

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA **ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**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**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD PÚBLICA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR LAS BACHILLERES:
SUÁREZ CASTILLO, Yul Shárol
YARROW GALEAS, Katia Socorro**

**HUANCABELICA - PERÚ
2014**

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa; auditorio de la Facultad de Enfermería, a los 09 días del mes de enero del año 2014, a horas 11:30 horas, se reunieron; el Jurado Calificador, conformado de la siguiente manera:

Presidente: Dra. Tarcila Hermelinda Cruz Sánchez

Secretario: Dra. Olga Vicentina Pacovilca Alejo

Vocal: Mg. Guido Flores Marín

Designados con resolución N° 197-2013-COFA-ENF-VRAC-UNH.; de la TESIS 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 autor es el (los) graduado (s):

BACHILLER (S):

SUAREZ CASTILLO Yul Shárol

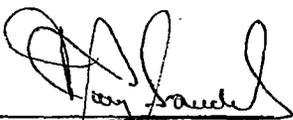
A fin de proceder con la evaluación y calificación de la sustentación de la tesis antes citado.

Finalizado la evaluación; se invito al público presente y al sustentante abandonar el recinto; y, luego de una amplia deliberación por parte del jurado, se llegó al siguiente el resultado:

APROBADO POR ... MAYORIA

DESAPROBADO

En conformidad a lo actuado firmamos al pie.



Presidente



Secretario



Vocal

109

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa; auditorio de la Facultad de Enfermería, a los 09 días del mes de enero del año 2014, a horas 11:30 horas, se reunieron; el Jurado Calificador, conformado de la siguiente manera:

Presidente: Dra. Tarcila Hemelinda Cruz Sánchez

Secretario: Dra. Olga Vicentina Pacovilca Alejo

Vocal: Mg. Guido Flores Marín

Designados con resolución N° 197-2013-COFA-ENF-VRAC-UNH.; de la TESIS 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 autor es el (los) graduado (s):

BACHILLER (S):

YARROW GALEAS Katia Socorro

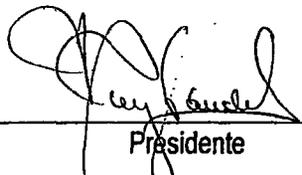
A fin de proceder con la evaluación y calificación de la sustentación de la tesis antes citado.

Finalizado la evaluación; se invito al público presente y al sustentante abandonar el recinto; y, luego de una amplia deliberación por parte del jurado, se llegó al siguiente el resultado:

APROBADO POR ... MAYORIA

DESAPROBADO

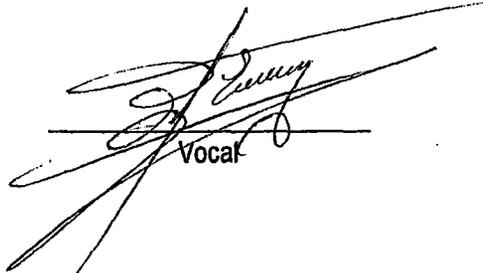
En conformidad a lo actuado firmamos al pie.



Presidente



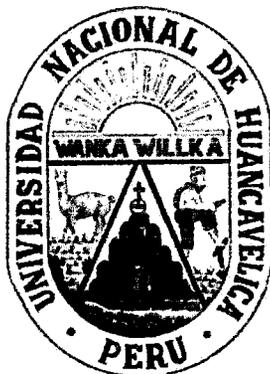
Secretario



Vocal

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(Creada por Ley N°. 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

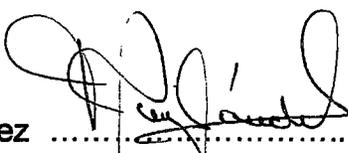
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

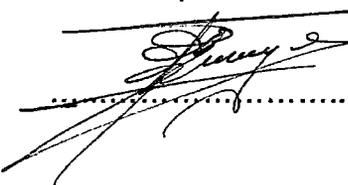
**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA Y SU RELACIÓN CON LA ANEMIA
FERROPÉNICA DE SUS NIÑOS DE 6 MESES A 2 AÑOS QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL - 2013**

PRESENTADO AL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA Y COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

APROBADO POR:

Presidente : Dra. Tarcila Hermelinda Cruz Sánchez 

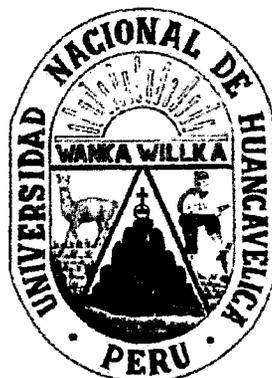
Secretario : Dra. Olga Vicentina Pacovilca Alejo 

Vocal : Mg. Guido Flores Marín 

**HUANCVELICA – PERÚ
2014**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(Creada por Ley N°. 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

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

PRESENTADO AL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE
ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA Y
COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA.

APROBADO POR:

ASESORA:

.....
Dra. Marisol Susana Tapia Camargo

**HUANCVELICA – PERÚ
2013**

DEDICATORIA

A mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento, gracias por darme la oportunidad de estudiar una carrera para mi futuro y por creer en mí.

Yul Shárol

Esta investigación la dedico a mi madre, quién con su apoyo incondicional, me impulsó a que sea posible culminar mi profesión.

Katia Socorro

AGRADECIMIENTO

- A Dios por darnos la oportunidad de estar en esta vida y en este mundo, por cada día de vida que tenemos.
- A nuestros padres por su apoyo incondicional y motivación para que día a día continuemos en el logro de nuestra meta: ser profesionales de Enfermería.
- A todas las personas que nos brindaron su apoyo en la elaboración de la presente tesis.

A todos ellos muchas gracias.

