

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES Y SU RELACIÓN CON LA
ANEMIA FERROPÉNICA DE SUS NIÑOS ENTRE 6 A 12 MESES DE
EDAD QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN
CONFRATERNIDAD – LOS OLIVOS, 2018”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

BALDEÓN BARRERA, VIVIAN TERESA

CABANILLAS VARILLAS, YAELYN NICOLE

TELLO GONZALES, CYNTHIA ELIZABETH

CALLAO, JULIO, 2018

PERÚ

ÍNDICE

TABLAS DE CONTENIDO	2
RESUMEN	4
ABSTRAC	6
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.1 Determinación del problema.....	7
1.2 Formulación del problema.....	10
1.3 Objetivos de la investigación.....	11
1.4 Justificación.....	12
1.5 Importancia.....	13
II. MARCO TEÓRICO	14
2.1 Antecedentes del estudio.....	14
2.2 Marco Teórico.....	20
2.3 Definiciones de términos.....	42
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	44
3.2 Operacionalización de variables.....	45
3.3 Hipótesis general e hipótesis específicas.....	47
IV. METODOLOGÍA	48
4.1 Tipo de investigación.....	48
4.2 Diseño de la investigación.....	48
4.3 Población y muestra.....	49
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	50
4.5 Procedimientos de recolección de datos.....	50
4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos.....	51
V. RESULTADOS	52
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	60
6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados.....	60
6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares.....	61
VII. CONCLUSIONES	63
VIII. RECOMENDACIONES	64
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	70
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	71
INSTRUMENTO.....	75

CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	78
EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	79

TABLAS DE CONTENIDO

	N°
TABLA N° 5.1	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES Y NIÑOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO	40
TABLA N° 5.2	
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE TIENEN LAS MADRES CON NIÑOS ENTRE 6 A 12 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN CONFRATERNIDAD – LOS OLIVOS, 2018	41
TABLA N° 5.3	
RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE TIENEN LAS MADRES CON LA ANEMIA FERROPÉNICA DE LOS NIÑOS ENTRE 6 A 12 MESES DE EDAD	42
TABLA 5.4	
RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE TIENEN LAS MADRES CON LA ANEMIA FERROPÉNICA DE LOS NIÑOS ENTRE 6 A 12 MESES DE EDAD	43
TABLA N°5.5	
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SEGÚN LA TOLERANCIA DEL VOLUMEN DE ALIMENTO DE LAS MADRES CON NIÑOS ENTRE 6 A 12 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN CONFRATERNIDAD – LOS OLIVOS, 2018.	44
TABLA N° 5.6	
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTO DE LAS MADRES CON NIÑOS ENTRE 6 A 12 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN CONFRATERNIDAD – LOS OLIVOS, 2018.	45
TABLA N° 5.7	
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y LA INCORPORACIÓN DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO DE LAS MADRES CON NIÑOS ENTRE 6 A 12 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN CONFRATERNIDAD – LOS OLIVOS, 2018.	46

TABLA N° 5.8

**NIVEL DE ANEMIA FERROPÉNICA DE LOS NIÑOS ENTRE 6 A 12 47
MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN
CONFRATERNIDAD – LOS OLIVOS, 2018**

RESUMEN

El presente estudio tuvo objetivo general establecer la relación del nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres y la anemia ferropénica de sus niños, fue de tipo correlacional, enfoque cuantitativo, de carácter descriptivo, de corte transversal y de diseño no experimental. Realizado en una población compuesta por 30 madres de niños de 6 a 24 meses, la misma que fue utilizada como muestra. Se utilizó técnicas como la encuesta y registros; como instrumento se utilizó el cuestionario y las historias clínicas. Se consiguieron los siguientes resultados: el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria se encontró que fue es bajo en un 30%, medio en un 43.3% y alto en un 26.7%, de lo que se concluyó que las madres tiene un moderado nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria.

Respecto a los niveles de anemia se identificó que el 36.7% tenían anemia leve, 56.7% tenían anemia moderada y un 6.7% tenían anemia severa. Finalmente al relacionar nuestra hipótesis queda demostrado que hay una relación significativa, mediante la prueba de Chi-cuadrado con un $p= 0.000$; por lo que concluimos que si influye el nivel de conocimiento en el nivel de anemia ferropénica.

Palabras claves: nivel de conocimiento, alimentación complementaria, anemia ferropénica en niños.

ABSTRAC

The present study had a general objective to establish the relationship of the level of knowledge about complementary feeding of mothers and iron deficiency anemia of their children, was of type correlational, quantitative approach, descriptive, cross-sectional and non-experimental design. Performed in a population composed of 30 mothers of children from 6 to 24 months, the same one that was used as sample. It used techniques such as the survey and records; The questionnaire and medical records were used as an instrument. The following results were obtained: mothers' level of knowledge about complementary feeding was found to be low in 30%, medium in 43.3% and high in 26.7%, from which it was concluded that mothers have a moderate level of knowledge about complementary feeding.

Regarding the levels of anemia, it was identified that 36.7% had mild anemia, 56.7% had moderate anemia and 6.7% had severe anemia. Finally, when relating our hypothesis, it is shown that there is a significant relationship, through the Chi-square test with a $p = 0.000$; so we conclude that if the level of knowledge influences the level of iron deficiency anemia.

Key Words: level of knowledge, complementary feeding, iron deficiency anemia in children.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I.1 Determinación del problema

La OPS (2011) manifestó que la anemia ferropénica compromete la habilidad del niño para aprender, lo que limita aún más sus perspectivas de futuro lo que, en términos agregados, dificulta el desarrollo de la población. Los cálculos más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugieren que la anemia afecta a alrededor de 800 millones de niños y mujeres. De hecho, 528.7 millones de mujeres y 273.2 millones de niños menores de 5 años eran anémicos en 2011, y cerca de la mitad de ellos también deficientes de hierro.[CITATION OMS15 \l 2058]

También se encontró que la desnutrición y la malnutrición de micronutrientes tienen graves consecuencias económicas, con un costo estimado de US\$1.4-2.1 trillón o 2.3 por ciento del producto interno bruto (PIB) mundial por año. De acuerdo con Bailey RL, West KP y otros (2015), mencionan que la inversión en prevención y tratamiento de malnutrición de micronutrientes resulta en una mejora del estado de salud, una reducción de la mortalidad infantil y materna, y mejores resultados con una "relación de costo - beneficio" de casi 1 a 13.(1)

En un estudio realizado por el Banco Mundial titulado "Cómo proteger y promover la nutrición de las madres y los niños", en América Latina y el Caribe unos 22,5 millones de niños están anémicos. La máxima prevalencia de la malnutrición crónica se concentra en los pequeños de entre 6 y 24 meses, según la institución, intervenir en la nutrición durante los 1.000 primeros días de vida tiene mucho sentido desde el punto de vista económico. (2)

De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes 2017): el 43,6% de niños menores de 6 a 35 meses padece esta afección en todo el país, El combate a la anemia infantil sigue siendo una de las principales tareas pendientes del Ejecutivo. Es decir, la cifra no se ha reducido respecto al 2016 (43,6%) y al 2015 (43,5%). (3)

De otro lado en el Perú ENDES (2015), informo que la anemia afectó al 60,7% de niñas y niños de seis a ocho meses de edad y al 63,1% de 9 a 11 meses de edad, siendo aún elevada en niñas y niños de 12 a 17 meses de edad (63,0%) y de 18 a

23 meses de edad (47,9%); mientras, que en los infantes de 24 a 59 meses de edad los porcentajes fueron menores: 24 a 35 meses (31,5%), 36 a 47 meses (23,6%) y de 48 a 59 meses de edad, el porcentaje baja a 21,8%. El porcentaje de anemia fue mayor en niñas y niños que pertenecen al quintil inferior de riqueza (45,8%), seguido de quienes consumieron agua hervida proveniente de otra fuente distinta a red pública (45,0%) y/o que consumieron agua sin tratamiento (44,6%) y niñas y niños con intervalo de nacimiento de 24 a 47 meses (42,2%). Según área de residencia fue mayor en el área rural (44,4%) y por departamento, Puno presentó la más alta proporción (63,5%), seguido por Loreto (54,7%), Junín (51,6%), Madre de Dios (51,3%) y Huancavelica (49,0%). Los menores porcentajes se presentaron en Lambayeque (25,8%) e Ica (25,9%). Así mismo en el Callao se identificó que el porcentaje de prevalencia de anemia en los niños de 6 meses a 3 años es de un 34,3 %. (4)

Un reciente estudio del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en Lima Metropolitana la anemia en niños menores de tres años pasó de 33.2% en el 2017 a 41% en el primer semestre del 2018, registrándose un aumento de casi 8%. En el Perú, la anemia ha sido mayor al 40% en los últimos diez años, lo cual constituye un problema de salud pública que afecta a niños y gestantes de bajos recursos. (5)

La Organización Mundial de la Salud (**OMS**) ha calificado la **anemia** como el problema de salud pública más importante del mundo, que afecta a cerca del 9% de infantes. En el Perú, la cifra es crítica, 4 de cada 10 (43.6%) niños la padecen. La región más afectada es la sierra, donde el 51.8% de niños menores de 3 años tiene anemia y le sigue muy de cerca la selva (51.7%). La costa presenta 36.7%. En tanto, Puno lidera las provincias con los registros más altos (75.9%), luego están Loreto (60.7%), Pasco (60.3%), Huancavelica (58.1%) y Ucayali (57.1%), por mencionar algunos. (6)

Estos datos señalan que es necesario un seguimiento para ver el conocimiento sobre alimentación complementaria y la anemia ferropénica por parte de las madres. La alimentación complementaria inicia después de los 6 meses de nacido, esta alimentación debe tener ciertas características para lograr que el lactante mayor tenga los nutrientes suficientes para lograr un óptimo desarrollo

global, una de las consecuencias de esta deficiente alimentación complementaria puede causar anemia ferropénica que no es otra cosa que un bajo nivel de hierro en el lactante mayor que causa diversas consecuencias y en el Perú cada año se intenta mejorar los programas para la disminución de anemia.

La enfermera como responsable del servicio de Crecimiento y Desarrollo del Niño, tiene un rol muy importante en la prevención, brindando un cuidado holístico. En las actividades que realiza la enfermera en el Componente del Crecimiento y Desarrollo del Niño resalta la actividad educativa sobre la alimentación según los grupos de edad y los alimentos ricos en hierro, a la vez realiza visitas domiciliarias cada fin de mes para identificar posibles factores de riesgo y así detectarlos a tiempo.

Al interactuar con la enfermera a cargo del Componente del Crecimiento y Desarrollo del Niño manifiesta la poca importancia que le refieren las madres sobre el problema de la anemia, los inadecuados alimentos que ellas les brindan y la indiferencia al examen de hemoglobina que se recomienda a los niños a partir de los 4, 6, 12 y 24 meses de edad, se ven reflejados en el elevado número de niños con anemia que el puesto de salud tiene registrados.

En la práctica se evidenció que la mayoría de las madres con sus hijos de 6 a 12 meses tenían conocimientos diferentes acerca de la alimentación complementaria, muchas de las cuales referían que iniciaron la alimentación de sus hijos antes de los 6 meses, algunas no sabían que alimentos darles, si el alimento era bueno o no, que cantidad y el tipo de alimentos se da en el transcurso del crecimiento del lactante mayor, entre otras manifestaciones. Además se evidenció que habían un 50%(100) de niños con anemia menores de 5 años.

La enfermera encargada de la suplementación con multinutrientes nos informó que en el puesto de salud San Martín Confraternidad se tiene registrados aproximadamente 200 niños menores de 5 años de los cuales 30 niños que comprenden entre las edades de 6 a 12 meses tienen anemia.

I.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación que existe entre el Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres y la anemia ferropénica de sus niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018?

1.2.2 Problemas específicos

- a) ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria según la tolerancia del volumen de alimento de las madres con niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018?
- b) ¿Cuál es nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria según frecuencia de consumo de alimento de las madres con niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018?
- c) ¿Cuál es nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y la incorporación de alimentos ricos en hierro de las madres con niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018?
- d) ¿Cuál es el nivel de anemia ferropenia de los niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación del nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres y la anemia ferropénica de sus niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud san Martín confraternidad – Los Olivos, 2018

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria según la tolerancia del volumen de alimento de las madres con niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín confraternidad – Los Olivos, 2018.
- b) Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria según frecuencia de consumo de alimento de las madres con niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín confraternidad – Los Olivos, 2018.
- c) Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y la incorporación de alimentos ricos en hierro de las madres con niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín confraternidad – Los Olivos, 2018.
- e) Verificar el resultado de niveles de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud san Martín confraternidad – Los Olivos, 2018?

1.4 Justificación

1.4.1 Justificación social

Al llegar a los seis meses de vida, todas las madres están en la responsabilidad de alimentar a sus niños con productos que vayan supliendo las necesidades nutricionales calóricas proteicas, a esto se denomina alimentación complementaria que no necesariamente se dan de forma adecuada, por lo que se genera un grupo de indicadores negativos, referidos a la salud de los niños.

La madre como principal responsable del cuidado y nutrición del niño debe conocer diferentes tipos de alimentos que ayudan o previenen la anemia; así pues como estudiantes de Enfermería, asumimos esta tarea investigativa conscientes de que se necesitan muchos esfuerzos para mejorar el conocimiento y prácticas dietéticas nutritivas. Por ello, la Estrategia Sanitaria Nacional de Crecimiento y Desarrollo, como responsable de la educación sanitaria imparte conocimientos a las madres que motiven cambios en su conducta, frente a la anemia ferropénica.

Los resultados de la presente investigación permitirán a los profesionales de enfermería y a las autoridades del Puesto de Salud en el que se realizara, reorientar medidas y estrategias de intervención con el fin de disminuir la prevalencia e incidencia de la anemia ferropénica.

