14	7	12	5	9	6	12	10	10	11	13	7	15	5	11	14	5	8.11609195			

Nº de observaciones	30
Nº de valores en la escala de valoración	2
Puntaje máximo por ítem	1
Nº de ítems	17
Puntaje máximo del instrumento	17

Alfa de Cronbach **0.655466648** **65.55%**

Se encontró que el cuestionario es confiable (65,55% de confiabilidad), como se muestra arriba, siendo la pregunta 6 la que tuvo la mayor varianza entre todas. Además, se encontró que la ficha de recolección de datos fue válida (77,50% de

validez), tal y como se muestra abajo, siendo los indicadores referentes a la extensión, el control de sesgo y el orden los que menor puntaje obtuvieron.

**Validez del instrumento**

		Evaluador					Puntaje	Validez
		1	2	3	4	5		
Ítem	1	1.50	1.50	1.00	1.50	2.00	1.5	75.00%
	2	2.00	2.00	2.00	1.50	2.00	1.9	95.00%
	3	1.50	1.50	1.50	1.50	1.50	1.5	75.00%
	4	2.00	2.00	1.50	2.00	1.50	1.8	90.00%
	5	2.00	2.00	1.50	2.00	1.50	1.8	90.00%
	6	1.00	1.00	1.00	1.50	1.50	1.2	60.00%
	7	1.50	1.50	1.00	1.50	1.00	1.3	65.00%
	8	1.50	1.50	1.50	1.00	1.50	1.4	70.00%
	9	1.00	1.00	1.00	1.00	1.50	1.1	55.00%
	10	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2	100.00%
<b>Puntaje</b>		16	16	14	15.5	16	15.5	
<b>Validez</b>		80.00%	80.00%	70.00%	77.50%	80.00%		<b>77.50%</b>

Nº de evaluadores	5
Nº de valores en la escala de valoración	5
Puntaje máximo por ítem	2
Nº de ítems	10
Puntaje máximo del instrumento	20

# La data de procesamiento de datos

Autoguardado Base de datos - Tesis Inoeluisa Última modificación: 22 de febrero Buscar Neil Arón Paz-Campos

Archivo Inicio Insertar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Ayuda

Calibri Fuente Ajustar texto General Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda Insertar Eliminar Formato Autosuma Rellenar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Analizar datos

	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN
1	p16	p17	tefm_cat	smc	p_l	p_e	l_e	smc_e	pc_e	con	act	pract
2	1	1	1	16.89154	0.83	2.9	5.33	0.07	1.59	0.8571429	0.875	1
3	0	0	0	14.89092	-1.84	-2.58	-2.17	-1.8	-0.96	0.5714286	0.25	0
4	1	1	1	16.72379	0.75	1.86	1.18	0.25	1.33	1	1	1
5	0	1	1	17.5838	0.27	-0.5	-1.29	0.17	0.21	0.7142857	0.5	0.5
6	1	1	1	15.52021	0.21	0.95	1.96	-0.19	1.55	1	0.75	1
7	1	1	1	16.73462	0.55	1.13	1.75	0.24	-0.07	1	0.75	1
8	0	0	0	17.02747	0.46	0.4	0.11	0.45	1.77	0.2857143	0.5	0
9	1	0	1	16.19588	0.23	0.01	-0.38	0.31	-0.85	0.8571429	0.625	0.5
10	0	1	0	17.19338	0.25	-0.15	-0.51	0.17	0.43	0.8571429	0.625	0.5
11	10	1	1	13.80077	-2.59	-1.28	0.87	-2.84	-1.95	1	0.5	1
12	11	0	1	16.29057	-0.64	-0.57	-0.06	-0.71	0.37	0.8571429	0.875	1
13	12	0	1	16.33038	-0.66	-0.89	-0.58	-0.73	-0.2	1	0.5	0.5
14	13	0	1	16.70107	-0.25	-0.73	-1.15	-0.07	-1.61	0.8571429	0.5	0.5
15	14	1	1	18.28357	1.04	1.43	1.42	0.86	0.63	1	1	1
16	15	1	0	16.47882	-0.39	-0.51	-0.45	-0.34	0.62	1	0.375	0.5
17	16	1	1	15.50981	-0.42	0.78	2.73	-0.99	1.43	1	0.625	1
18	17	1	0	17.05521	0.8	1.43	2.06	0.44	-0.14	0.5714286	0.625	0.5
19	18	1	0	16.57326	0.52	0.01	-0.75	0.64	-0.49	1	0.375	0.5
20	19	1	1	17.22627	0.44	0.69	0.83	0.31	1.27	0.8571429	0.75	1
21	20	0	1	17.52883	0.32	-0.12	-0.75	0.43	0.35	1	0.5	0.5
22	21	0	1	17.32345	0.74	0.2	-0.64	0.75	4.01	0.7142857	0.75	0.5
23	22	0	0	16.56846	-0.23	-0.1	-2.11	1.43	0.24	0	0.5	0
24	23	0	0	16.58911	0.15	-1.1	-2.09	0.17	-0.32	0	0.5	0
25	24	1	1	21.00169	2.57	1.93	-0.03	2.63	0.45	0.8571429	0.875	1
26	25	1	1	16.84317	0.21	0.6	1.04	0.03	0.88	1	1	1
27	26	0	1	18.19659	0.92	-0.51	-2.3	1.15	0.35	0.7142857	0.75	0.5
28	27	0	1	17.55552	0.27	0.54	0.75	0.16	-0.71	0.7142857	0.75	0.5
29	28	1	1	16.78812	-0.08	-0.04	0.03	-0.07	-1.9	0.4285714	0.625	0.5
30	29	1	1	15.57982	0	0.31	0.55	-0.03	-0.7	1	1	1
31	30	1	1	16.79286	-0.19	-0.73	-1.34	0	-0.28	0.1428571	0.5	0.5