Las autoras.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pag.
PORTADA	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN	ii
PÁGINA DE JURADOS	iii
PÁGINA DE ASESORES	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
TABLA DE CONTENIDOS	vii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRAC	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.2.1. PREGUNTA GENERAL	5
1.2.2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS	5
1.3. OBJETIVOS:	6
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	6
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
1.4. JUSTIFICACIÓN	6
1.5. DELIMITACIONES	7
1.6. LIMITACIONES	7
CAPÍTULO II	9
MARCO DE REFERENCIAS	9
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	9

2.2. MARCO TEÓRICO	13
2.3. MARCO CONCEPTUAL	18
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	37
2.5. HIPÓTESIS	38
2.5.1. HIPÓTESIS GENERAL	38
2.5.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	38
2.6. VARIABLES	38
2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	39
2.8. ÁMBITO DE ESTUDIO	44
CAPÍTULO III	45
MARCO METODOLÓGICO	45
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	45
3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	45
3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	46
3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	46
3.5. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	46
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47
3.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47
3.8. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	48
CAPÍTULO IV	49
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	49
4.1. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS (Estadística Descriptiva)	49
4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS (Estadística Inferencial)	58
4.2.1. SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LA PRUEBA DE SPEARMAN BROW	58
4.2.2. NIVEL DE SIGNIFICANCIA (α) Y NIVEL DE CONFIANZA (γ)	58
4.2.3. FUNCIÓN O ESTADÍSTICA DE PRUEBA	59

4.2.4. REGIÓN CRÍTICA O DE RECHAZO DE LA HIPOTESIS NULA	59
4.2.5. VALOR CALCULADO	59
4.2.6. DECISIÓN ESTADÍSTICA	60
4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	60
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES	71
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	73
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA	75
ANEXOS	76
ANEXO N° 01: Matriz de consistência	A
ANEXO N° 02: Instrumentos de recolección de datos	B
ANEXO N° 03: Validez de los instrumentos de medición	C
ANEXO N° 04: Evaluación de la confiabilidad del instrumento	D
ANEXO N° 05: Categorización de la variable	E
ANEXO N° 06: Imágenes (Fotografías)	F
ANEXO N° 07: Artículo Científico	G

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01	Características de la población en estudio	50
Tabla N° 02	Nivel de conocimiento sobre lactancia materna	53
Tabla N° 03	Nivel de conocimiento sobre alimentación Complementaria que tienen las madres que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal	54
Tabla N° 04	Nivel de anemia ferropénica de los niños de 6 meses a 2 años de edad que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal	56
Tabla N° 05	Relación del nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria con la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años	57
Tabla N° 06	Obtención del valor calculado la prueba "rho"	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 01	Características de la población en estudio	51
Figura N° 02	Nivel de conocimiento sobre lactancia materna	53
Figura N° 03	Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que tienen las madres que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal	54
Figura N° 04	Nivel de anemia ferropénica de los niños de 6 meses a 2 años de edad que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal	56
Figura N° 05	Relación del nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria con la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años	57

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

- CRED:** Crecimiento y Desarrollo
- ENDES:** Encuesta Nacional Demográfica de Salud
- ESPGAN:** Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición
Pediátrica
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- UNICEF:** United Nations International Children`s Emergency Fund
(Fondo internacional de emergencia de las naciones unidas
para la infancia)

RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de 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, teniendo como hipótesis: “el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que tienen las madres se relaciona indirectamente con la presencia de anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años de edad.

Se aplicó el diseño no experimental – transeccional o transversal correlacional. 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 más importantes del proceso investigativo 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) de 6 meses a 2 años que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal no es significativa, ya que realizada la prueba de Spearman Brow entre las dos variables involucradas en la investigación, ésta resultó que se aproxima más al 0 con un valor de 0.092, 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%.

ABSTRACT

The research was carried out with the objective of determining in which extent the level of knowledge about complementary feeding of mothers who come to the health center of San Cristobal is related to their children's iron deficiency anemia from 6 months to 2 years old, considering as a hypothesis if the level of knowledge on complementary feeding that mothers have is related indirectly to the presence of their children's iron deficiency anemia from 6 months to 2 years old.

It was applied the non-experimental – crosswise correlational design. The results establish that children suffer from iron deficiency anemia moderated in a 68.89 % and in a slight level 31.11 % also their mothers have a low degree of knowledge in a 13.33 %.

The most important conclusions of the research process established that the relationship between mother's knowledge level on complementary feeding, and the level of their children's iron deficiency anemia from 6 months to 2 years old who come to the health center of San Cristobal is not significant, since the SpearmanBrow test is done between the two variables involved in the research, it is determined that it is closer to 0 with a value of 0,092 There is evidence of very low correlation or non-existent, also there is evidence that children with moderated iron deficiency anemia have mothers with an intermediate level of knowledge in a 37.78 % , high 17.78 % and low 13.37 %.

INTRODUCCIÓN

La anemia por deficiencia de hierro o anemia ferropénica es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo. A pesar de conocer tanto sobre su etiología y sobre cómo enfrentarla sigue siendo uno de los problemas nutricionales menos controlados, y como consecuencia, en la salud del niño en sus diferentes áreas: Inmunológico, intestinal, conductual, termogénesis, físico, metabolismo y a nivel del sistema nervioso sigue siendo dañino.

Según la OPS – OMS indica que la prevalencia de anemia en niños de 1 a 5 años es de 50- 60% en los países en desarrollo. En el continente americano, aproximadamente 94 millones de personas sufren de anemia ferropénica. En la mayor parte los estudios, indican que la población más afectada es la de los recién nacidos, de bajo peso, y menores de dos años.

La Dirección Regional de Salud Huancavelica (2013), informó que en el Centro de Salud de San Cristóbal, en el año 2012 se presentó 112 casos de anemia ferropénica en niños menores de 2 años de edad a diferencia del año 2013 hasta el mes de junio que se incrementó a 166 casos en niños menores de 2 años de edad. Así mismo al realizar la entrevista a un grupo de madres sobre qué conocimientos tienen de la alimentación del niño menor a 2 años se concluye que la mayoría de las madres tienen un bajo conocimiento al respecto.

En razón a ello surgió la motivación de realizar el presente estudio de investigación, cuyo objetivo general es determinar en qué medida el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que tienen las madres se relaciona con la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal - 2013.

La ejecución del presente trabajo de investigación servirá para reorientar la Estrategia Sanitaria Nacional de Crecimiento y Desarrollo (CRED), con el propósito de disminuir el número de casos de anemia Ferropénica, así mismo permitirá el cambio de actitudes y comportamientos de las madres frente a la alimentación de sus niños.

Este estudio es de tipo descriptivo, de nivel correlacional y de método comparativo; con un diseño no experimental – transeccional. Como técnica de recolección de datos se realizó la encuesta, cuyo instrumento es el cuestionario y el análisis documental teniendo como instrumento la revisión del registro de laboratorio. El presente trabajo consta de cuatro capítulos. En el primero, se expone el Planteamiento del problema; en el segundo, se desarrolla el marco de referencia; en el tercero, se expone el marco metodológico y en el último se presenta los resultados.

Las investigadoras

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La OMS (2010), refiere que la anemia infantil es un problema de gran magnitud mundial, y con mayor énfasis en nuestro país. Es ocasionada por una ingesta inadecuada de hierro o una menor disponibilidad de hierro en la dieta. Durante la etapa del crecimiento y desarrollo, el impacto de la disminución de hierro acarrea graves consecuencias a nivel de la inmunidad celular, intestinal, rendimiento físico, conducta, metabolismo de catecolaminas, termogénesis y a nivel del sistema nervioso central, donde los daños son permanentes. Se conoce que la deficiencia de hierro, aun sin presentar anemia, tiene consecuencias funcionales negativas en la salud del niño.