1.4.2 Justificación legal

Este trabajo se realizó con la base legal de la Ley N° 27657, que en su artículo 2 menciona que la finalidad del sistema nacional de salud es lograr el desarrollo de la persona humana a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y el desarrollo de un entorno saludable desde su concepción hasta su muerte natural. Acorde con ello de resuelve aprobar la NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS; en la cual está incluida la alimentación complementaria y la suplementación con los multimicronutrientes para la prevención de anemia

1.4.3 Justificación económica

Los métodos, procedimientos, técnicas e instrumentos utilizados en este trabajo, podrán ser aplicados en los Centros de Salud del MINSA, lo que contribuirá a mantener la salud de la población infantil disminuyendo el riesgo de un déficit en su crecimiento y desarrollo. Además el hecho de garantizar mejores prácticas preventivas y con disminución de ausentismo por enfermedad, permitirá la reducción de gastos presupuestales adicionales.

1.4.4 Justificación cultural

Según diversos autores refieren que la cultura es un conjunto de conocimientos, arte, creencias, hábitos y habilidades adquiridas por el hombre, no solo en el ámbito familiar sino también en la sociedad.

Por otro lado la madre o cuidadora que está a cargo del cuidado del niño, en las tres regiones del país tienen diversas culturas o hábitos alimenticios para consigo o con sus hijos, el hecho de que residan en la ciudad no asegura que adquieran las costumbres sobre alimentación.

Es ahí donde se justifica este trabajo, de acuerdo a la información obtenida trataremos de uniformizar conocimientos para que las madres estén orientadas respecto a la alimentación de sus hijos y sobre las consecuencias de una mala alimentación como lo es la deficiencia del hierro.

1.5 Importancia

Los resultados de esta investigación nos permitió identificar información válida, actualizada y confiable, con la finalidad de aumentar y uniformizar conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con la anemia ferropénica y así mismo de mejorar las actividades que se brindan en el servicio de crecimiento y desarrollo a las madres que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad, como los son las sesiones educativas, considerando que la educación que imparte la enfermera debe basarse en los conocimientos previos de los padres. Además servirán como antecedentes e indicadores en otros estudios similares con el fin de comparar resultados.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

A nivel Internacional

AGUIRRE, Maira; BUSTOS María y otros, 2015; Misiones – Argentina. Realizaron un estudio de tipo descriptivo y transversal titulado: **Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica de las madres de niños de 4 a 5 años de edad que asisten al Jardín “Hojitas Verdes” de la Escuela N° 390 “Ángel Vicente Peñaloza”** en San Vicente – Misiones, 2015. Cuyo objetivo fue encontrar el nivel de conocimiento que tienen las madres acerca de la anemia ferropénica, en esta investigación se utilizó como estrategia “la encuesta”, y se concluyó que, las madres jóvenes y con un nivel educativo incompleto, tuvieron iguales conocimientos acerca de qué es la anemia, cómo reconocerla y cómo prevenirla, que las madres de mayor edad y con un nivel educativo completo. Por lo tanto, pudimos concluir que no existe tal relación entre edad y nivel educativo. (7)

Así mismo, MENDIZABAL CAMPOLLO, Mariana del Pilar; 2014, GUATEMALA. Realizo el estudio tipo no experimental de tipo transversal titulado. **Prevalencia de anemia en niños y niñas con desnutrición crónica de 6 a 12 años de la Escuela Oficial Urbana de Santa Catarina Palopó**, departamento de Sololá, Guatemala. Donde su objetivo fue: determinar la relación entre anemia y desnutrición crónica en los niños de 6 a 12 años , para la obtención del consumo de alimentos que contienen hierro y para conocer las condiciones de vivienda de los sujetos de estudio se realizó una frecuencia de consumo y una entrevista de factores ambientales, se concluyó que : Existe una correlación positiva de mediana intensidad entre desnutrición crónica y anemia, no obstante se obtuvo una significancia mayor a 0.05 por lo que la misma no es estadísticamente significativa.(8)

ESCOBAR ALVAREZ, Maria Belen; 2014, Quito – Ecuador. Realizo un estudio de tipo cuali-cuantitativo- observacional titulado: **Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas que acuden a consulta externa de pediatría en el hospital del IEESS de Latacunga en el período junio –**

septiembre del 2013. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños y niñas de 1 a 2 años, para la recolección de datos se aplicó dos instrumentos, un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas y las tablas de valoración nutricional antropométrica. Como principales resultados se obtuvo una asociación entre el nivel de prácticas de las madres con el nivel de conocimientos que poseen sobre este tema, sin ser este el único determinante, ya que las creencias ancestrales y culturales que existen al respecto juegan un papel importante. (9)

NAGUA, Sulmy; NARVAEZ, Tania y otros; 2015, Cuenca – Ecuador. Realizaron un estudio de tipo investigación descriptiva titulada: **Conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al sub centro de salud zona 6 distrito 01D01 barrial blanco cuenca, 2015.** Cuyo objetivo fue determinar los conocimientos actitudes y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses de edad, se obtuvo la conclusión de que existe cierta limitación de conocimientos en relación a la alimentación complementaria, sin embargo no se considera relevante porque al momento de evaluar las prácticas y actitudes de las madres, la mayoría son adecuadas.(10)

LÓPEZ YAGUAPAZ, Karen Lizbeth; 2016, Ibarra – España. Realizo el estudio de tipo cualitativo y no experimental titulado: **Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses en el centro de salud “Baeza” 2016.** Tuvo como objetivo principal Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas acerca de alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses. Se concluyó que existe un alto conocimiento sobre la correcta alimentación complementaria, preparación y formas de alimentación. Las madres inician la alimentación complementaria a la edad 6 meses en un 74.5%, se encontró que las madres de niños de entre 6 y 24 meses conocen el tipo de alimentación que se debe brindar en dicha edad.(11)

A nivel nacional

PÉREZ RAMOS, Viviana Lisbeth (2015), Bagua – Perú; realizó el estudio de tipo descriptivo titulado: **Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica de las madres con niños de 6 a 36 meses, Centro de Salud de Chiriaco, Bagua – 2015**. Cuyo objetivo fue: Determinar el nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica de las madres de niños de 6 meses a 36 meses. Los resultados evidencian que del 100% (108) de madres, el 74% (80) tienen un conocimiento de nivel bajo; el 20.4% (22) de nivel medio y el 5.6% (6) de nivel alto. Con respecto al diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica el 61,1 % tuvieron un conocimiento de nivel bajo. En conclusión la mayoría de las madres tienen un conocimiento de nivel bajo sobre la anemia ferropénica.(12)

ENRIQUEZ, Yeny, CALVO, Gaby; 2016, Madre de Dios- Perú realizaron el estudio de tipo correlacional simple titulado: **Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en relación a anemia en madres de niños de 6 a 24 meses. Centro de Salud “Jorge Chávez”, 2016**, Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en relación a anemia en madres de niños de 6 a 24 meses. Se concluyó que el nivel de conocimiento de las madres fue regular en 69,8% y solo un 1,7% tuvo buen nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria. Las madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”, tienen regular conocimiento sobre la alimentación complementaria, en un 69,8%. Con la cual se acepta la hipótesis alterna y queda demostrada la primera hipótesis específica. Respecto al nivel de anemia el 44% tenía un nivel de anemia leve, el 31,9% tenía moderado nivel de anemia y 24,1% una anemia severa. De lo que se concluye que los niños (as) niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”, son diagnosticados con anemia leve, en un 44,0%.(13)

GÓMEZ G, LATORRACA K y otros (2015), Realizaron un estudio de tipo descriptivo transversal, titulado: **Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria en madres de lactantes entre seis y veinticuatro meses en poblaciones rural y urbana en el año 2015**, Cuyo objetivo fue: Comparar los conocimientos, actitudes y prácticas de la lactancia materna (LM) y alimentación complementaria (AC) en madres de

lactantes entre seis y veinticuatro meses de zonas urbano-marginales de Lima, Moyobamba y Pisco, Perú en 2015, se encontró que: El 92% conoce alguno de los beneficios de LM y 80-90% conoce la edad de inicio adecuada de Alimentación complementaria, En referencia a los conocimientos en alimentación complementaria, solo respondieron de manera correcta respecto a la duración de la lactancia materna el 47,5% de las madres en Pisco y del 30- 40% en Moyobamba y Lima. Se concluyó que Se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la duración de la lactancia materna, además de un adecuado conocimiento sobre el inicio de la alimentación complementaria, pero no sobre sus prácticas.(14)

HUAMAN, Marilu; VIDAL, Gudelia; 2014, Huancayo- Perú. Realizaron un estudio de tipo descriptivo titulado **"Nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al Centro de Salud de Huachac, 2014"**, Cuyo objetivo fue : Determinar la relación del nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y estado nutricional del niño de 6 a 24 meses ; se utilizó la técnica de recolección de datos encuesta y el instrumento de recolección de datos aplicado fue el cuestionario. Entre los resultados se tiene: La mayoría de las madres tienen conocimientos inadecuados con respecto a la alimentación complementaria y con respecto al estado nutricional del niño; los resultados fueron: El 46% de niños tienen desnutrición global, mientras que el 42% tienen desnutrición crónica; y sólo el 12% tiene un estado nutricional normal. Las conclusiones a las que se arribaron fueron: Existe una relación directa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad que asisten al Centro de Salud de Huachac-2014.(15)

TASAYCO HUAROTE, Ana Cecilia; 2016, Chíncha – Perú. Realizo un estudio de tipo descriptivo titulado: **Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres relacionadas al estado nutricional en niños menores de 1 año centro de condorillo - Chíncha 2016**. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de niños de 6 a 12 meses, para la

recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta cuyo instrumento fue un cuestionario, se concluyó que existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres y el estado nutricional de sus niños de 6 a 12 meses.(16)

SONCCO TRUJILLO, Reyna Betzabe; 2015, Huánuco – Perú. Realizo un estudio de tipo correlacional titulado: **Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional en niños menores de 1 año Aclas-Umari Tambillo 2015**. Cuyo Objetivo fue Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres y el estado nutricional de niños de 6 a 12 meses. Se encontró relación significativa estadísticamente entre los conocimientos de la alimentación complementaria y el estado nutricional, se concluyó que los conocimientos maternos sobre alimentación complementaria de las madres se relacionan significativamente con el estado nutricional de los niños.(17)

SUÁREZ Y, YARROW K; 2014, Huancavelica - Perú. Realizaron un estudio titulado: **Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y su relación con la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años que acuden al Centro De Salud De San Cristóbal- 2013**. Cuyo objetivo fue determinar en qué medida el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria, que tienen las madres que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal, se relaciona con la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años de edad. Los resultados establecen que los niños sufren de anemia ferropénica moderada en un 68,89%, y en un nivel leve, 31,11%, y sus madres tienen un nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria en un 37,78%; y un nivel de conocimiento bajo, en un 13,33%. Las conclusiones establecen que la relación entre el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que tienen las madre y el nivel de anemia ferropénica de sus niño (as) no es significativa, según la prueba de Spearman Brow, existiendo evidencia de una correlación muy baja o inexistente, y se evidencia que los niños (as) con anemia ferropénica moderada cuentan con madres de nivel de conocimiento medio en un 37.78%, alto 17.78% y bajo 13.37%.(18)

A nivel local

ROJAS GALARZA, Evelyn Fiorela; 2017, Callao – Perú. Realizo un estudio de tipo descriptivo titulado **Nivel de conocimiento sobre la prevención de la anemia infantil en madres que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud sesquicentenario callao – 2017**. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre la prevención de la anemia infantil en madres que acuden a CRED; se concluyó que las madres tienen un conocimiento “inadecuado” sobre la prevención de la anemia infantil.(19)

CHANG, Carmen; QUINTEROS, Briggi y otros; 2016, Callao – Perú. Realizo un estudio de tipo descriptivo titulado: **Factores determinantes con la anemia ferropenica en niños de 6 a 36 meses que son atendidos en el centro de salud catalina: huanca, el agustino, 2016**. Cuyo objetivo fue relacionar los factores determinantes asociados con la anemia ferropénica en niños de 6 a 36 meses, se concluyó que los factores determinantes no se relacionan con la presencia de anemia ferropénica según el chi cuadrado realizado en la evaluación de cuadros.(20)

REYNOSO, Anggie; OSCUVILCA, Vanesa; 2015, Callao – Perú. Realizaron un estudio de tipo descriptivo titulado: **Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Villa Señor de los Milagros, Callao – 2015**. Cuyo objetivo fue: determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y las prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses ; se concluyó que existe relación poco significativa entre el nivel de conocimiento y prácticas de las madres.(21)

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Bases Científicas

La enfermera tiene un papel fundamental en la orientación y proporción de conocimientos a los padres, conocimientos respecto a al cuidado del lactante mayor, en ello se incluye la alimentación; esta orientación se da prioritariamente a la madre quien es la que generalmente se encarga del cuidado del lactante mayor.

a) Teoría del Entorno de Florence Nightingale

La primera teórica en enfermería, *Florence Nightingale*, supo aplicar sus conocimientos de historia y filosofía al estudio de la realidad, en particular a esa parte de la realidad que se constituyó en el centro de su vida: el cuidado de la salud de las personas.

Dentro de su teoría, en los metaparadigmas definió los siguientes conceptos: Enfermera: persona con conocimientos teóricos y habilidades prácticas capacitadas para observar inteligentemente a los pacientes y su entorno, proporcionarles los cuidados necesarios para su salud e influir en la modificación de la misma mediante el fomento de mejoras en sus condiciones de vida. Profesional capacitado para presentar a los médicos "no opiniones, sino hechos". Paciente: persona enferma, vista como ser pasivo, que recibía los cuidados que se le prodigaban, aunque existen algunas referencias específicas al autocuidado del paciente, siempre que sean posibles; y también a la importancia de explorar sus opiniones acerca de los horarios y sus preferencias por los contenidos de su alimentación.

Salud: estado de bienestar en el que deben ser aprovechadas al máximo las energías de las personas. Estado que podía mantenerse mediante la prevención de la enfermedad a través del control del entorno.