Base de datos

Data Editor (Browse) - Base de datos - Tesis Inoeluisa

File Edit Data Tools

hc\_M1 204106

	p14	p15	p16	p17	tefm_cat	smc	p_l	p_e	l_e	smc_e	pc_e	con	act	pract	con_cat	act_cat
1	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica no óptima	Bajo	15.9565	-95	-1.94	-2.26	-63	-96	0.2857143	.25	0	Inadecuado	Inadec
2	Actitud positiva	Actitud positiva	Práctica no óptima	Práctica óptima	Bajo	17.16558	.25	-.15	-.51	.17	.43	0.8571429	.625	.5	Regular	Inadec
3	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica óptima	Bajo	16.70107	-.25	-.73	-1.15	-.07	-1.61	0.8571429	.5	.5	Regular	Inadec
4	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica no óptima	Bajo	17.32458	-.36	-1.11	-2.46	.47	-.17	0.7142857	.5	0	Regular	Inadec
5	Actitud positiva	Actitud positiva	Práctica no óptima	Práctica óptima	Bajo	15.89653	-1	-2.18	-2.61	-.88	-1.9	0.4285714	.625	.5	Inadecuado	Inadec
6	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica no óptima	Bajo	17.35214	.46	.12	-.43	.48	-.35	0.7142857	.375	0	Inadecuado	Inadec
7	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica no óptima	Bajo	15.86376	-.62	-.61	-.17	-.71	4.53	0.4285714	.25	0	Inadecuado	Inadec
8	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica óptima	Práctica no óptima	Bajo	18.64629	.95	.54	-.21	-.89	1.31	0.8571429	.625	.5	Regular	Inadec
9	Actitud positiva	Actitud positiva	Práctica no óptima	Práctica óptima	Bajo	15.679	-1.16	-1.04	-.21	-1.24	-.23	1	.875	.5	Adecuado	Reg
10	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica no óptima	Bajo	20.83333	2.55	-.76	-4.2	2.39	-1.14	0.2857143	.375	0	Inadecuado	Inadec
11	Actitud positiva	Actitud positiva	Práctica no óptima	Práctica óptima	Bajo	17.55562	.27	.54	.75	.16	-.71	0.7142857	.75	.5	Regular	Reg
12	Actitud positiva	Actitud positiva	Práctica no óptima	Práctica óptima	Bajo	17.1858	.27	-.6	-1.23	.17	.21	0.7142857	.5	.5	Regular	Inadec
13	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica no óptima	Bajo	17.0674	-.19	-.38	-.81	.11	-.28	0.4285714	.375	0	Inadecuado	Inadec
14	Actitud positiva	Actitud positiva	Práctica no óptima	Práctica óptima	Bajo	15.81576	-.32	.6	2.09	-.76	3.61	0.8571429	.875	.5	Regular	Reg
15	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica no óptima	Bajo	15.03318	-1.18	-1.87	-1.55	-1.32	-1.16	0.4285714	.25	0	Inadecuado	Inadec
16	Actitud positiva	Actitud positiva	Práctica no óptima	Práctica óptima	Bajo	18.14796	.98	.43	-.63	1.07	-.21	0.4285714	.75	.5	Inadecuado	Reg
17	Actitud positiva	Actitud positiva	Práctica no óptima	Práctica óptima	Medio	17.24824	.05	-.13	-.19	-.01	.85	0.8571429	.75	.5	Regular	Reg
18	Actitud negativa	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica no óptima	Bajo	18.60568	-.08	-.94	-1.47	-.19	-.06	0.7142857	.625	0	Inadecuado	Inadec