Según la Encuesta Nacional Demográfica de Salud- ENDES (2010), en el Perú, la proporción de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad es mayor en el área rural (56,6%) y presenta una diferencia de 10% con respecto al área urbana (46,6%). Por región natural, es la Sierra la que presenta mayor proporción de niñas y niños con anemia (60,1%), seguida de la región Selva (52,5%); en tanto, que la Costa presenta la menor proporción (40,4%). A nivel de departamentos, los mayores niveles de anemia en niñas y niños entre 6 a menos de 36 meses se presentan en Puno (78,1%), Huancavelica (71,5 %), Huánuco (66,5 %) y Ucayali (65,3%). Este dato coincide con el hecho de que estos departamentos son los que tienen mayores indicadores de pobreza.

La Dirección Regional de Salud Huancavelica (2013), confirma que en el Centro de Salud de San Cristóbal, en el año 2012 se presentó 112 casos de anemia ferropénica en niños menores de 2 años de edad a diferencia del año 2013 hasta el mes de junio que se incrementó a 166 casos en niños menores de 2 años de edad.

Durante la realización de prácticas curriculares de las asignaturas de especialidad de la carrera profesional de Enfermería en el Centro de Salud de San Cristóbal en el año 2010 se observó que todos los niños menores de tres años recibían suplementación con chispitas nutricionales y/o sulfato ferroso como política de la Estrategia Sanitaria Nacional de Crecimiento y Desarrollo con la finalidad de prevenir la anemia ferropénica. Al respecto, el personal responsable de dicha estrategia manifestó que no todas las madres cumplen con la administración de este suplemento a sus niños por tener poco conocimiento de lo importante que es la alimentación y la correspondiente suplementación.

Suárez y Yarrow (2012), al realizar un trabajo exploratorio realizando una entrevista a ocho madres que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal, concluyeron que el 63% de madres desconocen sobre alimentación del recién nacido, el 88% desconocen sobre la frecuencia que debe recibir lactancia materna exclusiva, el 75% sobre la duración de cada sesión de amamantamiento y un 70% desconocen sobre alimentación complementaria y los alimentos que contienen hierro; y por último el 100% de madres no sabe qué es la anemia y la importancia del hierro, y por ello se determina que la madres tienen poco conocimiento con respecto a la alimentación balanceada que debe recibir el niño menor de 2 años.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Pregunta general

¿En qué medida el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que tienen las madres se relaciona con la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años de edad que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal – 2013?

1.2.2. Preguntas específicas

- ¿Cuáles son las características de la población de estudio?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre lactancia materna?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria?
- ¿Cuál es el nivel de anemia ferropénica de los niños de 6 meses a 2 años de edad?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Determinar en qué medida el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que tienen las madres se relaciona con la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años de edad que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal - 2013.

1.3.2. Objetivos específicos

- Definir las características de la población en estudio.
- Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre lactancia materna.
- Evaluar el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria.
- Identificar el nivel de anemia ferropénica de los niños de 6 meses a 2 años de edad.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Se realizó el presente estudio porque en el Centro de Salud de San Cristóbal se ha incrementado notoriamente, en estos últimos años, los casos de anemia ferropénica en niños menores a 2 años. El año 2012 se presentó 112 casos de anemia ferropénica en niños menores a 2 años de edad; mientras que en el año 2013 hasta el mes de junio se presentaron 166 casos en niños menores a 2 años de edad.

Como estudiantes de Enfermería, asumimos esta tarea investigativa conscientes de que se necesitan muchos esfuerzos para mejorar el conocimiento y prácticas dietéticas nutritivas, especialmente entre las madres de familia. Comprendemos que trabajadores y estudiantes de salud tenemos la alta misión de combatir este problema de salud a través de la comunicación y

educación vigorosa de la comunidad. Por ello, las enfermeras en la operativización de sus actividades dentro de 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 al profesional de enfermería y a las autoridades del Centro de Salud, reorientar medidas y estrategias de intervención con el fin de disminuir la prevalencia e incidencia de la anemia ferropénica.

1.5. DELIMITACIONES

1.5.1. Delimitación espacial: Centro de Salud de San Cristóbal.

1.5.2. Delimitación temporal: Setiembre 2013 – Enero 2014.

1.5.3. Delimitación de la unidad de estudio: Madres de niños de 6 meses a 2 años de edad con anemia ferropénica.

1.6. LIMITACIONES

Las principales limitaciones que enmarcan esta investigación están relacionadas fundamentalmente con la parte bibliográfica, logística y la propia naturaleza investigativa descriptiva.

Desde el punto de vista bibliográfico, es evidente que, a pesar de la abundante publicación sobre el objeto de investigación, no siempre tenemos acceso a la bibliografía original y actualizada; primero, por razones económicas, por nuestra condición de estudiantes, dependientes del apoyo económicos de nuestros padres, y segundo, por la escases de libros y/o revistas originales y actualizadas en nuestro medio. Estos hechos limitan la posibilidad de contar con bibliografía actualizada y sobre estudios originales sobre el tema; teniendo acceso, únicamente a bibliografía en copia y estudios de algunos años atrás.

En el aspecto logístico, de igual modo, no sólo lo referente a la escasez de instrumentos y medios eficientes para la investigación de campo, ya sean filmadoras u otros medios; sino, lo relacionado con la disposición de tiempo de las madres que fueron parte de la muestra de investigación, así como los espacios e infraestructura que motive y facilite un mejor diálogo con ellas. Mayor tiempo y disposición de ellas habría mejorado las facilidades para el recojo de datos.

La tercera limitación se relaciona con el carácter de la propia investigación, que viene a ser descriptivo correlacional. Lo que significa que la investigación se reduce sólo al hecho de describir el nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria de sus hijos de 6 meses a 2 años de edad. Por otro lado, tiene como propósito conocer el nivel de anemia ferropénica de los niños, para establecer la correlación que existe entre estas dos variables. Implica que no se abarca la correlación causal o factorial, que serviría para conocer las explicaciones de las causas y factores que generan estos hechos, y aún más, se podría establecer las bases para una intervención experimental de la problemática de la nutrición de los niños y niñas adscritos al Centro de Salud de San Cristóbal de Huancavelica.

CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIAS

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:

2.1.1. A nivel local

- Ureta y Zuñiga (2000), en su investigación titulada “Relación del conocimiento y práctica de alimentación complementaria de las madres con el estado nutricional de sus hijos de 6 – 24 meses de edad en la Comunidad de Pueblo Libre – Distrito de Huancavelica, octubre 1999 – junio 2000”, el cual fue realizado en el Departamento de Huancavelica, Distrito de Huancavelica, Comunidad de Pueblo Libre; cuyo objetivo fue determinar la relación del conocimiento y práctica de alimentación complementaria de las madres con el estado nutricional de sus hijos de 6 – 24 meses. Fue una investigación de tipo descriptivo correlacional, el nivel es explicativo y el método utilizado es el método general inductivo deductivo. Se obtuvo

los siguientes resultados: El 75.53% de madres tienen un conocimiento y prácticas inadecuadas de alimentación complementaria y un 23.47% de madres tienen un conocimiento y prácticas adecuadas de alimentación complementaria; el 76.53% de niños de 6 – 24 meses de edad tienen un estado nutricional inadecuado, cuyas madres tienen conocimiento inadecuado de alimentación complementaria, 13.27% de madres con conocimiento y sus hijos con estado nutricional adecuados; el 6.12% de madres con conocimiento inadecuado y cuyos hijos tienen estado nutricional adecuado y un 4.08% de niños con estado nutricional inadecuado cuyas madres tienen conocimiento adecuado de alimentación complementaria.

2.1.2. A nivel nacional

- Márquez (2008), en su investigación “Nivel de conocimientos sobre la Anemia Ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas, 2007”, fue realizado en el Departamento de Lima, el objetivo fue determinar el nivel de conocimientos que sobre la anemia ferropénica tienen las madres de niños de 1-12 meses que acuden al Centro de Salud de Micaela Bastidas 2007. Fue una investigación tipo cuantitativo, en el nivel aplicativo y el método utilizado fue el descriptivo. Llegó a la conclusión que el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre la anemia ferropénica es de nivel medio (62.5%), lo cual nos indica que las madres no están muy preparadas ni debidamente informadas para prevenir la anemia, exponiendo a sus niños a esta enfermedad y a consecuencias funestas en su salud y desarrollo personal futuro; así mismo establece que el 75.25% de niños de 1 a 12 meses presenta anemia

ferropénica moderada, y el 20.1% presenta anemia ferropénica leve y un 4.7% presenta anemia ferropénica grave, y por último respecto a los datos generales tenemos que el 57.14% de madres se encuentran entre 16-25 años, el 35% tienen entre 26 y 35 años, el 9.83% se encuentran entre 36 a más años, así mismo el 41.96% tienen estudios secundarios completos, 19.64% incompletos, y 18.75% tienen estudios superiores; 77.68% tienen por ocupación su casa y 69.64% son madres con un solo hijo.

- Galindo (2012), en su investigación titulada "Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", 2011" fue realizado en el Departamento de Lima, cuyos objetivos fueron: Determinar los conocimientos que tienen las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el centro de salud "Nueva Esperanza" 2011 y determinar las prácticas que tienen las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el centro de salud "Nueva Esperanza" 2011. El trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple de corte transversal. Se obtuvo la siguiente conclusión: que la mayoría de las madres conocen sobre alimentación complementaria, los conocimientos que en mayor porcentaje tienen las madres son de la edad de inicio, generando riesgo de una alimentación complementaria a destiempo e inclusión de tipos de alimentos no acordes con la edad; mientras que los aspectos deficientes que tienen las madres sobre la alimentación en menor porcentaje son referidos a la definición y características de la alimentación complementaria y alimentos ricos en hierro. En cuanto a los datos generales los resultados

obtenidos fueron que el 50% tienen entre 25 y 35 años, 35% entre 20 y 24 años y 15% son menores de 19 años; el 85% tienen secundaria completa, 10% secundaria incompleta o están cursando la secundaria y 5% tiene nivel técnico superior; de acuerdo a la ocupación, 80% son amas de casa, el 12.5% son comerciantes y el 7.5% son estudiantes.

- Zavaleta (2013), en su investigación “Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio CRED, en el P.S. Cono Norte 1er trimestre 2012” realizado en el Departamento de Tacna, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad que asisten al consultorio de CRED, en el P.S. Cono Norte, 1er trimestre 2012. El trabajo de investigación es de tipo cuantitativo no experimental de corte transversal, diseño descriptivo correlacional. Se obtuvo los siguientes resultados: Evaluado el nivel de conocimientos de las madres que asisten al consultorio CRED del P.S. Cono Norte, el 76% de madres tiene un nivel de conocimientos bueno y solo un 24% un conocimiento regular. Lo que podemos concluir que se está cumpliendo con los programas que realiza el área de control de niño sano. Se presenta la información de la relación entre el nivel conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses, donde se observa que el 71% de los niños evaluados con estado nutricional normal, sus madres tienen un nivel de conocimiento bueno sobre alimentación complementaria y el 6,0% de los niños con sobrepeso, sus madres poseen un nivel de conocimientos regular sobre alimentación complementaria.

2.1.3. A nivel internacional

- Villagrán (2009), en su investigación titulada “Nutrición y alimentación en el desarrollo de los niños y niñas de 5 a 6 años de los centros infantiles fiscales de la parroquia de San Antonio de Pichincha” fue realizado en el País de Ecuador, Departamento de San Francisco de Quito, el objetivo fue determinar cómo se lleva a cabo la alimentación de los niños(as) comprendidos en la edad de 5 a 6 años, en los Centros Infantiles Fiscales de la Parroquia de San Antonio de Pichincha, del Cantón Quito, Provincia de Pichincha. El trabajo de investigación fue de tipo descriptivo, con método deductivo e inductivo. Las conclusiones derivadas del estudio son: Una alimentación saludable requiere, de una educación alimentaria que debe promoverse desde la niñez, en el núcleo familiar y en los centros educativos, ya que los hábitos adquiridos en esa etapa son fundamentales para una correcta alimentación y una prevención de las enfermedades vinculadas a los trastornos alimenticios. La educación sobre el tema de la alimentación debe orientar sus recursos hacia el aprendizaje, adecuación y aceptación de unos hábitos alimentarios saludables, persiguiendo el objetivo de promocionar la salud del niño(a), y debemos fomentar hábitos alimentarios saludables en nuestro hogar y en los centros infantiles, que son los contextos en los que interactúan niños(as). con padres de familia y maestras.

2.2. MARCO TEÓRICO

Ramona T. Mercer, en su “Teoría de adopción del rol maternal” propone la necesidad de que los profesionales de la Enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción del rol maternal. Mercer define que la

adopción del rol maternal y la interacción del niño con su madre son importantes en las primeras horas después del parto; y es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante el embarazo y proceso del parto, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiriendo competencia en la realización de sus cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación en el cumplimiento de dicho rol.