Enfermedad: proceso reparador instituido por la naturaleza para remediar un proceso de intoxicación o decaimiento, o una reacción en contra de las condiciones a las que se veía sometida una persona cuando se producían situaciones de falta de cuidado.

Entorno: no mencionó nunca, explícitamente, este concepto; sin embargo, describió en detalles los conceptos de ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y ruido, todos ellos componentes del medio físico. Aunque no se adscribió a la teoría microbiana, estaba convencida de que una manipulación apropiada del ambiente físico del enfermo podía servir para prevenir enfermedades. También se refirió a las condiciones sociales al plantear que los pobres podrían aliviar sus enfermedades con una mejoría en las condiciones ambientales, que influían tanto en sus cuerpos como en sus mentes. (22)

Para Florence Nightingale la enfermedad era un proceso reparador y que al manipular el medio ambiente se podría contribuir a ese proceso reparador y al bienestar del paciente.

En su teoría Florence Nightingale lo que menos trabajo fue la relación enfermera paciente, pero dentro de ello hay 4 aspectos importantes que determino: Menciona que la enfermera debe desarrollar habilidades de observación para atender a los pacientes y medir su mejoría o falta de respuesta ante las diversas intervenciones que realiza la enfermera, para así explorar las preferencias, costumbres de los pacientes en relación a los horarios de tratamiento, cuidados; contenidos y formas de alimentación, por ello el papel fundamental de la enfermera en estos aspecto así podremos identificar en que forma podemos contribuir a una mejor alimentación de los pacientes en este caso niños, para poder orientar a las madres de familia. (23)

Por otro lado se recalca que Nightingale en su teoría se centró en el entorno y las condiciones o influencias que lo afectan, Considera el entorno como el conjunto de elementos externos que afectan la salud de las personas sanas y enfermos, menciona diversos conceptos sobre los elementos en el entorno, uno de ellos es la dieta; Nightingale manifiesta que las enfermeras deben valorar la ingesta alimenticia, así como el horario de las comidas y sus efectos sobre el paciente, creía que las enfermeras deberían saber cómo satisfacer las necesidades nutricionales de un paciente, es ahí donde radica la importancia de que la enfermera tenga el conocimiento y pueda transmitirlo a la madre.(24)

Además Nightingale expuso también una teoría sobre el aprendizaje en la que hacía hincapié en la adquisición de las destrezas prácticas: La observación indica

cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar, toda esta formación que las enfermeras reciben y adquieren con la práctica son la base para que ellas hagan el efecto multiplicador con las madres y las orienten respecto a la alimentación de sus niños.

Finalmente en una de sus conferencias Nightingale menciona que Educar no es enseñar al hombre a saber, sino a hacer, que es lo que buscamos con las madres, no solo brindarles el conocimiento sino que aprendan a cómo realizar o preparan los alimentos de sus hijos y así evitar que tengan anemia (25)

b) Teoría de Interacción para la Evaluación de la Salud Infantil de Kathryn Barnard

Se sabe que el crecimiento y desarrollo de los niños, requiere el fortalecimiento del vínculo con los padres, para poder intervenir en las necesidades desde las diferentes dimensiones; el profesional de enfermería como cuidador, desde el contacto inicial con los padres e hijos, mediante el apoyo educativo orientado al objetivo central de hacer frente a las reacciones comportamentales del hijo en sus diferentes etapas.

Kathryn Barnard con su teoría de la Interacción para la Evaluación de la Salud Infantil, propone evaluación del crecimiento y desarrollo de los niños y de las relaciones materno-infantiles, así como plantea que el ambiente puede influir en el desarrollo de los niños y las familias.

Desde el cuidado de la persona comprendida como un ser completo, en todos los aspectos del desarrollo (fisiológico, social, cultural, económico, entre otros), la primera infancia se convierte en el período de vida sobre el cual se requieren intervenciones que favorezca el posterior desarrollo de la persona. Otro factor muy importante es la nutrición adecuada en la primera infancia, en unión con el estímulo, un factor determinante de los mecanismos neurológicos que favorecen el aprendizaje, la salud y una conducta favorable a lo largo de la vida. El cuidado de enfermería va orientado a los problemas de salud y necesidades de este, respetando siempre sus valores sociales, culturales y creencias; mediante el

proceso de enfermería se establecen acciones priorizadas desde las necesidades identificadas para ofrecer un mejor nivel y calidad de vida.(26)

Complementando lo que dice Kathryn Barnard, el modelo transaccional propuesto por Sameroff y Chandler menciona que la identificación de las necesidades esenciales para el crecimiento y la maduración de los niños, es indispensable desde los primeros años de la vida, considerada como una etapa de procesos críticos y sensibles; de igual manera las condiciones materiales, afectivas, culturales y sociales, las cuales son imprescindibles para que esas potencialidades se expresen y manifiestan en la realidad cotidiana.(27)

Además Kathryn Barnard, en su teoría de Interacción para la Evaluación de la Salud Infantil, establece que el sistema padres-hijo es influido por las características individuales de cada uno de sus miembros y que dichas características se modifican para satisfacer las necesidades del sistema.

Además establece cinco señales y actividades: claridad del niño en la emisión de señales, reactividad del niño a los padres, sensibilidad de los padres a las señales del niño, capacidad de los padres para identificar y aliviar la incomodidad del niño y actividades sociales, emocionales, la importancia de esas señales es que es la enfermera le proporciona respuesta a las madres a esas señales y no trata de cambiar bruscamente los estilos de cuidados maternos, en este caso respecto a la alimentación. (28)

c) Una teoría sobre la motivación humana: La pirámide de Maslow

Al analizar el pensamiento de Maslow sobre las necesidades encontramos conceptos tales como: motivación, metamotivación, motivo o deseo, necesidad, jerarquía de las necesidades y autorrealización.

Según Maslow, una persona está motivada cuando siente deseo, anhelo, voluntad, ansia o carencia. La motivación estaría compuesta por diferentes niveles, cuya base jerárquica de necesidad varía en cuanto al grado de potencia del deseo, anhelo, etc

La necesidad es la falta de algo. Existen varios tipos de necesidades: (a) Necesidades deficitarias o inferiores, estas son: necesidades fisiológicas;

necesidad de seguridad; de amor y de pertenencia; y de estima; si se produce una distorsión en ellas se pueden generar problemas psicológicos y/o fisiológicos. (b) Necesidades de desarrollo o superiores que se orientan hacia el logro de la autorrealización, las cuales no son tan poderosas como las necesidades fisiológicas; éstas pueden dañarse o perder su orientación más fácilmente que las necesidades primarias y requieren de un gran apoyo de las influencias exteriores. Maslow establece una jerarquía de necesidades que se suceden en una escala ascendente:

En primer lugar se encuentran las necesidades fisiológicas que son las más básicas y más potentes de todas, pero son las que tienen menor significado para la persona en busca de la autorrealización.

Segundo, las necesidades de seguridad. Si las necesidades fisiológicas son satisfechas, o no constituyen un problema serio para la persona, las de seguridad se convierten en la fuerza que domina la personalidad. La mayoría de las personas llega sólo hasta este nivel.

Tercero, las necesidades de amor y pertenencia que están orientadas socialmente y representan la voluntad de reconocer y ser reconocido por los semejantes, de sentirse arraigados en lugares e integrados en redes y grupos sociales.

Cuarto, las necesidades de estima están asociadas a nuestra constitución psicológica. Su satisfacción es necesaria para la evaluación personal y el reconocimiento de uno mismo, en referencia a los demás.

Quinto, las necesidades de autorrealización o metanecesidades pertenecen al segundo bloque de necesidades superiores o más subjetivas en la gradiente establecida por Maslow. Son difíciles de describir, puesto que varían de un individuo a otro, e incluye la satisfacción de la individualidad en todos los aspectos. Para que una persona inicie su proceso de autorrealización debe haber satisfecho muchas necesidades previas, para que éstas no interfieran ni utilicen energías que están abocadas a este desarrollo. Las personas que desean autorrealizarse desean ser libres para ser ellas mismas.(29)

Además otros autores coinciden en que El escalón básico de Maslow es el de las necesidades fisiológicas, hambre y sed. Cuando el ser humano tiene ya cubiertas estas necesidades empieza a preocuparse por la seguridad de que las va a seguir teniendo cubiertas en el futuro y por la seguridad frente a cualquier daño. Una vez que el individuo se siente físicamente seguro, empieza a buscar la aceptación social, quiere identificarse y compartir las aficiones de un grupo social y quiere que este grupo lo acepte como miembro. Cuando el individuo está integrado en grupos sociales, empieza a sentir la necesidad de obtener prestigio, éxito, alabanza de los demás. Finalmente, los individuos que tienen cubiertos todos estos escalones, llegan a la culminación y desean sentir que están dando de sí todo lo que pueden o desean crear(30)

En la pirámide de Maslow, la alimentación se encuentra en la base de la pirámide, como diversas necesidades fisiológicas, Las necesidades fisiológicas de los niños de 0 a 7 años son, respirar, dormir, eliminar desechos, tomar tetero, comer alimentos sanos con nutrientes y vitaminas, que los bañen, que le cambien la ropa y si aún no controla esfínteres que le cambien el pañal. Cuando estas necesidades no son cubiertas o satisfechas el organismo o cuerpo humano sufre daños importantes o deja de existir

A medida que los niños van creciendo logran realizar actividades por sí mismos como por ejemplo un bebé de 9 meses necesita que lo alimenten, un niño de siete años o menos ya está en capacidad de comer solo; sin embargo siguen dependiendo de sus padres o de un adulto.(31)

Maslow enfatiza la dependencia de los niños de sus madres, respecto a las necesidades fisiológicas, por lo que se explica el rol fundamental de la madre en la alimentación.

Finalmente Maslow nos lleva a concluir que La capacidad de deseo del hombre no conoce fin y una vez satisfecho un nivel de necesidades, el individuo tiende hacia el nivel superior y así sucesivamente hasta llegar a la autorrealización, cabe recalcar que hay individuos que se quedan en diversos niveles, por otro lado también se concluye que el paso a un nivel superior no es irreversible.

d) Modelo las 14 Necesidades básicas de Virginia Henderson

Virginia Henderson desarrolla un modelo de enfermería basado en la teoría de Maslow, pero desglosa las necesidades de éste en catorce necesidades básicas que son componentes de la asistencia de enfermería y constituyen los elementos esenciales del ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar.

Para Virginia Henderson la necesidad es un requisito no una carencia, este requisito es algo que condiciona a la supervivencia absoluta de una persona.

Dentro de sus paradigmas definió:

Salud Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Además Interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería.

Cuidado: Está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Persona: Un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisible y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Individuo que precisa ayuda para su recuperar su salud, independencia, o para tener una muerte tranquila.

Enfermería: Asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible.(32)

Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera, las necesidades se interrelacionan entre sí.(33)

Dentro de la necesidad básica de comer y beber adecuadamente describe:

Justificación. El organismo precisa de líquidos y nutrientes para sobrevivir.

Pretende conocer la idoneidad de la nutrición e hidratación de la persona, teniendo en cuenta sus requerimientos nutricionales según edad, sexo y estado de salud.

Incluye: Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimenticios).

Medidas antropométricas y Aspectos psicológicos de la alimentación.(34)

Por otro lado Virginia Henderson, en su modelo de las 14 Necesidades básicas, menciona entre sus 14 necesidades: Comer y beber adecuadamente como segunda necesidad básica y fundamental, explica que la necesidad de alimentación es esencial para que el ser humano mantenga su vida o asegure su bienestar, e incluye todos los mecanismos y procesos que van a intervenir en la provisión de alimentos y líquidos, así como en su ingestión, deglución, digestión e integración de los nutrientes para el aprovechamiento energético por parte del cuerpo, Si la madre proporciona una alimentación rica en hierro durante la alimentación complementaria se disminuye el crecimiento de la magnitud de la anemia, de lo contrario, la prevalencia de esta enfermedad será cada vez más creciente.(35)

e) Teoría del cuidado de Vera Regina Waldow

Regina Waldow, Concibe el proceso de cuidar como un proceso eminentemente humano en donde se reconoce que el ser humano se enfrenta consigo mismo solo en relación con el otro. Para la enfermera (ro) el cuidar se convierte en un

verdadero sentido, desde el momento en que se relaciona con otro ser, ahí es donde se expresa su conocimiento, sensibilidad, espiritualidad y habilidad técnica, se busca el crecimiento y bienestar de la persona que cuida. El proceso de cuidar según Waldow presupone una dimensión estética y ética en el sentido de que es una acción humana que incluye belleza y bondad. La dimensión estética del cuidar se refiere a los sentidos y valores que fundamentan la acción en un contexto interrelacional de modo que haya coherencia y armonía entre el sentir, el pensar y el hacer; considera que el cuidado es la expresión artística de la enfermería y en el conocimiento estético se expresa la comprensión del significado de forma subjetiva, única y particular en cada situación de cuidado. La dimensión ética del cuidar es una forma de vivir, de ser y de expresarse, frente al mundo. Es un compromiso de estar en él y contribuir al bienestar del ser, en la conservación de la naturaleza, en la promoción de las potencialidades y de la dignidad humana, se asumen valores que son esenciales para la vida, como la compasión, solidaridad y la fraternidad en el reconocimiento de su vulnerabilidad que se traducen en actitudes éticas de la enfermera (ro). En esta concepción de Vera Regina Waldow, ambas dimensiones pertenecen a la filosofía como disciplinas prácticas, es ahí donde toma sentido este proceso como actividad humana. Estas disciplinas destacan la belleza y la bondad como valores sustantivos que deben desarrollarse en y para el cuidado. En consecuencia, el pensamiento de esta autora se relaciona con la concepción del arte como actividad práctica sin dejar de lado el énfasis puesto en el conocimiento Reflexión teórica sobre el arte del cuidado estético y el desarrollo de la sensibilidad inherente al arte del cuidado.(36)

Finalmente resumimos que hablar de alimentación complementaria del lactante mayor nos conlleva a imaginar que es la madre la que proporciona los alimentos; donde la madre juega un rol importantísimo, ya que de los conocimientos que ella posea dependerá la conducta que asuma durante la participación en el cuidado de sus hijos, específicamente en la alimentación. Es por ello que se toma en cuenta la teoría del cuidado de Vera Regina Waldow donde nos menciona que, hoy día, al cuidar, aunque importe saber y conocer qué se hace, importa principalmente el cómo se hace y a quién va dirigido. Antes que todo importa el

ser a quien se destina cualquier acción y cómo vamos a portarnos con relación a ese ser.