19	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica no óptima	Bajo	17.02747	.46	.4	.11	.46	1.77	0.2857143	.5	0	Inadecuado	Inadec
20	Actitud positiva	Actitud positiva	Práctica no óptima	Práctica no óptima	Bajo	14.82476	-1.8	-1.44	-.17	-1.85	1.11	0.2857143	.5	0	Inadecuado	Inadec
21	Actitud positiva	Actitud positiva	Práctica no óptima	Práctica no óptima	Bajo	16.17092	-.35	-.96	-1.04	-.5	.45	0.2857143	.25	0	Inadecuado	Inadec
22	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica no óptima	Bajo	14.07394	-1.78	-1.46	-.39	-1.76	-.36	0.2857143	.625	0	Inadecuado	Inadec
23	Actitud negativa	Actitud negativa	Práctica óptima	Práctica no óptima	Bajo	16.57326	.52	.01	-.75	.64	-.49	1	.375	.5	Adecuado	Inadec
24	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica óptima	Medio	16.60427	-.33	-.11	.37	-.41	1.91	0.8571429	.75	.5	Regular	Reg
25	Actitud positiva	Actitud positiva	Práctica no óptima	Práctica óptima	Bajo	16.29697	-.64	-.57	-.06	-.71	.37	0.8571429	.875	.5	Regular	Reg
26	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica no óptima	Bajo	15.23251	-3.33	-3.77	-2.84	-3.22	-2.7	0.1428571	.5	0	Inadecuado	Inadec
27	Actitud negativa	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica óptima	Bajo	16.23354	-.75	-1.61	-1.6	-.78	-.91	0.7142857	.5	.5	Regular	Inadec
28	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica no óptima	Bajo	15.72141	-.69	-.96	-.64	-.81	.3	0.4285714	.375	0	Inadecuado	Inadec
29	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica no óptima	Medio	16.70832	-.08	-.04	.03	-.07	1.9	0.4285714	.625	.5	Inadecuado	Inadec
30	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica no óptima	Bajo	15.75354	-1.1	-2.15	-2.23	-1.14	-.99	0.2857143	.5	0	Inadecuado	Inadec
31	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica óptima	Medio	17.93346	.74	.2	-.64	.75	4.01	0.7142857	.75	.5	Regular	Reg
32	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica óptima	Bajo	18.88665	.92	-.51	-2.3	1.15	-.35	0.7142857	.75	.5	Regular	Reg
33	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica no óptima	Bajo	17.01521	.8	1.43	2.06	.44	-.14	0.5714286	.625	.5	Inadecuado	Inadec
34	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica no óptima	Bajo	16.35526	-.22	-.58	-.8	-.18	-1.13	0	.375	0	Inadecuado	Inadec
35	Actitud positiva	Actitud negativa	Práctica no óptima	Práctica no óptima	Bajo	17.0253	-.13	-.11	-.11	-.22	1.31	1	.625	.5	Adecuado	Inadec

Ready Vers: 42 Obs: 138 Filter: Off Mode: Browse CAP NUM

Stata/SE 11.2 - C:\Users\nell3\OneDrive\Documentos\Documentos\Producción científica\Tesis Biw\Base de datos - Tesis JosefinDa - [Results]

File Edit Data Graphics Statistics User Window Help

Review

```

1 Command
2 use "C:\Users\nell3\OneDrive\...
do "C:\Users\nell3\OneDrive\D...