Una vez que se ha desarrollado el rol maternal por medio de la vinculación madre – hijo, se va acentuando, con el pasar del tiempo, un sentimiento de gratificación por parte de la madre; es finalmente “la satisfacción, el disfrute, el premio o el placer que la mujer experimenta al interaccionar con su hijo y al realizar las tareas habituales propias de la maternidad”. De acuerdo con Mercer el rol materno es algo que debe aprender la madre y va a depender de su entorno social, familiar, cultural; es por eso que todos estos factores afectaran de una manera u otra a la lactancia materna, exclusiva actividad principal del rol materno.

Kathryn E. Barnard, con su “Teoría de interacción para la evaluación de la salud infantil”, quien comenzó estudiando a niños y adultos con discapacidad mental y física, luego pasó a estudiar las actividades de niños sanos, y después amplió su trabajo de modo que incluyera métodos para evaluar el crecimiento y el desarrollo de los niños y de las relaciones maternoinfantiles. También se ocupó de dar a conocer su investigación y, en consecuencia desarrolló el Nursing Child Assessment Satellite Training Project. Aunque Barnard nunca pretendió desarrollar una teoría, el estudio de la evaluación longitudinal entre la enfermera y el niño sentó la base de su teoría de la interacción para la evaluación de la salud infantil.

Un interés central de la obra de Barnard fue la elaboración de instrumentos de valoración para determinar la salud, el crecimiento y desarrollo del niño, considerando al conjunto padres- hijo como un sistema interactivo. Barnard sostiene que este sistema está influido por las características individuales de cada miembro, que pueden modificarse de manera que satisfagan las necesidades del sistema. También define la modificación como una conducta adaptativa.

- Claridad de los mensajes del niño (características del niño): Para participar en una relación sincronizada, el niño debe enviar señales a la persona que lo cuida. El acierto y la claridad con que se manifiestan estos mensajes facilitarán o dificultará su interpretación por los padres e inducirá los cambios oportunos en su actitud. Los niños muestran signos de muchas clases: sueño, alegría, alerta, hambre y saciedad, así como los cambios en la actividad corporal. Cuando un niño se manifiesta con señales confusas o ambiguas puede deteriorarse la capacidad de adaptación de los cuidadores.
- Respuesta del niño al cuidador (características del niño): Al igual que el niño debe enviar señales a sus padres para reclamar cambios de actitud de ellos, también ha de aprender a leer los signos que estos le transmiten para adaptar a su vez su conducta. Obviamente, si el niño no responde a las claves que le envíen las personas que lo cuidan, no será posible la adaptación.
- Sensibilidad de los padres a las señales de los niños (características del padre): Los padres, igual que los niños, deben ser capaces de leer con precisión las señales que se comunican para modificar su actitud en el sentido oportuno. Pero además existen otras influencias que actúan sobre la sensibilidad de los padres. Cuando están preocupados por otros

aspectos de sus vidas, como los laborales o los económicos, los conflictos emocionales o las tensiones matrimoniales, es posible que no alcancen su grado normal de sensibilidad. Solo cuando se mitigan estas tensiones, los padres serán capaces de leer adecuadamente los signos que transmiten sus pequeños.

- Capacidad de los padres para aliviar el malestar del niño (características del padre): Algunas señales enviadas por el niño indican la necesidad de que los padres le ayuden. La eficacia que estos demuestran para aliviar las tensiones de sus hijos depende de varios factores. En primer lugar han de darse cuenta de la existencia de estas tensiones. Después han de conocer la acción adecuada que puede mitigarlas. Por último, deben estar en buena disposición para poner en práctica este conocimiento.
- Actividades de los padres que fomentan el crecimiento social y emocional (características del padre): La capacidad para emprender actividades que fomenten el crecimiento social y emocional depende de la adaptación global de los padres. Estos han de ser capaces de mostrar afecto al niño, de comprometerse en interacciones sociales como las que se asocian a la alimentación.

Carlos A. Féminis, "Teoría de la disociación cognitiva", uno de los manuscritos más influyentes que se hayan escrito jamás acerca del comportamiento humano. Se basa en que todos tenemos una serie de creencias, ideas y pensamientos a los que en psicología designan cogniciones. Son todo lo que una persona sabe acerca de sí misma, de su conducta y de sus circunstancias. En su mayoría esas cogniciones no están relacionadas las unas con las otras. Sin embargo, cuando nuestros pensamientos o acciones están relacionados entre sí, sentimos una imperante necesidad de que sean razonablemente coherentes. Las contradicciones

aparecen en un estado de disonancia que la mente no puede tolerar. La cognición o comportamiento que provoca el conflicto debe alterarse para que el cerebro vuelva a recuperar su estado de equilibrio. Como es más fácil cambiar los pensamientos que los comportamientos, muy probablemente terminemos cambiando de idea. Básicamente, la disonancia se refiere a la tensión o incomodidad que percibimos en nosotros cuando mantenemos dos ideas contradictorias o incompatibles entre sí o cuando nuestras creencias no están en armonía con lo que hacemos (o hemos hecho). Esta «tensión» se puede experimentar como culpa, enfado, frustración o vergüenza.

La teoría plantea que al producirse esa incongruencia o disonancia, la persona se esfuerza en generar ideas y creencias nuevas para reducir la tensión hasta conseguir que el conjunto de sus ideas y actitudes encajen entre sí. Es decir, cuando percibimos que tenemos dos ideas incompatibles, tenemos que generar nuevas ideas (o modificar las antiguas) para que nuestro sistema de creencias sea coherente. En una frase: no soportamos percibirnos internamente como incoherentes. Pero esto es mucho más interesante cuando nos centramos en los casos donde hemos actuado de una manera contraria a nuestras creencias.

Como puede verse, la disonancia cognitiva explica muy bien nuestra tendencia a la auto justificación. La ansiedad que conlleva la posibilidad de que hayamos tomado una decisión equivocada (o hemos hecho algo incorrecto), nos lleva a inventarnos nuevas razones o justificaciones para apoyar nuestra decisión o acto. Es decir, algo que rompe nuestros esquemas de ideas, y entonces es más sencillo para nuestra mente inventar explicaciones alternativas que minimicen el impacto de ese algo, que afrontar la verdad.