La enseñanza centrada en el cuidado no prioriza ni el quehacer ni el producto y sí el proceso; el interés del profesor es el alumno, y más que lo relacionado con su disciplina, importa saber quién es el alumno y cómo va a aprender a aprender. Así sabrá que todo el aprendizaje tendrá como meta final el cuidado al paciente. El orientar cómo aprender es un factor importante en una enseñanza enfocada en el cuidado.(37)

2.2.2 Conocimiento

a) Definición

Se puede decir que el conocer es un proceso a través de cual un individuo se hace consciente de su realidad y en éste se presenta un conjunto de representaciones sobre las cuales no existe duda de su veracidad. Además, el conocimiento puede ser entendido de diversas formas: como una contemplación porque conocer es ver; como una asimilación porque es nutrirse y como una creación porque conocer es engendrar.

Ahora bien, para que se dé el proceso de conocer, rigurosamente debe existir una relación en la cual coexisten cuatro elementos, el sujeto que conoce, el objeto de conocimiento, la operación misma de conocer y el resultado obtenido que no es más que la información recabada acerca del objeto. En otras palabras, el sujeto se pone en contacto con el objeto y se obtiene una información acerca del mismo y al verificar que existe coherencia o adecuación entre el objeto y la representación interna correspondiente, es entonces cuando se dice que se está en posesión de un conocimiento.

Dependiendo del grado de la relación que se establezca entre los elementos que conforman el proceso de conocimiento puede variar de un conocimiento científico, hasta un conocimiento no científico. Este último vendría a estar conformado por los productos provenientes de la captación intuitiva, de la captación sensible. Es por ello que su exégesis es predominantemente fantástica y con cierta carencia de razón. He aquí el mundo de las viejas concepciones del hombre y su relación

con el entorno en que se suceden sus vivencias, es aquí donde tienen cabida el mundo de los mitos y de las supersticiones. Está caracterizado por su espontaneidad, lo que conlleva a concluir que es producto de la ocasión, por tal razón no resulta de la planificación y es posible afirmar que está cargado de subjetividad.

En cambio cuando se trata de conocimiento científico, muchos son los partidarios en equivar este concepto con el de la ciencia, ya que éste posee elementos inherente a la ciencia, como su contenido, su campo y su método, además del hecho de presentarse como una manifestación cualificada, que la hacen distinguir de otros tipos de conocimiento.(38)

El conocimiento es el acto consciente e intencional para aprehender las cualidades del objeto y primariamente es referido al sujeto, el Quién conoce, pero lo es también a la cosa que es su objeto, el Qué se conoce. Su desarrollo ha ido acorde con la evolución del pensamiento humano. La epistemología estudia el conocimiento y ambos son los elementos básicos de la investigación científica, la que se inicia al plantear una hipótesis para luego tratarla con modelos matemáticos de comprobación y finalizar estableciendo conclusiones valederas y reproducibles. La investigación científica ha devenido en un proceso aceptado y validado para solucionar interrogantes o hechos nuevos encaminados a conocer los principios y leyes que sustentan al hombre y su mundo; posee sistemas propios basados en el método de hipótesis-deducción/inducción complementados con cálculos estadísticos y de probabilidades. El buen manejo de la teoría del conocimiento en investigación científica permite respuestas correctas y técnicas a cualquier hipótesis, razón por la que el investigador científico debería conocer su teoría y evolución.(39)

Nabila Alfaro, Jonatan Porta definen: El saber es conocer la verdad, poseerla, saborearla intelectualmente. El hombre tiende al saber porque posee una facultad, la inteligencia, que está hecha para saborear la verdad, pero hecha a imagen de Dios, posee una capacidad infinita para la verdad. Por eso, nunca se sacia de conocer. (40)

Carvajal Lizardo, define que el origen del conocimiento está en la misma actividad práctica del hombre. Cuando éste entra en relación con la naturaleza y la

sociedad tiene posibilidad de aprenderla. Esto significa que todas las ideas del hombre son extraídas, en última instancia, de la experiencia y constituyen reflejos falsos o verdaderos de la realidad.(41)

Según Reza Becerril Fernando, el conocimiento es un proceso, porque no está dado, es decir, un objeto nunca es conocido de manera definitiva, más bien se trata de ir conociendo al objeto poco a poco.

b) Tipos de conocimiento

Conocimiento filosófico: Conforme el hombre avanza, busca conocer la naturaleza de las cosas y para entender mejor su entorno, y a él mismo, se cuestiona cada hecho aprehendido en la etapa del conocimiento empírico. Este cambio propicia una nueva forma de alcanzar el conocimiento, a la que denomina filosofía, otro tipo de conocer que se caracteriza por ser:

- Crítico: no acepta métodos ni reglas preestablecidas, aunque ya hayan sido validadas y aceptadas. Somete todo al análisis, sin ninguna influencia ni la de sus propios principios.
- Metafísico: va más allá de lo observable y entendible, al afirmar que el campo científico, físico, es finito y que por tanto donde acaba la ciencia comienza la filosofía, pero no la priva de tener su propia filosofía.
- Cuestionador: recusa todo lo conocido, incluyendo la realidad, y se interroga por la vida y su sentido y por el hombre mismo en cuanto hombre.
- Incondicionado: es autónomo, no acepta límites ni restricciones y, es más, incorpora el concepto de libre albedrío, para el acto de pensar para conocer.
- Universal: su meta es la comprensión total e integral del mundo, para encontrar una sola verdad, la verdad universal.(39)

Conocimiento científico: El hombre sigue su avance y para mejor comprender su circunstancia explora una manera nueva de conocer. A esta perspectiva la llama investigación; su objetivo: explicar cada cosa o hecho que sucede en su alrededor para determinar los principios o leyes que gobiernan su mundo y acciones.

La principal diferencia entre conocimiento científico y filosófico es el carácter verificable de la ciencia, para lo que ella misma configura numerosas ramas

especializadas. Otra es el hecho que en ciencia cualquier 'verdad' es susceptible de cambiar con cada nueva investigación. Lorenz resume esta característica del conocimiento científico así: "la verdad en ciencia, puede definirse como la hipótesis de trabajo que más le sirve para abrir el camino a una nueva hipótesis". Con relación a la caracterización del conocimiento científico, éste se estructura en base a la relación interdependiente de sus elementos:

- Teoría, característica que implica la posesión de un conocer ya adquirido y validado en base a explicaciones hipotéticas de situaciones aisladas, explicadas total o insuficientemente, pero con las que se puede establecer construcciones hipotéticas para resolver un nuevo problema.
- Método, procedimiento sistemático que orienta y ordena la razón para, por deducción o inducción, obtener conclusiones que validen o descarten una hipótesis o un enunciado.
- Investigación, proceso propio del conocimiento científico creado para resolver problemas probando una teoría en la realidad sustantiva, dejando a salvo ir en sentido inverso, de la realidad a la teoría.

De acuerdo a estos elementos constitutivos, el conocimiento científico, entendido como pensamiento de características propias, conlleva las siguientes 'naturalezas':

- Selectiva, cada porción de conocimiento tiene un objeto de estudio propio, excluyente y diferente.
- Metódica, usa procedimientos sistemáticos, organizados y rigurosamente elaborados para comprobar su veracidad.
- Objetiva, se aleja de interpretaciones subjetivas y busca reflejar la realidad tal como es.
- Verificable, cada proposición científica debe necesariamente ser probada, cualidad que ha de ser realizada por observación y experimentación tan rigurosas que no dejen duda sobre la objetividad de la verdad.(39)

Conocimiento empírico: se refiere al hecho de que un sujeto llega a reconocer o a diferenciar las cosas por rutina, por simple experiencia o práctica.

Conocimiento teórico: es aquel conocimiento que solo se conoce en teoría y que no es posible de ser comprobado en la práctica

Conocimiento vulgar: es aquel que se adquiere en la vida cotidiana del trato con los hombres y la naturaleza. Su carácter es superficial, empírico y no sistematizado.

Conocimiento popular: es la información que se transmite sin una crítica de las fuentes que la validan, va dirigido al público en general y su lenguaje es sencillo. Dentro de este tipo de conocimiento se incluye la información periodística, televisiva, conferencias populares, etc.

Conocimiento de divulgación: se caracteriza por que en estos existe una crítica razonada de las teorías expuestas, una explicación somera de las fuentes de información y por qué los datos son recopilados directamente de investigadores de primera mano. Diccionarios especializados, conferencias científicas, estudios monográficos, etc.(42)

Conocimiento filosófico: el conocimiento filosófico inicia con la admiración que producen las cosas y sucesos cotidianos. Es un tipo de saber organizado, articulado y sistematizado porque busca las últimas causas, los porqués que producen la realidad. Sus características son: deduce principios en los que se basa la realidad, utiliza un método racional para establecer juicios de valor; con él se puede enseñar a reflexionar, a analizar y a tener un espíritu crítico; también es un constante cuestionamiento sobre la realidad y la consistente búsqueda de sentido sobre todo aquello que rodea al hombre principalmente sobre su existencia.

c) Característica

El conocimiento tiene tres características fundamentales que son:

- El conocimiento es personal, en sentido que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia.
- Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos.
- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir que hace en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible). (43)

2.2.3 Alimentación complementaria

a) Definición

El concepto de *alimentación complementaria* es relativamente reciente. Se dice de aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de la vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad.(44)

La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad(45)

De acuerdo a los Lineamientos de Nutrición Materno –Infantil, a partir de los 6 meses el niño debe iniciar la alimentación complementaria, incluyendo alimentos semisólidos (papillas, mazamorras, purés) e ir modificándolos ofreciendo alimentos aplastados, triturados y luego picados hasta que se incorpore en la alimentación familiar. También es recomendable adicionar una cucharadita de aceite, mantequilla u otro tipo de grasa en algunas comidas del niño, pues de esta manera se está aportando ácidos grasos y se está incrementando la necesidad energética de las comidas del niño. (46)

b) Continuación de lactancia materna

La leche materna sigue siendo importante aporte nutricional en la alimentación de la niña o niño después de los 6 meses de edad y hasta el segundo año de vida debido a que:

- Tiene contenido de grasa relativamente alto comparado con la mayoría de alimentos complementarios, siendo una fuente clave de energía y ácidos grasos esenciales.
- Provee cantidades sustanciales de calcio, vitamina A y riboflavina.
- El impacto nutricional de la lactancia es más evidente durante periodos de enfermedad, cuando el apetito de la niña o niño hacia otros alimentos se ve disminuido, pero la lactancia materna se mantiene.

- Protege contra infecciones y reduce el riesgo de movilidad y mortalidad.(46)

c) Objetivos

Debido a que la introducción de la alimentación complementaria es una nueva etapa tanto para el niño como para la madre.

Sus objetivos estarán orientados:

- Cubrir toda la necesidad nutricional del niño.
- Favorecer la interrelación de madre e hijo, ayudando a la transición del lactante desde una dieta predominante líquida hasta los alimentos fundamentalmente sólidos (dieta de la adulta).
- Favorecer al establecimiento de hábitos saludables de la alimentación(47)

d) Características

La alimentación complementaria es el período de transición hacia la alimentación familiar. La capacidad digestiva durante el primer año de vida depende de la eficiencia con que madura el aparato digestivo, tanto en los aspectos motores como enzimáticos. Alrededor de los 6 meses empieza la erupción dentaria, que indica mayor madurez funcional: progresan el uso de la musculatura masticatoria y la percepción sensorio-espacial de la lengua y los labios; la función deglutoria pasa de ser instintiva y refleja a ser una deglución somática; el reflejo de extrusión se extingue progresivamente y se desarrolla la discriminación de nuevas texturas, sabores, olores, colores, temperaturas y consistencias en los distintos alimentos. A partir de todos estos cambios, el niño puede manifestar preferencias o rechazos, lo cual debe ser considerado relevante, en especial frente a la incorporación progresiva de alimentos no lácteos y, de esta forma, evitar que el niño o la niña rechace los alimentos nuevos.(46)

Según la OMS y UNICEF recomiendan que la alimentación complementaria sea oportuna, nutricional mente adecuada, segura y proporcionar según la necesidad.

1. Oportuna: Después de los seis meses de edad los niños necesitan otros alimentos además de la leche materna para cubrir las necesidades alimentarias

estos nuevos alimentos complementan los nutrientes de la leche materna indicándose con los alimentos blandos o semisólidos.

2. Nutricionalmente adecuados: Entre los 6 a 24 meses los niños crecen con mayor rapidez y sus requerimientos de energía vitaminas y minerales aumentan, durante este periodo necesitan alimentos altamente nutritivos que proporcionan gran cantidad de nutrientes en una pequeña cantidad de alimentos.

3. Alimentación segura: al proporcionar a los lactantes otros alimentos a los seis meses se los expone a posibles infecciones los niños son especialmente propensos a tener diarreas e infecciones gastrointestinales como diarrea infantil se debe a los alimentos contaminados. Por ello es necesario aplicar buenas prácticas de higiene alimentaria.