```

Generalized linear models

Optimization : ML

Deviance = 17.75678683  
Pearson = 17.58121425

Variance Function :  $v(u) = u$   
Link Function :  $g(u) = \ln(u)$

No. of obs = 138  
Residual df = 116  
Scale parameter = 1  
(1/df) deviance = .1530757  
(1/df) Pearson = .1515622

[poisson]  
[Log]

Log pseudo likelihood = -103.6358389

ATC = 1.820809  
BTC = -553.8046

	pract	IRR	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
edad_m	1	1.006429	.0133165	0.48	0.628	-.9806647 1.03287
ec	1	1.02637	.073447	0.35	0.730	-.885441 1.18973
	2	.9370812	.0822142	-0.74	0.459	.7890375 1.112902
gdí	1	.9788226	.1383156	-0.15	0.880	-.7420313 1.291177
	2	1.014328	.1510648	0.10	0.924	-.757545 1.358153
1. iefm_cat	1	1.059015	.0745181	0.81	0.415	-.9225866 1.215619
ubic_viv	1	.7110961	-.1714325	-1.41	0.157	.4433217 1.140611
edad_h	1	.830203	.0730069	-2.12	0.034	.6987644 .9863652
con_cat	0	.218436	.0728805	-4.56	0.000	-.1135856 -.4200732
	2	1.063419	.0629582	1.04	0.299	-.9469131 1.194259
act_cat	0	.8785073	.0799419	-1.45	0.148	.7330298 1.048068
	1	1.033643	.0652123	0.52	0.600	-.9134156 1.169695
longi	1	1.368733	-.2118505	2.03	0.043	1.010581 1.853816
peso	1	.6264622	-.1697032	-1.73	0.084	.3683934 1.065315
pc	1	.8878265	-.1160227	-0.91	0.363	.6872133 1.147003
inc	1	1.137843	-.1787394	0.82	0.414	.854882 1.550741
p_l	1	.7973656	-.2408735	-0.75	0.453	.4410835 1.441432
p_e	1	3.865015	2.017246	1.82	0.069	.9041054 14.85705
l_e	1	.3352669	-.1320946	-2.41	0.016	-.1380386 .855527
inc_e	1	.6419177	-.4544454	-0.63	0.531	.1602771 2.570912
pc_e	1	1.169169	-.2139238	0.85	0.393	-.8168311 1.673487

Variables

Name	Label	Type	Form
hc_h	HC del hijo	long	%8.0
dm_h	DM del hijo	long	%10.0
edad_m	Edad de la madre...	byte	%8.0
ec	Estado Civil	byte	%8.0
gdí	Grado de instrucc...	byte	%10.0
iefm	Ingreso económi...	int	%8.0
ubic_viv	Ubicación de la vi...	byte	%8.0
sex	Sexo	byte	%8.0
edad_h	Edad del hijo (me...	byte	%8.0
longi	Longitud (cm)	float	%8.0
peso	Peso (kg)	float	%8.0
pc	Perímetro cefálic...	float	%8.0
p1	Pregunta 1	byte	%20.0
p2	Pregunta 2	byte	%20.0
p3	Pregunta 3	byte	%20.0
p4	Pregunta 4	byte	%20.0
p5	Pregunta 5	byte	%20.0

Command

C:\Users\nell3\OneDrive\Documentos\Documentos\Producción científica\Tesis Biw

CAP NUM OUR

## Consentimiento informado

### Consentimiento Informado

Estimado participante, la presente entrevista tiene por objetivo determinar las relaciones entre los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre ablactancia de las primíparas que acuden a los controles de sus hijos en los consultorios externos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Crecimiento y Desarrollo del HRZCV de Huancavelica entre julio y diciembre de 2019, y la antropometría de sus hijos de 6 a 24 meses de edad. Los resultados del presente estudio **SERÁN PUBLICADOS** para ser usados como antecedente para estudios similares.

La participación en la presente investigación es completamente **VOLUNTARIA**. Si usted accede a participar en este estudio, deberá responder las preguntas que se le harán a continuación, esto le tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. La información que usted brinde será recolectada de forma **ANÓNIMA**, por lo que le rogamos la mayor **SINCERIDAD** al momento de responder. Su participación no le brindará ningún beneficio económico o material, solo la satisfacción de contribuir con la generación de conocimiento científico que pueda ser usado para mejorar la salud de la sociedad. Entendemos que, al firmar el presente consentimiento, usted está aceptando participar en el estudio. Los datos que Ud. brinde a continuación serán tratados con absoluta confidencialidad:

Nombre:

DNI:

\_\_\_\_\_  
Firma

## Fotos de la aplicación del instrumento