Gracias a este tipo de razonamiento la gente puede hacer que su comportamiento sea coherente con sus creencias, reduciendo así la disonancia cognitiva. Entonces, la pregunta final sería: ¿es malo intentar reducirla disonancia? para nada. Es un mecanismo que usamos las personas para nuestro bienestar. Lo único que es importante es ser conscientes de cuándo lo utilizamos para no caer en el autoengaño. Es decir, que lo que nos contamos a veces no es tan verdad ni estamos tan de acuerdo, pero lo usamos en un momento dado para sentirnos mejor.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. Conocimiento

2.3.1.1. Definición

El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originando cambios en el proceso de pensamiento, acciones o actividades humanas. Estos cambios son observables en la conducta del individuo y se traducen en actitudes frente a problemas de la vida diaria. (Cochachi, Yturregui, 2007).

2.3.1.2. Características del conocimiento

En cuanto a las características del conocimiento, Cochachi, et al. (2007), establece que:

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

2.3.1.3. Niveles del conocimiento

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

- **Nivel de conocimiento alto:** Es un conocimiento de pensamiento lógico que adquiere su mayor expresión y autonomía de la realidad inmediata. El nivel más elevado de conocimiento vendría representado por la actividad del entendimiento.
- **Nivel de conocimiento medio:** Es un tipo de conocimiento conceptual apoyado por el material empírico a fin de elaborar ideas y conceptos y ver las interrelaciones sobre los procesos y objetos que se estudian.
- **Nivel de conocimiento bajo:** Es un tipo de conocimiento espontáneo que se obtiene por medio de la práctica que el hombre realiza diariamente. Es un conocimiento sensible que deriva directamente de la sensación y es un tipo de conocimiento inmediato y fugaz desapareciendo con la sensación que lo ha generado.

2.3.2. Alimentación Complementaria

2.3.2.1. Definición

La OMS (2010) refiere que la alimentación complementaria es aquella que complementa, como una unidad, la lactancia materna sin desplazarla; como cualquier alimento líquido o sólido provisto al niño pequeño junto con la lactancia materna a partir de los seis meses. El niño, además de continuar con la lactancia materna necesita iniciar con la alimentación complementaria. Cuando el niño empieza a comer otros alimentos diferentes a la leche materna es necesario tener mucha paciencia, no forzarlo, ni causarle fobias; la práctica debe ser tranquila y lleno de cariño y afecto.

A. Continuación de lactancia materna

En este periodo se revaloriza la lactancia materna como un alimento óptimo para los 2 primeros años de vida y establece la necesidad de agregar la alimentación complementaria sin anular la lactancia materna.

a) Frecuencia de lactancia

- Para niños de 6 – 8 meses de edad darle de lactar todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos ocho veces durante el día y la noche.
- Para niños de 9 – 11 meses de edad continuar con la lactancia materna todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos seis veces durante el día y la noche.
- Para niños de 1 – 2 años de edad continuar dando de lactar las veces que la niña y niño quiera, después de las comidas.

B. Alimentación complementaria

Se entiende por alimentación complementaria, la oferta de alimentos sólidos o semisólidos a los lactantes para complementar la leche materna. Llegado el momento de maduración adecuado, todos los niños se interesan por los alimentos sólidos. También habrá desaparecido el reflejo de extrusión, que hace que expulse los alimentos de la boca mediante movimientos de la lengua.

a) Objetivos de la alimentación complementaria

La alimentación complementaria persigue varios objetivos, entre ellos:

- Contribuir con el desarrollo del aparato digestivo.
- Suplementar nutrientes insuficientes.

- Enseñar a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes.
- Colaborar con la conformación de hábitos de alimentación saludable.
- Estimular el desarrollo psicosocial.

b) Características

La alimentación complementaria debe reunir ciertas características; la alimentación debe ser:

- Completa: debe incluir alimentos de todos los grupos (variedad).
- Equilibrada: debe proveer los nutrientes en proporciones y relación adecuadas (representados por sus alimentos-fuente).
- Suficiente: debe cubrir los requerimientos, tanto de calorías como de nutrientes.
- Adecuada: debe adaptarse a la etapa del desarrollo en que se encuentra el ser humano, haciendo especial énfasis en caracteres organolépticos, tales como olor, sabor, consistencia, textura, así como al grado de desarrollo de los diferentes sistemas.

c) Cuando iniciar

El inicio de los alimentos sólidos implica un período de transición o destete entre la alimentación líquida (leche materna o fórmula infantil) y la alimentación característica del resto de la vida (principalmente sólida).

La OMS recomienda un destete progresivo a partir de los 6 meses, con la introducción de nuevos alimentos y mantener la lactancia hasta los dos años, esto beneficia

a la mayoría de los lactantes. Si el destete es precoz existen riesgos para la madre y el lactante. En el niño la introducción precoz de sólidos se relaciona con obesidad infantil.

De manera particular, hay que tener en cuenta la maduración física y de los diferentes sistemas para considerar si el bebé está en capacidad de iniciar con alimentos distintos a la leche. Para ello, deben valorarse los siguientes aspectos y observar la aparición de "señales":

- Sistema neuromuscular: el niño está listo para empezar a tomar otros alimentos cuando es capaz de mantenerse sentado con poco apoyo y se inclina hacia adelante al observar el alimento, mostrando interés, abre la boca fácilmente al rozar sus labios con una cuchara, no empuja con la lengua hacia afuera y puede desplazar el alimento hacia atrás y tragarlo. Además, para iniciar con alimentos sólidos, es necesario que existan movimientos rítmicos de masticación, que se despliegan hacia los 6 - 8 meses de edad. Este es un punto fundamental, no solo en términos de "alimentación", de promoción de la masticación y de la deglución, sino también para aspectos relacionados con la fonación y el lenguaje. Cuando se supera esta "ventana o etapa crítica", aumenta la probabilidad de desarrollar dificultades para lograr que el niño adquiera estas habilidades.
- Sistema gastrointestinal: alrededor de los 4-6 meses de edad, el intestino adquiere un desarrollo suficiente para oficiar como "barrera" y en buena proporción

evitar la entrada de alérgenos alimentarios. A su vez, cantidad y calidad de enzimas resultan suficientes; este aspecto, sumados al anterior, facilita la digestión y la absorción, protegiendo de intolerancias alimentarias (manifestadas, por ejemplo, con vómitos y diarreas).

- Sistema renal: cercano a los seis meses de edad, el riñón del lactante adquiere mayor idoneidad funcional, en términos de filtración y madurez, suficiente para manejar una carga de solutos más elevada, alcanzando cerca del 75-80% de la función del adulto hacia los 12 meses.

d) Etapas de la alimentación complementaria

- Inicial: donde los nuevos alimentos deben comportarse como complemento del régimen lácteo, ya que el mayor aporte de energía y nutrientes proviene de la leche.
- Intermedia: o llamada también de mantenimiento; donde los alimentos progresivamente se convierten en suplementos de la alimentación láctea, pasando la leche de ser complementos de nuevos alimentos.
- Final: que consiste en el empalme con la alimentación habitual del hogar o la familia.

e) Consistencia de las comidas

- Niños de 6 – 8 meses: iniciar la introducción de alimentos diferentes a la leche materna, con comidas espesas como papillas, purés, mazamorras, utilizando alimentos de la olla familiar y de la zona.