4. Alimentación adecuada y sensible a las necesidades: al comenzar a proporcionar otros alimentos se requiere de un nuevo patrón de respuestas. Esta alimentación sensible a las necesidades de los niños implica que se le ayude a comer lentamente experimentando con diferentes comidas y minimizando las distribuciones, de modo tal que la alimentación se convierta en un momento de aprendizaje y de amor.(48)

e) Cantidad

La capacidad gástrica de la niña o niño guarda relación con su peso (30g / kg. de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida. Se comienza a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y se aumenta la cantidad conforme crece la niña o niño mientras se mantiene la lactancia materna. A los 6 meses se debe iniciar la alimentación complementaria con 3 cucharadas de alimento, lo que equivale a 1/8 plato mediano más lactancia materna; la cantidad se irá aumentando gradualmente , entre los 7 – 8 meses se debe incrementar a 5 cucharadas de alimento, lo que equivale a 1/2 plato mediano más lactancia materna ; entre los 9 – 11 meses brindar 7 cucharadas de alimento , lo que equivale a 3/4de plato mediano más lactancia materna y a los 12 meses el niño (a) deberá consumir 10 cucharadas de alimento lo cual equivale a 1 plato mediano. (46)

f) Frecuencia

El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y las cantidades normalmente consumidas durante cada comida. A los 6 meses de edad se empezara con dos comidas diarias; entre los 7-8 meses, se aumentara a tres comidas diarias; entre los 9-11 meses se incrementará a tres comidas diarias más un refrigerio; y finalmente a los 12 meses el niño (a) comer tres comidas principales y dos refrigerios. (49)

g) Tipo de alimento según la edad

Los alimentos que los lactantes mayores deben ingerir serán incluidos gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, potencial alergénico del alimento y la capacidad gástrica.

No se deber olvidar que la leche materna continúa aportando energía y nutrientes de alta calidad hasta los 23 meses de edad.(50)

1. De 6 a 8 meses

El lactante mayor debe comer en aplastados como papilla, mazamorra o puré alimentos de:

Origen animal como: hígado, sangrecita (cuy o pollo), bazo u otro.

Cereales y tubérculos como fideos, papa, camote, sémola, maicena, etc.

Vegetales: Zapallo, zanahoria, espinaca y vegetales de colores (verde, anaranjado o amarillo)

Frutas: Plátano de isla, durazno, papaya y pera (incluidos a media mañana)

Grasas: Agregar una cucharadita de aceite o mantequilla en la comida.

2. De 9 a 11 meses

El lactante mayor debe comer en picado alimentos de:

Origen animal como: hígado, sangrecita (cuy o pollo), pescado, bofe, bazo.

Cereales y tubérculos como fideos, papa, camote, sémola, maicena, etc.

Vegetales: Zapallo, zanahoria, espinaca y vegetales de colores (verde oscuro, anaranjado, rojo o amarillo)

Frutas: Plátano de isla, durazno, papaya y pera (de color anaranjado, rojo o amarillo).

Grasas: Agregar una cucharadita de aceite o mantequilla en la comida (almuerzo o cena).

3. De 12 a 23 meses

El lactante mayor debe comer alimentos de la olla familiar:

Origen animal como: hígado, sangrecita (cuy o pollo), pescado, bofe, bazo.

Cereales y tubérculos como fideos, papa, camote, sémola, maicena, etc.

Vegetales: Zapallo, zanahoria, espinaca y vegetales de colores (verde oscuro, anaranjado, rojo o amarillo)

Frutas: Plátano de isla, durazno, papaya y pera (de color anaranjado, rojo o amarillo).

Grasas: Agregar una cucharadita de aceite o mantequilla en la comida principal (almuerzo o cena).(51)

h) Cuando iniciar

La alimentación complementaria debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de vida. La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna.(45)

El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica. En relación con la nutrición, porque los niños pueden

mantener un aumento de peso normal, y tener al mismo tiempo un déficit en vitaminas y minerales, sin manifestación clínica. Por ello se hace necesario la introducción de otros alimentos que aporten aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad. Como componente madurativo, porque desde los cuatro meses de edad el niño adquiere capacidades necesarias para asimilar una dieta más variada.(44)

i) Etapas de la alimentación complementaria

La OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 y los 8 meses, y después, entre los 9 a 11 meses y los 12 a 24 meses, unas tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee.(45)

2.2.4 Anemia

La anemia por deficiencia de hierro o anemia ferropénica es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo. Este tipo de deficiencia se presenta cuando la cantidad de hierro disponible es insuficiente para satisfacer las necesidades individuales; la exposición a una deficiencia de hierro prolongada conduce a la anemia. Se estima que más de dos mil millones de personas sufren de deficiencia de hierro y que más de la mitad está anémica. La principal causa de anemia por deficiencia de hierro es el bajo consumo de carne roja, pollo o pescado, especialmente en personas de escasos recursos económicos. En niños y niñas pequeños el pico de prevalencia de anemia por deficiencia de hierro es de alrededor de los dieciocho meses de vida.(13)

En la norma técnica de MANEJO TERAPÉUTICO Y PREVENTIVO DE LA ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES GESTANTES Y PUÉRPERAS se define como trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar(52)

En la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, definen la anemia como baja concentración de hemoglobina en la sangre. (53)

a) Niveles de anemia

Según MINSA en la norma técnica- manejo terapéutico y preventivo de la Anemia, los niveles de hemoglobina en los niños de 6 a 59 meses determinan la siguiente clasificación de acuerdo a la concentración de hemoglobina:

- Anemia leve: 10.0 - 10.9 (g/dl)
- Anemia moderada: 7.0 - 9.9 (g/dl)
- Anemia severa: < 7.0 (g/dL) (54)

b) Concepto del hierro

Este micromineral u oligoelemento, interviene en la formación de la hemoglobina y de los glóbulos rojos, como así también en la actividad enzimática del organismo.

Dado que participa en la formación de la hemoglobina de más está decir que transporta el oxígeno en sangre y que es importante para el correcto funcionamiento de la cadena respiratoria

Las reservas de este mineral se encuentran en el hígado, el bazo y la médula ósea.(55)

c) Importancia del hierro

El hierro es de gran importancia debido a que es el mineral que transporta oxígeno a las células, tejidos y órganos para su adecuado funcionamiento.(56)

Otra principal importancia del hierro es nuestro organismo es que previene o reduce la anemia nutricional y a su vez el hierro en niños pequeños mejora desarrollo cognitivo.(57)

d) Alimentos ricos en hierro

Los alimentos que contiene hierro son sangrecita, vísceras rojas (bazo, hígado de pollo, riñones y bofe), pavo, carne de res, pescados, los que a su vez se absorben entre un 15 y 40%.

Por otro lado alimentos como los cereales, menestras, legumbres, vegetales de hoja verde, raíces y frutas también pueden ser consumidos pero generando una menor ingesta de hierro, se absorben entre un 2 a 10%

Por otro lado los alimentos que interfieren en la absorción de hierro son: leche en grandes cantidades, té, café, infusiones de hierbas, bebidas carbonatadas como gaseosa. (58)

2.3 Definiciones de términos

Requerimientos o necesidades nutricionales: Son las cantidades de todos y cada uno de los nutrientes que un individuo debe ingerir de forma habitual para mantener un adecuado estado nutricional y prevenir la aparición de enfermedades.

Suplementación: Esta intervención consiste en la indicación y la entrega de hierro, solo o con otras vitaminas y minerales, que se entrega en presentaciones según la edad: en gotas, jarabe o tabletas, para reponer o mantener niveles adecuados de hierro en el organismo.

Hierro: Es un mineral que se encuentra almacenado en el cuerpo humano y se utiliza para producir las proteínas hemoglobina y mioglobina que transportan el oxígeno.

Anemia: Podemos definirla como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar y como consecuencia trae una alteración en el desarrollo del niño, a nivel físico y mental.

Anemia por deficiencia de hierro: Es la disminución de los niveles de hemoglobina a causa de la carencia de hierro, llamada también anemia ferropénica.

Hemoglobina: Es una proteína compleja constituida por un grupo hem que contiene hierro y le da el color rojo al eritrocito, y una porción proteínica, la globina. La hemoglobina es la principal proteína de transporte de oxígeno en el organismo. La hemoglobina se encuentra en los glóbulos rojos y la mioglobina en los músculos.

Factores nutricionales: Son elementos que van a permitir al lactante crecer y desarrollarse adecuadamente: se incluye consumo de alimentos variados.

Conocimiento: Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, el conocimiento se adquiere de distintas formas y está dividido en 2 grandes grupos, conocimiento filosófico y científico.

Madre: persona con o sin lazos consanguíneos que se encarga del cuidado, alimentación y cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo del niño. Además es indispensable en la primera infancia por que cubre y satisface las necesidades básicas del infante.

Hijo: Persona con relación a su padre y a su madre o a uno de los dos, los hijos pueden ser biológicos o fruto de la adopción, son dependientes de sus progenitores en los primeros años de vida.

Lactante Mayor: Se denomina lactante mayor al niño que se encuentra entre los 6 meses hasta los 2 años de edad, son dependientes de un cuidador, en la mayoría de casos de sus madres.

Alimentación complementaria: Es la introducción de alimentos en la dieta del niño, a partir de los 6 meses de edad, estos alimentos complementan la alimentación con leche materna, la cual se da hasta aproximadamente los 2 años.

Control de crecimiento y desarrollo: Controles que se realiza al niño mes a mes, en estos controles se evalúa el desarrollo integral del niño, valorando diversas características de desarrollo entre ellos su estado nutricional y se brinda educación personalizada a la madre que acude con su niño al centro de salud correspondiente.

Enfermera: Personal de salud encargado de realizar el adecuado control de crecimiento y desarrollo del niño, pidiendo y evaluando una batería de exámenes para poder dar un diagnóstico enfermero de niño sano, también se encarga de dar consejería a la madre para lograr así un óptimo desarrollo en el niño.

Promoción de la salud: Conjunto de actividades desarrolladas por el personal de salud (Enfermera), para proporcionar conocimiento necesario para mejorar la salud y lograr condiciones de salud individual y colectiva óptimas.

III. VARIABLES E HIPÓTESIS

V1: Nivel de Conocimiento sobre Alimentación complementaria

Conjunto de saberes, datos e información que posee la madre producto de sus experiencias o recibidas por medio del personal de salud capacitado sobre alimentación complementaria.

V2: Nivel de anemia ferropénica

La anemia por deficiencia de hierro o anemia ferropénica se debe a una carencia de hierro, que se puede dar por un déficit alimenticio, se presenta cuando la cantidad de hierro disponible es insuficiente para satisfacer las necesidades individuales, lo que ocasiona una baja hemoglobina produciendo anemia ferropénica.

3.2 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria	Conjunto de saberes, datos e información que posee la madre producto de su experiencias o recibidas por medio del personal de salud capacitado sobre alimentación complementaria.	Sociodemográfica	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de la madre • Grado de instrucción • Ocupación de la madre • Número de hijo • Edad de su hijo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nivel de conocimiento alto : 14-16 ✓ Nivel de conocimiento medio: 9-13
		Conceptos de alimentación complementaria	<ul style="list-style-type: none"> • Definición • Tolerancia de volumen de alimentos • Frecuencia de consumo de alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nivel de conocimiento bajo: <8
		Conocimientos sobre administración de alimentos ricos en hierro.	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de alimentos ricos en hierro • Tipos de alimentos ricos en hierro 	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>Nivel de anemia Ferropénica</p>	<p>La anemia ferropénica es la disminución de los niveles de hemoglobina a causa de la carencia de hierro.</p>	<p>Datos bioquímicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de hemoglobina en sangre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia leve: Hemoglobina entre 10.0g/dL y 10.9g/dL • Anemia moderada: Hemoglobina entre 7.0g/dL y 9.9g/dL • Anemia severa: Hemoglobina menor a 7.0 g/dL

3.3 Hipótesis general e hipótesis específicas

3.3.1 Hipótesis general

Hi: Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres y la anemia ferropénica de sus niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud san Martín confraternidad – Los Olivos, 2018.

Ho: No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres y la anemia ferropénica de sus niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud san Martín confraternidad –Los Olivos, 2018

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

La presente investigación es cuantitativa, descriptivo, correlacional y de corte transversal.

Tipo correlacional, porque tiene como finalidad determinar el grado de relación existente entre las variables nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres y anemia ferropénica de sus niños.

Enfoque cuantitativo, porque nos permitió examinar los datos de manera científica, específicamente de manera numérica, realizando un análisis y medición de las variables.

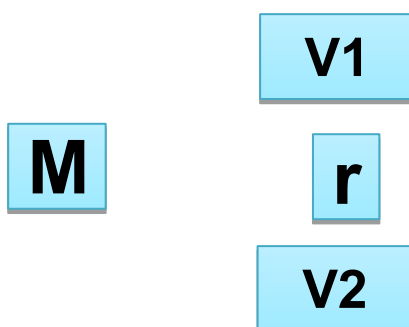
Carácter descriptivo, porque se describió de manera objetiva el estado actual, características y rasgos importantes de las variables, nivel de conocimiento de las madres y anemia ferropenia de los niños.

Corte transversal, por que estudia las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

4.2 Diseño de la investigación

El diseño de la presente investigación es no experimental, ya que se realiza sin manipular deliberadamente las variables.

Donde:



M: muestra conformada por madres de niños de 6 a 12 meses de edad.

V1: Variable: Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria

V2: Variable: Nivel de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses de edad.

r: Indica la Relación que existe entre las dos variables

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

La población objeto de estudio estuvo conformada por 30 madres de niños entre 6 y 12 meses que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad para sus controles desde mayo hasta julio del 2018.

Para determinar la población que participara de la presente investigación se tuvo los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

❖ Criterios de inclusión:

- ✓ Madres que se encarguen del cuidado directo de sus hijos.
- ✓ Madres que acudan a sus controles de crecimiento y desarrollo del puesto de salud san Martín confraternidad.
- ✓ Madres que sepan leer y escribir.
- ✓ Madres que hablen castellano.
- ✓ Madres de niños de 6 a 12 meses con anemia ferropénica
- ✓ Madres que acepten participar voluntariamente del presente estudio.

❖ Criterio de exclusión:

- ✓ Madres que no asisten al control de crecimiento y desarrollo del puesto de salud san Martín confraternidad Madres que no acepten participar voluntariamente del presente estudio.
- ✓ Madres de niños mayores de 12 meses
- ✓ Madres de niños de 6 a 12 meses sin anemia ferropénica

4.3.2 Muestra

La muestra estará constituida por la totalidad de la población que son 30 madres de niños entre 6 y 12 meses con anemia ferropénica, que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad.

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para la recolección de datos se utilizó técnicas como la encuesta y registros, así mismo se utilizó como instrumento el cuestionario y las historias clínicas.

Se utilizó el instrumento validado de Suárez C, Yul S y otros (2014) de su tesis titulada “Nivel de conocimiento que tienen las madres sobre la alimentación complementaria y la relación de la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años”.

4.5 Procedimientos de recolección de datos

Primer Momento: Se realizó la búsqueda del número de casos de niños con anemia en el año 2018, corroborados con historia clínica.

Segundo Momento: Se seleccionaron aquellos niños que se encontraban entre 6 y 12 meses de edad y que además tuvieran registrados dos controles de hemoglobina por debajo de lo normal, los cuales fueron 30.

Tercer Momento: De los niños que se identificaron, se les realizó una visita domiciliaria a las madres para pedirles su consentimiento para formar parte de nuestro estudio.

Cuarto Momento: En este último momento se aplicó la técnica de visita domiciliaria a las madres de cada uno de los 30 niños, para realizarles el cuestionario.

El instrumento aplicado a las madres, durante la visita, el cual consta de las siguientes partes: Primero, la presentación en la cual se mencionan los objetivos del mismo, la importancia de la persona encuestada; la segunda parte contiene el desarrollo del instrumento, empezando por los datos generales de la madre y luego por el listado de preguntas. Dicho cuestionario basado en la Operacionalización de variables tiene como objetivo el recojo de datos de forma sistemática, contiene 16 ítems y cuyo tiempo de aplicación será de aproximadamente 10 minutos.

4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos

La aplicación de instrumento se realizó con previa autorización de las madres, aplicándose a través de una entrevista estructurada a las madres de dicho puesto de salud en un tiempo aproximado de 10 minutos por persona. Concluida la recolección de datos, fueron tabulados y procesados en el programa estadístico SPSS 24, para su posterior interpretación de los datos.

Para el análisis de la Variable Nivel de Conocimiento, se aplicó la prueba de Stanones en tres categorías: Alto, medio y bajo; Nivel alto: 16-14 puntos, Nivel medio: 13-10 puntos, Nivel bajo: 9-0 puntos y para el análisis de la variable Anemia Ferropénica se evaluó su distribución normal.

Para la presentación grafica de los resultados se empleó: grafico de barras por ser variable de naturaleza cuantitativa así como los respectivos cuadros estadísticos.

Finalmente, se determinó la relación estadística entre el nivel de conocimiento de la madre y la anemia en niños de 6 a 12 meses, mediante una prueba paramétrica a través del SPSS como el chi-cuadrado y coeficiente de correlación de Pearson.

V. RESULTADOS

TABLA N° 5.1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES Y NIÑOS
QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

		Frecuencia	Porcentaje
Edad de la madre	17 - 20 años	10	33.3 %
	21 - 24 años	11	36.7%
	25 - 34 años	9	30 %
	Total	30	100%
Grado de instrucción	Secundaria completa	27	90 %
	Secundaria incompleta	2	6.7 %
	Superior	1	3.3 %
	Total	30	100 %
Número de hijo	Primero	16	53.3 %
	Segundo	11	36.7 %
	Tercero	2	6.7 %
	Cuarto	1	3.3 %
	Total	30	100 %
Edad niña	6 - 7 meses	5	38.5 %
	8 - 9 meses	3	23 %
	10 - 12 meses	5	38.5 %
	Total	13	100 %
Edad niño	6 - 7 meses	6	35.3
	8 - 9 meses	8	47.1
	10 - 12 meses	3	17.6
	Total	17	100 %
Ocupación de la Madre	Ama de Casa	20	66.7
	Estudiante	4	13.3
	Comerciante	6	20.0
	Total	30	100 %

FUENTE: cuestionario aplicado a las madres con niños de 6 a 12 meses que acuden al puesto de Salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018

Interpretación:

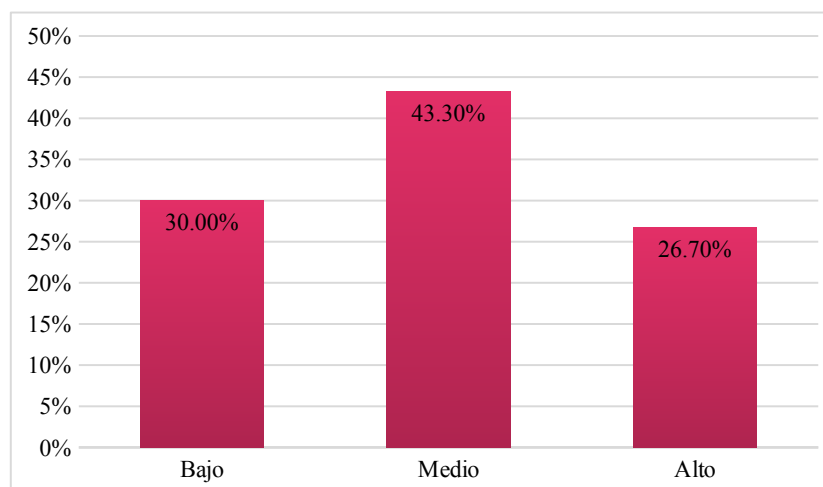
En relación a los aspectos sociodemográficos se evidencia que de las madres encuestadas en el puesto de salud San Martín Confraternidad se encuentra un mayor porcentaje de madres adultas jóvenes 36.7% (11), respecto al grado de instrucción encontramos que un 90%(27) tenía secundaria completa, además de estas madres se evidencio que la mayoría era ama de casa con un 66.7% (20).

TABLA N° 5.2

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE TIENEN LAS MADRES CON NIÑOS ENTRE 6 A 12 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN CONFRATERNIDAD – LOS OLIVOS, 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
Bajo	9	30 %	30 %
Medio	13	43.3 %	73.3 %
Alto	8	26.7 %	100%
Total	30	100 %	

GRAFICO N° 5.2: “NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE TIENEN LAS MADRES CON NIÑOS ENTRE 6 A 12 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN CONFRATERNIDAD – LOS OLIVOS, 2018”



FUENTE: cuestionario aplicado a las madres con niños de 6 a 12 meses que acuden al puesto de Salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018

Interpretación:

En relación al nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al centro de salud San Martín Confraternidad, se constató que es bajo en un 30% (9), medio en un 43.3% (13) y alto en un 26.7%(8).

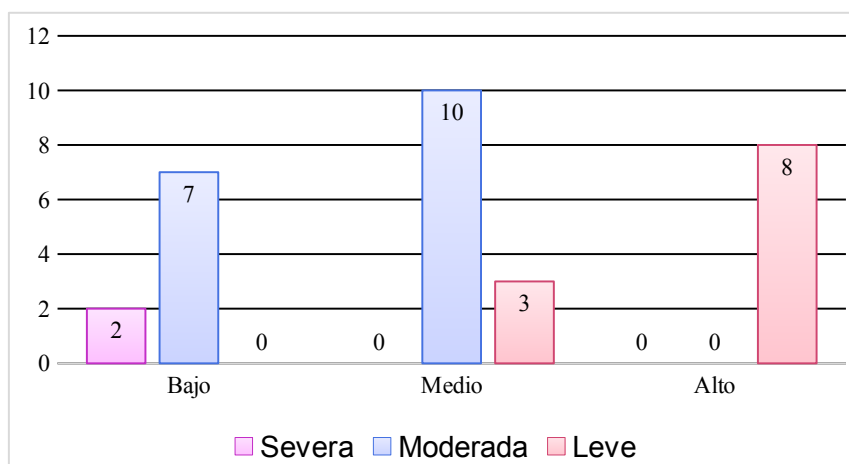
TABLA N° 5.3

RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE TIENEN LAS MADRES CON LA ANEMIA FERROPÉNICA DE LOS NIÑOS ENTRE 6 A 12 MESES DE EDAD

		Nivel de anemia			Total	Porcentaje
		Severa	Moderada	Leve		
Nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria	Bajo	2	7	0	9	30%
	Medio	0	10	3	13	43.3%
	Alto	0	0	8	8	26.7%
Total		2	17	11	30	100%

FUENTE: cuestionario aplicado a las madres con niños de 6 a 12 meses que acuden al puesto de Salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018

GRÁFICO N° 5.3: RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE TIENEN LAS MADRES CON LA ANEMIA FERROPÉNICA DE LOS NIÑOS ENTRE 6 A 12 MESES DE EDAD



FUENTE: cuestionario aplicado a las madres con niños de 6 a 12 meses que acuden al puesto de Salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018

Interpretación:

Respecto a la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres y la anemia ferropénica de sus niños se evidenció que los niños con anemia leve cuentan con madres de nivel de conocimiento alto sobre alimentación complementaria, los niños con anemia moderada cuentan con madres de nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria y los niños con anemia severa cuentan con madres de nivel de conocimiento bajo sobre alimentación complementaria.

TABLA 5.4

RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE TIENEN LAS MADRES CON LA ANEMIA FERROPÉNICA DE LOS NIÑOS ENTRE 6 A 12 MESES DE EDAD

Nivel de conocimientos		Nivel de anemia
Chi-cuadrado	Coeficiente de correlación	23.555 ^a
	Sig. bilateral	.000
	N	30

La prueba de independencia de chi-cuadrado resultó (23.555^a); cuyo valor $p=0.000$ es altamente significativo, por lo tanto se concluye que el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria está directamente relacionado con la anemia ferropénica.

TABLA N°5.5

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
SEGÚN LA TOLERANCIA DEL VOLUMEN DE ALIMENTO DE LAS MADRES
CON NIÑOS ENTRE 6 A 12 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL PUESTO DE
SALUD SAN MARTÍN CONFRATERNIDAD – LOS OLIVOS, 2018.**

		Conocimiento sobre tolerancia del volumen de alimento				Total	Porcentaje
		No conoce	%	Conoce	%		
Nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria	Bajo	5	45.5%	4	21.1%	9	30%
	Medio	4	36.4%	9	47.4%	13	43.3%
	Alto	2	18.1%	6	31.5%	8	26.7%
Total		11	36.6%	19	63.3%	30	100%

FUENTE: cuestionario aplicado a las madres con niños de 6 a 12 meses que acuden al puesto de Salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018

Interpretación:

En relación al nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria respecto a la tolerancia de volumen, de las madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al centro de salud San Martín Confraternidad, se constató que es conoce en un 63.3% (19) y no conocen un 36.6% (11).

TABLA N° 5.6

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTO DE LAS MADRES CON
NIÑOS ENTRE 6 A 12 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL PUESTO DE
SALUD SAN MARTÍN CONFRATERNIDAD – LOS OLIVOS, 2018.**

		Frecuencia de consumo de alimento				Total
		No Conocen	%	Conocen	%	
Nivel de conocimientos sobre alimentación complementari a	Bajo	8	57.1%	1	6.3%	9
	Medio	5	35.7%	8	50%	13
	Alto	1	7.2%	7	43.7%	8
Total		14	46.7%	16	53.3%	30

FUENTE: cuestionario aplicado a las madres con niños de 6 a 12 meses que acuden al puesto de Salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018

Interpretación:

En relación al nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria respecto a la frecuencia de consumo de alimentos, de las madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al centro de salud San Martín Confraternidad, se constató que es no conoce en un 46.7% (14) y conocen un 53.3% (16).

TABLA N° 5.7

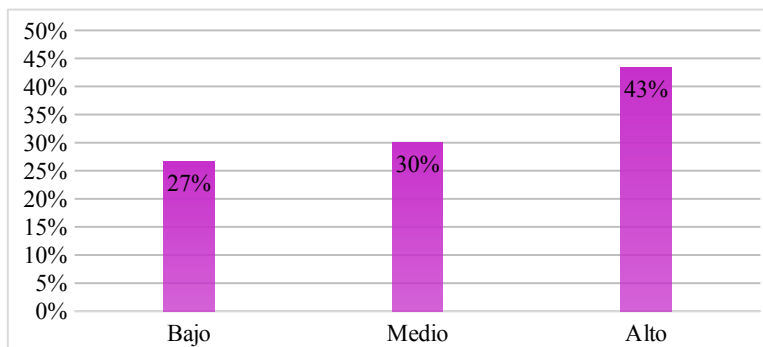
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y LA
INCORPORACIÓN DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO DE LAS MADRES CON**

NIÑOS ENTRE 6 A 12 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN CONFRATERNIDAD – LOS OLIVOS, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
Bajo	8	26.7%	26.7%
Medio	9	30 %	56.7%
Alto	13	43.3 %	100 %
Total	30	100 %	

FUENTE: cuestionario aplicado a las madres con niños de 6 a 12 meses que acuden al puesto de Salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018

GRAFICO N°5.4: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y LA INCORPORACIÓN DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO DE LAS MADRES CON NIÑOS ENTRE 6 A 12 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN CONFRATERNIDAD – LOS OLIVOS, 2018



FUENTE: cuestionario aplicado a las madres con niños de 6 a 12 meses que acuden al puesto de Salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018

Interpretación:

En relación al nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria respecto a la tolerancia de volumen, de las madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al centro de salud San Martín Confraternidad, se constató que es bajo en un 26.7%(8), es medio en un 30%(9) y es alto en un 43.3%(13).