- Niños de 9 – 11 meses: continúe dándole comidas espesas, pero ahora incluir preparaciones sólidas (picado o pequeños trocitos) y variadas utilizando alimentos de la olla familiar.
- Niños de 1 – 2 años: dar comidas sólidas y variadas incorporándose a la alimentación familiar.

f) Cantidad de alimentos

- Niños de 6 – 8 meses: servir la mitad de un plato mediano de comida espesa cada vez que se le ofrezca de comer, debe iniciar con dos o tres cucharadas hasta llegar a cinco.
- Niños de 9 – 11 meses: servir casi completo el plato mediano (3/4) de comida picada cada vez que se le ofrezca de comer, cinco a siete cucharadas.
- Niños de 1 – 2 años: servir un plato mediano de comida, siete a diez cucharadas.

g) Calidad de alimentos

- Niños de 6 – 8 meses: hígado, sangrecita, carnes, menestras, verduras y frutas.
- Niños de 9 – 11 meses: agregar pescado, clara de huevo y cítricos.
- Niños de 1 – 2 años: agregar derivados de la leche, yema de huevo, miel.

a) Frecuencia mínima de comidas

- Niños de 6 – 8 meses: a los seis meses, dar dos comidas al día más leche materna. A los siete u ocho meses, dar tres comidas al día más leche materna.

- Niños de 9 – 11 meses: dar tres comidas al día más un refrigerio; ó sea, 4 veces.
- Niños de 1 – 2 años: dar tres comidas al día más dos refrigerios.

B. Incorporación de alimentos ricos en hierro

a) Hierro

Los niños nacen con reservas de hierro suficientes para cubrir sus demandas nutricionales entre los 4 a 6 meses. Por otro lado, la leche materna, aunque tiene pocas cantidades de hierro su absorción es muy eficiente comparada con otras leches. El inicio de la alimentación complementaria es de suma importancia porque las reservas de hierro están agotándose y el crecimiento del niño continúa.

b) Importancia del hierro

El hierro es un componente fundamental en muchas proteínas y enzimas que nos mantienen en un buen estado de salud. Alrededor de dos tercios de hierro de nuestro organismo se encuentra en la hemoglobina, proteína de la sangre, que lleva el oxígeno a los tejidos y le da la coloración característica. El resto se encuentra en pequeñas cantidades en la mioglobina, proteína que suministra oxígeno al músculo, y en enzimas que participan de reacciones bioquímicas (oxidación intracelular).

El cuerpo necesita hierro para fabricar hemoglobina. Si no hay suficiente hierro disponible, la producción de hemoglobina es limitada, lo cual afecta la producción de

células rojas de la sangre y el transporte de oxígeno por el cuerpo.

c) Alimentos que contienen hierro

El hierro se puede encontrar de 2 formas:

- El **hémico o hierro más** es de origen animal. Contienen hierro para la asimilación inmediata y se absorbe en un 20 a 30%. Lo encontramos en: vísceras (en especial el hígado de res y de pollo), carnes (res, cordero, pollo, pescado, cerdo), sangrecita y la yema de huevo.
- El **no hémico o hierro menos** es de origen vegetal, es absorbido entre un 3% y un 8%. Lo encontramos en: verduras de hoja verde (acelga, espinaca), legumbres (frijoles, garbanzos, soya, lentejas), cereales (trigo, avena), tubérculos (papa, camote), frutas (sandía, durazno, fresa, higos y pasas).

d) Alimentos que favorecen su absorción:

- Alimentos con fuente de vitamina C: mejora la absorción del hierro no hem ya que convierte el hierro férrico de la dieta en hierro ferroso, el cual es más soluble y puede atravesar la mucosa intestinal. Por ejemplo: rosear los alimentos con jugo de limón, y consumir naranja, brócoli, melón, fresa, toronja y tomate.
- Alimentos con fuente de vitamina A: mantiene el hierro soluble y disponible para que pueda ser absorbido ya que compite con otras sustancias, polifenoles y fitatos, que unen hierro y lo hacen poco absorbible. La combinación de vitamina A con hierro

se usa para mejorar la anemia ferropénica. Por ejemplo: zanahoria, espinaca, melón, huevo, hígado.

- Proteínas de la carne: además de proveer de hierro hem (altamente absorbible), favorecen la absorción de hierro no hem promoviendo la solubilidad del hierro ferroso. Por eso acompañar los alimentos que contienen hierro no hem con pequeñas porciones de aquellos alimentos que poseen hierro hem., por ejemplo, con carne de res, hígado, sangrecita es muy nutritivo.
- Otros ácidos como el ácido cítrico, málico (calabazas ciruelas y manzanas) y ácido láctico.

e) Alimentos que reducen su absorción

Para que el organismo aproveche mejor el hierro, evitar:

- Ácido fítico (fitatos): se encuentra en arroz, legumbres y granos enteros.
- Taninos: se encuentran en algunas frutas, vegetales, café, té (negro, verde) vinos, chocolate, frutos secos y especias (orégano). Pueden inhibir la absorción ya que se combinan con el hierro formando un compuesto insoluble.
- Proteínas vegetales: las proteínas de la soya tiene un efecto inhibitorio en la absorción del hierro no hémico que no depende del contenido de fitatos.
- Calcio: cuando el calcio se consume junto al hierro en una comida, el calcio disminuye la absorción de hierro hémico como el no hémico. El calcio tiene un efecto inhibitorio que depende de sus dosis.

C. Interacción en la alimentación complementaria

Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no solo de qué alimentos se le ofrece al niño en sus comidas (qué dar de comer), sino también es importante la manera de cómo, cuándo, dónde y quién da de comer a un niño.