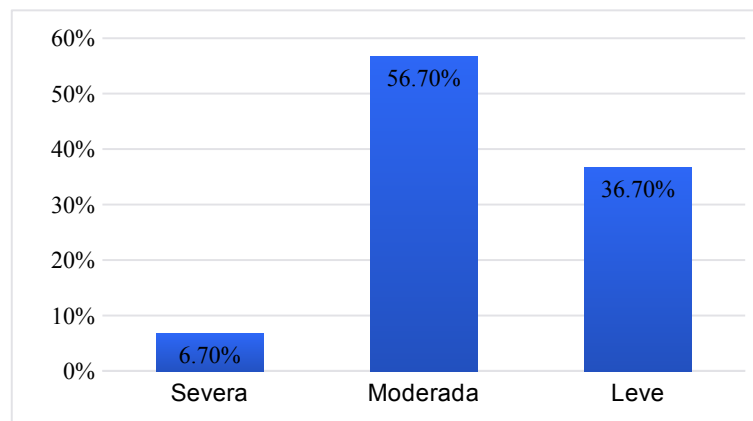
TABLA N° 5.8

NIVEL DE ANEMIA FERROPÉNICA DE LOS NIÑOS ENTRE 6 A 12 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN

CONFRATERNIDAD – LOS OLIVOS, 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulativo
Severa	2	6.7%	6.7%
Moderada	17	56.7%	63.3%
Leve	11	36.7%	100%
Total	30	100%	

GRAFICO N° 5.5: NIVEL DE ANEMIA FERROPÉNICA DE LOS NIÑOS ENTRE 6 A 12 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN CONFRATERNIDAD – LOS OLIVOS, 2018



FUENTE: cuestionario aplicado a las madres con niños de 6 a 12 meses que acuden al puesto de Salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018

Interpretación:

En el relación a los niveles de anemia de los niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad; registrados en las historias clínicas se evidencio que un 36.7%(11) tenían anemia leve, 56.7% (17) tenían anemia moderada y un 6.7% (2) tenían anemia severa.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	23.555 ^a	4	.000
Razón de verosimilitud	28.636	4	.000
Asociación lineal por lineal	17.605	1	.000
N de casos validos	30		
a. 7 celdas (77.8%) tienen un conteo esperado de menos de 5. El conteo mínimo esperado es de .53.			

Pruebas de Chi-cuadrado según SPSS

Siendo **P= 0.000**

Si p mayor a 0.05, entonces se acepta la Ho

Si p menor a 0.05, entonces se rechaza la Ho

Siendo el resultado menor que 0.05, entonces:

La prueba de independencia de chi-cuadrado parte de la hipótesis que las variables conocimiento y anemia ferropénica no son independientes es decir que si existe relación entre ellas y por lo tanto ejercen influencia una sobre la otra. Debido a aquel resultado arrojado en la prueba es 0.000 se concluye que el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria está directamente relacionado con la anemia ferropénica de sus niños de 6 a 12 meses de edad.

Hi: Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres y la anemia ferropénica de sus niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud san Martín confraternidad – Los Olivos, 2018.

6.2 Contratación de resultados con otros estudios similares

Respecto a la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres y la anemia ferropénica de sus niños se evidenció que los niños con anemia leve cuentan con madres de nivel de conocimiento alto sobre alimentación complementaria, los niños con anemia moderada cuentan con madres de nivel de conocimiento medio sobre alimentación complementaria y los niños con anemia severa cuentan con madres de nivel de conocimiento bajo sobre alimentación complementaria. Donde prueba de independencia de chi-cuadrado resultó (23.555^a); cuyo valor $p= 0.000$ es altamente significativo, por lo tanto se concluye que el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria está directamente relacionado con la anemia ferropénica.

Hecho que concuerda con un estudio realizado por ENRIQUE Y, CALVO S (2016) con el estudio titulado: “Nivel de Conocimiento sobre alimentación complementaria en relación a anemia en madres de niños de 6 a 24 meses. Centro de Salud Jorge Chávez, 2016”. Refiere que: existe una relación estadísticamente significativa con un nivel de significación de 5%, y hay evidencias para rechazar la H_0 y aceptar H_1 , es decir, el nivel de correlación para las variables nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y nivel de anemia que existe es positivo y significativo, lo que significa que el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria influye en el nivel de anemia de niños (as) de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

Contratación de nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria

En relación al nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al centro de salud San Martín Confraternidad, se constató que es bajo en un 30% (9), medio en un 43.3% (13) y alto en un 26.7%.

Hecho que concuerda con un estudio realizado por SUÁREZ C, YARROW K (2014) presento el estudio sobre: “Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y su relación con la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años que acuden al centro de salud de San Cristóbal – 2014” refiere que el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que

tienen las madres que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal. Se puede apreciar que el 53% de madres tienen un nivel de conocimiento medio, y el 25% tienen un nivel de conocimiento alto y 22% tienen el nivel de conocimiento bajo.

De igual manera con el estudio de: ENRIQUEZ Y, CALVO G (2016) cuyo título fue: "Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en relación a anemia en madres de niños de 6 a 24 meses. Centro de salud "Jorge Chávez", 2016". Se concluyó que el nivel de conocimiento de las madres fue regular en 69,8% y solo un 1,7% tuvo buen nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria. Las madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud "Jorge Chávez".

Finalmente HUAMÁN M; VIDAL, G (2014) Realizaron un estudio titulado **"Nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al Centro de Salud de Huachac, 2014"**, la mayoría (96%) de las madres, de los niños de 6 a 24 meses de edad, tienen conocimientos inadecuados de alimentación complementaria y sólo el 4% de las madres encuestadas tienen conocimientos adecuados.

Al ver la similitud y el contraste de estos estudios podemos tomar en consideración efectuar un modelo de intervención permitiendo trabajar con ellos de manera continua y no solo brindar conceptos. Es necesario que los profesionales de salud intervengan de manera adecuada tanto preventiva como promocionalmente con las madres de familia respecto a la alimentación complementaria de sus niños y así evitar que el índice de alimentación complementaria sea mayor. Todo ello puede reforzarse con actividades como sesiones educativas demostrativas y visitas domiciliarias.

VII. CONCLUSIONES

1. Se concluye que existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres y la anemia ferropénica de sus niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín.
2. La mayoría de madres encuestadas presento un nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria es bajo en un 30% (9), medio en un 43.3% (13) y alto en un 26.7%(8).
3. Se identificó que nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria según la tolerancia del volumen de alimento de las madres con niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín confraternidad – Los Olivos, 2018 ; en un total de 30 madres de las cuales el 63.3% (19) conocen y el 36.6% (11) no conocen.
4. Se identificó que nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria según frecuencia de consumo de alimento de las madres con niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín confraternidad – Los Olivos, 2018; en un total de 30 madres de las cuales el 46.7% (14) no conocen y el 53.3% (16) conocen.
5. Respecto al nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y la incorporación de alimentos ricos en hierro de las madres con niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín confraternidad – Los Olivos, 2018; es bajo en un 26.7%(8), es medio en un 30%(9) y es alto en un 43.3%(13).
6. Respecto al nivel de anemia el 36.7% (11) tenía un nivel de anemia leve, el 56.7% (17) tenía moderado el nivel de anemia y el 6.7 % (2) tenía anemia severa.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Se considera que se debe aprovechar los datos del presente estudio para brindar una mejor orientación preventivo-promocional a las madres, uniformizando conceptos adecuados sobre alimentación complementaria con técnicas acorde a la población de estudio.
2. A los profesionales de salud realizar investigaciones sobre alimentación complementaria en sus diferentes dimensiones no solo conocimiento sino también en la práctica u otros tipos de estudio para una mejor monitorización de otros factores relacionados a la anemia
3. Al centro de salud que enfatice actividades preventivas, promocionales, interactivas destinadas a fortalecer y fomentar la salud de los niños, así como realizar un programa de seguimiento de las madres de niños con riesgo a anemia a través de visitas domiciliarias.
4. También realizar los descartes de hemoglobina correspondientes a la edad, realizando un seguimiento continuo en aquellos niños que presenten anemia ferropénica, para prevenir complicaciones futuras garantizando así un crecimiento y desarrollo saludable.
5. Al centro de Salud realizar estudios comparativos con otros centros o puestos de salud de la jurisdicción con la finalidad de globalizar criterios para fortalecer la prevención de anemia ferropénica.
6. A la Facultad de ciencias de la salud, escuela profesional de enfermería gestionar una alianza estratégica con acuerdos administrativos para evitar obstaculización por parte del centro de salud al momento de realizar futuras investigaciones.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leite P, <https://www.facebook.com/pahowho>. Anemia ferropénica: Investigación para soluciones eficientes y viables | OPS OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2016 [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679%3Airon-deficiency-anemia-research-on-iron-fortification-for-efficient-feasible-solutions&catid=6601%3Acase-studies&Itemid=40275&lang=es
2. Unos 22,5 millones de niños sufren anemia en Latinoamérica [Internet]. EfeSalud. 2012 [citado 1 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.efesalud.com/unos-225-millones-de-ninos-sufren-anemia-en-latinoamerica/>
3. Orbezo FA. El Perú no se cura de la anemia: 43% de menores de 3 años la padece [Internet]. El Comercio. 2018 [citado 1 de enero de 2019]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/peru/peru-cura-anemia-informe-noticia-515093>
4. Libro.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
5. León J. INEI: Anemia en Lima Metropolitana sube 8% [Internet]. 2018 [citado 1 de enero de 2019]. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/1302071-inei-anemia-lima-metropolitana-suba-8>
6. Ruiz M. OMS: El 44% de niños tiene anemia en el Perú [Internet]. Peru21. 2017 [citado 1 de enero de 2019]. Disponible en: <https://peru21.pe/economia/oms-44-ninos-anemia-peru-380301>
7. TFI Aguirre Maira%2C Bustos Maria%2C Mino Silvana.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASHfde2.dir/TFI%20Aguirre%20Maira%252C%20Bustos%20Maria%252C%20Mino%20Silvana.pdf>
8. Mendizabal-Mariana.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/Mendizabal-Mariana.pdf>
9. 8.29.001725.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7510/8.29.001725.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
10. Tesis Pregrado.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23056/1/Tesis%20Pregrado.pdf>
11. 06 ENF 782 TRABAJO DE GRADO.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en:

<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/5672/1/06%20ENF%20782%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>

12. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA DE LAS MADRES CON NIÑOS DE 6 A 36 MESES. CENTRO DE SALUD DE CHIRIACO. BAGUA-2015.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/140/NIVEL%20DE%20CONOCIMIENTO%20SOBRE%20ANEMIA%20FERROP%
c3%89NICA%20DE%20LAS%20MADRES%20CON%20NI%
c3%91OS%20DE%206%20A%2036%20MESES.%20CENTRO%20DE%20SALUD%20DE%20CHIRIACO.%20BAGUA-2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/140/NIVEL%20DE%20CONOCIMIENTO%20SOBRE%20ANEMIA%20FERROP%c3%89NICA%20DE%20LAS%20MADRES%20CON%20NI%c3%91OS%20DE%206%20A%2036%20MESES.%20CENTRO%20DE%20SALUD%20DE%20CHIRIACO.%20BAGUA-2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

13. 004-1-9-012.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unamad.edu.pe/bitstream/handle/UNAMAD/252/004-1-9-012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14. Torres G, María G, Montero L, Lisseth K, Calvo T, Alfonso L. KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF BREASTFEEDING AND COMPLEMENTARY FEEDING IN MOTHERS OF 6- 24 MONTH OLD INFANTS IN RURAL AND URBAN ZONES IN 2015. :35.

15. TENF_14.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1072/TENF_14.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16. TESIS_ANA CECILIA TASAYCO HUAROTE.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1467/TESIS_ANA%20CECILIA%20TASAYCO%20HUAROTE.pdf?sequence=2&isAllowed=y

17. CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ACLAS-UMARI TAMBILLO 2015 [Internet]. [citado 17 de abril de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/131>

18. ASTILLO SC. PRESENTADO POR LAS BACHILLERES: :112.

19. TESIS - EVELYN ROJAS GALARZA.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/7783/TESIS%20-%20EVELYN%20ROJAS%20GALARZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

20. Carmen_Tesis_Tituloprofesional_2016.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/1737/Carmen_Tesis_T%
C3%ADtuloprofesional_2016.pdf?sequence=4](http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/1737/Carmen_Tesis_T%
C3%ADtuloprofesional_2016.pdf?sequence=4)

21. Ponce R, Stephanny A, Egoavil O, Lizbeth V. Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Villa Señor de los Milagros, Callao - 2015. Univ Nac Callao [Internet]. 2015

[citado 4 de marzo de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/1575>

22. Cano A, Carmen M del. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev Cuba Enferm. diciembre de 2004;20(3):0-0.
23. Carballo KB, Hernandez DLS, Amaran H, Conil RCA. Aplicación de la teoría de Florence Nightingale a un anciano con asma bronquial. :9.
24. Lescaille Taquechel M, Apao Díaz J, Reyes Figueroa M de los Á, Alfonso Mora M. Eticidad del pensamiento de Florence Nightingale. Rev Habanera Cienc Médicas. diciembre de 2013;12(4):0-0.
25. Attewell A. Florence Nightingale. :13.
26. Laguado Jaimes E. Cuidado de enfermería a padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos. Rev Cuid [Internet]. 1 de diciembre de 2013 [citado 13 de diciembre de 2018];4(1). Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/17>
27. Martínez M, García MC. Child-rearing as study subject from the transactional model perspective. Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv. enero de 2012;10(1):169-78.
28. Jaimes EL. Cuidado de enfermería a padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos. Rev Cuid [Internet]. 1 de diciembre de 2013 [citado 12 de noviembre de 2018];4(1). Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/17>
29. Hevia AE, Vilar MM, Salvá FAM. Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el Enfoque Centrado en la Persona. :18.
30. Ciprés MS, Llusar JCB. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. 2004;22.
31. bloghitbaby. Los niños tienen su propia Pirámide de Maslow. [Internet]. BIENVENIDO AL MUNDO DEL BEBÉ. 2015 [citado 13 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://bloghitbabyone.wordpress.com/2015/07/31/los-ninos-tienen-su-propia-piramide-de-maslow/>
32. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO Facultad de Enfermería y Obstetricia. :33.
33. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
34. :. Observatorio de Metodología Enfermera.: [Internet]. [citado 14 de diciembre de 2018]. Disponible en: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=424
35. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de

Enfermería de Jaén; 2010.

36. Rodríguez S, Cárdenas M, Pacheco AL, Ramírez M, Ferro N, Alvarado E. Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. *Enferm Univ.* julio de 2017;14(3):191-8.
37. Waldow VR. Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. *Aquichan [Internet]*. 2009 [citado 13 de noviembre de 2018];9(3). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1523>
38. Martínez A, Ríos F. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. *Cinta Moebio [Internet]*. 2006 [citado 14 de diciembre de 2018];(25). Disponible en: <https://www.moebio.uchile.cl/25/martinez.html>
39. V. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. *An Fac Med.* septiembre de 2009;70(3):217-24.
40. Joni*Porta P por. El saber científico,vulgar y filosófico. [Internet]. [citado 11 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://otropuntodevistafilosofico.blogspot.com/2011/06/el-saber-cientificovulgar-y-filosofico.html>
41. Conocimiento [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.lizardo-carvajal.com/conocimiento/>
42. Concepto y definición de conocimiento [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa3/n8/m12.html>
43. Integración de Tecnologías de la Información y la Comunicación a la Docencia [Internet]. [citado 11 de marzo de 2018]. Disponible en: http://docencia.udea.edu.co/vicedocencia/caracteristicas_conocimiento.html
44. Especial Nutrición-Ministerio de Salud del Perú [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2007/nutricion/lactante_6_24_meses.asp
45. OMS | Alimentación complementaria [Internet]. WHO. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
46. 158_linnut.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/ins/158_linnut.pdf
47. 490_MINSA1415.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/490_MINSA1415.pdf
48. gs_infant_feeding_text_spa.pdf [Internet]. [citado 11 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/g Infant_feeding_text_spa.pdf

49. 1-orientacion_para_la_ac.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/1-orientacion_para_la_ac.pdf
50. La-alimentacion-del-lactante--capitulo-modelo-para-libros-de-texto.pdf [Internet]. [citado 11 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/La-alimentacion-del-lactante--capitulo-modelo-para-libros-de-texto.pdf>
51. ROTAFOLIO001.pdf [Internet]. [citado 11 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/matcom/ROTAFOLO001.pdf>
52. 4190.pdf [Internet]. [citado 14 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
53. 3932.pdf [Internet]. [citado 14 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3932.pdf>
54. 4190.pdf [Internet]. [citado 17 de abril de 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
55. El hierro en la nutrición [Internet]. Zonadiet. [citado 11 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.zonadiet.com/nutricion/hierro.htm>
56. HIERRO.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2007/nutricion/archivos/HIERRO.pdf>
57. Importancia-de-los-micronutrientes.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/spanish/Importancia-de-los-micronutrientes.pdf>
58. 3931.pdf [Internet]. [citado 4 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3931.pdf>

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA
“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
Y SU RELACIÓN CON LA ANEMIA FERROPÉNICA DE SUS NIÑOS ENTRE 6 A 12 MESES DE
EDAD QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN CONFRATERNIDAD – LOS
OLIVOS, 2018”

Problema	Objetivos	Hipótesis	Operacionalización de variable			Metodología
Problema General: ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y la anemia ferropénica de sus niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018?	Objetivo general: Establecer la relación del nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres y la anemia ferropénica de sus niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud san Martín confraternidad – Los Olivos, 2018	Hipótesis general Hi: Existe relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y la anemia ferropénica de sus niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud san Martín confraternidad – Los Olivos, 2018.	Variables V1: Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria	Dimensiones Sociodemográfica Conceptos de alimentación complementaria Conocimientos sobre	Indicadores -Edad de la madre -Grado de instrucción -Número de hijo -edad de su hijo -Definición -Tolerancia de volumen de alimentos -Frecuencia de consumo de alimentos -Incorporación de alimentos	Tipo de investigación La presente investigación es cuantitativa, descriptiva, correlacionar y de corte transversal. Diseño de la investigación El diseño de la presente investigación es no experimental.

<p>Problemas</p> <p>Específicos:</p> <p>a) ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria según la tolerancia del volumen de alimento de las madres con niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018?</p> <p>b) ¿Cuál es nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria según frecuencia de consumo de alimento de las madres con</p>	<p>Objetivos específicos:</p> <p>a) Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria según la tolerancia del volumen de alimento de las madres con niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018.</p> <p>b) Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria según frecuencia de consumo de alimento de las madres con niños entre 6 a 12 meses de edad</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p>a) Existe relación entre el nivel de conocimiento las madres sobre alimentación complementaria y la anemia ferropénica leve de sus niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad - Los Olivos, 2018.</p> <p>b) Existe relación entre el nivel de conocimiento las madres sobre alimentación complementaria y la anemia ferropénica moderada de sus niños entre 6 a 12</p>	<p>V2: Nivel de anemia ferropénica</p>	<p>administración de alimentos ricos en hierro.</p> <p>Datos bioquímicos</p>	<p>ricos en hierro</p> <p>-Tipos de alimentos ricos en hierro</p> <p>Nivel de hemoglobina en sangre</p>	<p>Donde:</p> <p>M: muestra conformada por niños de 6 a 12 meses de edad.</p> <p>V1: Variable: Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria</p> <p>V2: Variable: Nivel de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses de edad.</p> <p>r: Indica la Relación que existe entre las</p>
--	--	---	--	--	---	---

<p>niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018?</p> <p>c) ¿Cuál es nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria según preparación y consistencia de las madres con niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018?</p> <p>d) ¿Cuál es el nivel de anemia ferropenia de los</p>	<p>que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018.</p> <p>c) Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria según preparación y consistencia de las madres con niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018.</p> <p>d) Verificar el resultado de niveles de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses de edad</p>	<p>meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad - Los Olivos, 2018.</p> <p>c) Existe relación entre el nivel de conocimiento las madres sobre alimentación complementaria y la anemia ferropénica severa de sus niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad - Los Olivos, 2018.</p>				<p>dos variables</p> <p>Población: La población objeto de estudio estuvo conformada por 30 madres de niños entre 6 y 12 meses que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad para sus controles desde mayo hasta julio del 2018.</p> <p>Muestra: La muestra estuvo constituida por la totalidad de la población que son 30 madres de niños entre 6 y 12 meses con anemia ferropénica, que</p>
--	--	---	--	--	--	--

niños entre 6 a 12 meses de edad que acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad – Los Olivos, 2018?	que acuden al puesto de salud san Martín confraternidad – Los Olivos, 2018?					acuden al puesto de salud San Martín Confraternidad.
--	---	--	--	--	--	--

INSTRUMENTO
CUESTIONARIO PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

I. PRESENTACIÓN:

Somos egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Callao y estamos realizando un estudio sobre el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre la alimentación complementaria y la relación de la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 12 meses. Este cuestionario es totalmente confidencial y no le tomara más de 10 minutos de su tiempo en contestar.

INSTRUCCIONES: Señora el propósito de este cuestionario es poder saber cuánto conoce sobre la alimentación complementaria de su niño(a). Marque con una (X) o complete los puntos suspensivos según corresponda.

II. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

- Nombre de la madre:
- Edad:
- Grado de instrucción de la madre:
- Ocupación:
- Nombre del niño(a):
- Sexo: Masculino () Femenino ()
- N° de hijo (a):
- Edad :
- Cuantos hijos tiene:

DIMENSIÓN 1: CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

1.5 ¿Qué significa para usted lactancia materna?

- a) Que el niño (a) debe alimentarse de leche materna
- b) Que el niño(a) debe alimentarse con leche maternizada
- c) N. A.

1.6 ¿a partir de los 6 meses su niño (a) debe seguir lactando?

- a) No, solo es necesario hasta los 6 meses
- b) Sí, por que es necesario en los primeros 2 años de vida
- c) N. A.

1.7 ¿Cuántas veces al día de da lactar a su niño (a)?

- a) Cada vez que llora
- b) Todas las veces que quiera

c) N. A.

DIMENSIÓN 2: CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

1.8 ¿Qué entiende usted sobre alimentación complementaria?

- a) Que el niño(a) debe alimentarse de otros alimentos a parte de leche materna.
- b) Que el niño (a) debe alimentarse solo con alimentos de la olla familiar.
- c) N. A.

1.9 ¿Para qué le da los alimentos a su niño(a)?

- a) Para que pueda crecer y desarrollarse bien.
- b) Para que no tenga hambre.
- c) N. A.

1.10 ¿A qué edad debería iniciar la alimentación complementaria su niño (a)?

- a) 5 meses
- b) 6 meses
- c) N. A.

1.11 ¿Con que alimentos se debe iniciar la alimentación complementaria?

- a) Empezar con sopas y luego darle un poco a poco el segundo.
- b) Empezar con papilas, luego comidas picadas y por ultimo alimentos de la olla familiar.
- c) N. A.

1.12 ¿Cuántas cucharas come su niño (a) mayor a 6 meses?

- a) 6 meses
- b) 7 – 9 meses.....
- c) 10 – 12 meses.....

1.13 ¿Qué alimentos debe consumir su niño (a) mayor de 6 meses?

- a) 6 meses
- b) 7 – 9 meses.....
- c) 10 – 12 meses

1.14 ¿Cuántas veces al día le da de comer a su niño (a) mayor de 6 meses?

- a) 6 meses
- b) 7 – 9 meses.....
- c) 10 – 12 meses

DIMENSIÓN 3: CONOCIMIENTOS SOBRE LA INCORPORACIÓN DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO

1.15 ¿Qué es la anemia?

- a) Es una enfermedad que da cuando el niño no come alimentos con hierro
- b) Es una enfermedad que da cuando el niño come mucha cantidad de hierro en los alimentos.
- c) N. A.

1.16 ¿Qué es el hierro?

- a) Es un componente que no se necesita en el cuerpo
- b) Es una enfermedad necesario para tener buena sangre
- c) N. A.

1.17 ¿Para qué es importante el hierro?

- a) Para evitar la anemia
- b) Para evitar el sarampión
- c) N. A.

1.18 ¿Qué alimentos son ricos en hierro?

- a) Papa, espinaca, lentejas, betarraga
- b) Hígado, sangrecita, carne roja
- c) N. A.

1.19 ¿Qué alimentos ayudan a usar el hierro en el cuerpo?

- a) Café, té, mate, chocolate
- b) Jugo de limón, naranja.
- c) N. A.

1.20 ¿Qué alimentos no ayudan a usar el hierro en el cuerpo?

- a) Jugo de limón, naranja.
- b) Café, té, mate, chocolate.
- c) N. A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, con
DNI _____ He recibido información de forma clara, precisa y suficiente en
relación con el estudio, he tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el
estudio y he recibido respuestas satisfactorias.

Entiendo que la participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio
cuando lo desee y sin que tenga que dar explicaciones.

Doy mi consentimiento para la entrevista necesaria en la investigación de la que
se me ha informado y para que los datos otorgados sean utilizados
exclusivamente en ella, sin posibilidad de compartir o ceder éstas, en todo o en
parte, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de esta
investigación o para cualquier otro fin.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo
los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este
consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de
participar en este estudio de investigación sobre, "NIVEL DE CONOCIMIENTO
DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU
RELACIÓN CON LA ANEMIA FERROPÉNICA DE SUS NIÑOS ENTRE 6 A 12
MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD SAN MARTÍN
CONFRATERNIDAD – LOS OLIVOS, 2018".

Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos

Firma

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La confiabilidad del instrumento de medición (cuestionario) se establece por medio del método del Índice de Consistencia Interna Alfa de Cronbach.

Formula de Alfa de Cronbach según SPSS.

Estadísticas de fiabilidad	
Alpha de Cronbach	N de Items
.771	16

CONFIABILIDAD

0

1

0%Muy baja Baja Regular Aceptable Elevada100%

FUENTE: Hernández S. 2006

El coeficiente de confiabilidad índice de consistencia interna alfa de cronbach = 0,77 (77%); indica una aceptable confiabilidad, pues debe supera el 60% (Hernández S., 2006).

TABULACIÓN DE LOS NIÑOS CON ANEMIA FERROPÉNICA

N	NIVEL DE ANEMIA	
1	6.9 g/dL	1
2	6.8 g/dL	1
3	9 g/dL	2
4	7.5 g/dL	2
5	7.9 g/dL	2
6	8 g/dL	2
7	9 g/dL	2
8	9.5 g/dL	2
9	8.7 g/dL	2
10	7.9 g/dL	2
11	9.3 g/dL	2
12	9.8 g/dL	2
13	7.9 g/dL	2
14	8.6 g/dL	2
15	9.8 g/dL	2
16	8.7 g/dL	2
17	9.5 g/dL	2
18	9.2 g/dL	2
19	8.9 g/dL	2
20	10.8 g/dL	3
21	10.5 g/dL	3
22	10.8 g/dL	3
23	10.6 g/dL	3
24	10.5 g/dL	3
25	10.7 g/dL	3
26	10.8 g/dL	3
27	10.5 g/dL	3
28	10.8 g/dL	3
29	10.7 g/dL	3
30	10.5 g/dL	3

CALCULO DEL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON

Symmetric Measures																			
	Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance															
Interval by Pearson's R	.779	.049	6.577	.000 ^c															
Ordinal by Spearman Correlation	.788	.059	6.780	.000 ^c															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">SEVERO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">MODERADO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">LEVE</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					1	SEVERO				2	MODERADO				3	LEVE			
1	SEVERO																		
2	MODERADO																		
3	LEVE																		
a. Not assuming the null hypothesis. b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis. c. Based on normal approximation.																			

Conclusión:

Dicha correlación es considerada como significativa ya que el coeficiente de Rho de Pearson, evidencia un Rho= 0.00