La interrelación entre el niño(a) y la madre o cuidadora durante la alimentación puede ser crítica e influenciar sobre el consumo de nutrientes.

a) Se describe los siguientes estilos:

- Un “estilo controlador”, donde la madre o cuidadora decide cuándo y cómo come el niño; puede llegar a que los niños no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño en riesgo de sobrepeso.
- Un estilo “dejar hacer” o “liberal”, donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños menores de un año, salvo que el niño esté enfermo o que no coma.
- Un estilo “interactivo” incluye comportamientos que permiten una óptima inter-relación madre o cuidadora-niño, y puede garantizar mejores prácticas y hábitos de alimentación infantil.

b) Se aplican los principios de cuidado psico-social:

- Hablar con los niños durante las comidas, con contacto ojo a ojo, reconociendo que los momentos de comer son espacios de aprendizaje y amor.
- Alimentarlos despacio y con paciencia y animar a los niños a comer pero sin forzarlos.
- Dar de comer directamente a los niños pequeños y ayudar físicamente a los niños mayores cuando se alimentan solos, estando atentos y respondiendo sus señales de apetito y saciedad.
- Cuando los niños no quieren comer, experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer.

2.3.3. Anemia ferropénica**2.3.3.1. Definición**

La OMS (2010), refiere que la anemia ferropénica es la disminución de los niveles de hemoglobina y del número de glóbulos rojos por debajo de los niveles considerados como normales para una persona. Es la enfermedad por deficiencia nutricional más común en niños entre 6 meses y 3 años de edad. La anemia por deficiencia de hierro suele ocurrir cuando el consumo de hierro en la dieta es insuficiente para la síntesis de hemoglobina. Debido a que el cuerpo almacena de una cuarta a una tercera parte de su hierro, no es sino hasta que esas reservas se agoten que la anemia por deficiencia de hierro comienza a desarrollarse. (Connell y Bare, 2005).

2.3.3.2. Población vulnerable

La OMS (2010), manifiesta que los grupos poblacionales que presentan mayor riesgo de sufrir anemia ferropénica (carencia

de hierro) son los niños entre 6 y 24 meses de edad y las mujeres embarazadas. La causa que tienen en común es el aumento del requerimiento de hierro relacionado a la mayor velocidad de crecimiento.

2.3.3.3. Metabolismo del hierro

La OMS (2010), refiere que el hierro es un mineral pese a que se encuentra en cantidades muy pequeñas, es importante para la hematopoyesis, forma parte de la hemoglobina y es fundamental en el transporte de oxígeno a las células. También forma parte de la mioglobina de los músculos y de diversas enzimas participando en diversas fases del metabolismo. El hierro actúa como cofactor de varias enzimas claves para la síntesis de neurotransmisores en el sistema nervioso central. Asimismo participa en reacciones de transferencia de energía dentro de la célula, y síntesis del ácido desoxirribonucleico. La absorción del hierro se da en las primeras porciones del intestino, en particular a nivel del duodeno, estas representan las dos formas principales de hierro, denominadas hierro no hem y hierro hem. El hierro hem se absorbe directamente y sólo está influido por la presencia de carnes y calcio. La absorción de este es regulada por el estado de hierro en el organismo. El hierro no hem se encuentra presente en los cereales, leguminosas y verduras, y su porcentaje de absorción es mucho menor que el hem y está regulado principalmente por los factores dietéticos y fisiológicos.

El huevo, la leche y el queso no permiten una absorción óptima del hierro no hem, el primero porque forma complejos fosfatados y los segundos porque existe un proceso competitivo entre el calcio y el hierro. La vitamina "A" y los B - carotenos son otros

estimuladores de la absorción con mecanismos parecidos al de la vitamina C.

2.3.3.4. Clasificación

La OMS (2010), clasifica a la anemia ferropénica en niños en: leve, moderada y grave:

- Anemia leve: hemoglobina mayor de 10 g/dl y un índice de hematocrito de 33 – 27%.
- Anemia moderada: hemoglobina entre 8-10 g/dl y un índice de hematocrito de 26 – 21%..
- Anemia grave: hemoglobina menor de 8 g/dly un índice de hematocrito menor a 20%.

2.3.3.5. Etiología

Kumar (2005), informa que para conservar el equilibrio de hierro normal, debe absorberse aproximadamente 1 mg de hierro en la dieta cada día. Puesto que sólo se absorbe el del 10 al 15% del hierro ingerido. La deficiencia de hierro se puede deber a:

- Bajo aporte en la dieta; la situación en los países subdesarrollados, donde los alimentos abundan menos y las dietas son predominantemente vegetarianas, con poco hierro inorgánico absorbible. A pesar de la biodisponibilidad de hierro, la dieta puede seguir siendo inadecuada dentro de sociedades privilegiadas en los grupos siguientes:

Los lactantes experimentan un alto riesgo de ferropenia, puesto que la dieta láctea contiene cantidades muy pequeñas de hierro. La leche humana, por ejemplo, solo proporciona alrededor de 0.3 mg/l de hierro.

Los niños, en especial durante los primeros años de vida, experimentan necesidades aumentadas de hierro para cubrir

las necesidades del crecimiento, el desarrollo y la expansión acompañante del volumen sanguíneo.

Las poblaciones pobres, de cualquier edad, pueden consumir dietas subóptimas por razones socioeconómicas.

- Trastorno de la absorción; en la absorción alterada se encuentra causas de esteatorrea intestinal y la diarrea crónica. La gastrectomía altera la absorción de hierro al disminuir el ácido clorhídrico y el tiempo de tránsito a través del duodeno.
- Aumento de las necesidades; es una causa potencial importante de ferropenia. Los lactantes y los niños en crecimiento, los adolescentes y las mujeres premenopáusicas (en particular las embarazadas).
- Pérdida de sangre crónica; si la hemorragia ocurre en tejido o cavidades del cuerpo, el hierro hemo puede ser por completo recuperado y reciclado. Sin embargo; la hemorragia externa, por ejemplo a través del tracto gastrointestinal (ulcera péptica, gastritis hemorrágica, carcinoma gástrico, carcinoma de colon, hemorroides o parasitosis), el tracto urinario o el tracto genital, agota las reservas de hierro.

La OMS (2010), señaló que las causas de anemia ferropénica infantil son: el aporte dietario inadecuado por una dieta con bajo contenido de hierro y/o de pobre biodisponibilidad (predominante en inhibidores de la absorción de hierro y con un bajo contenido de hierro hem); ingesta insuficiente de hierro durante el embarazo; aumento de requerimientos debido al crecimiento, sobre todo en el menor de dos años, niños prematuros y/o de bajo peso al nacer, ya que nacen con menor depósitos de hierro, estratos socio-económicos bajos, parasitosis intestinal

(uncinarias, amebas, giardias son parte de las causas que ocasionan perdidas de hierro).

2.3.3.6. Signos y síntomas

En cuanto a los signos y síntomas, Connell et al. (2005), informó que en la deficiencia de hierro de origen nutricional o anemia ferropénica es habitualmente de carácter leve, los síntomas son poco evidentes; existe palidez de piel y mucosas, disminución de la capacidad del trabajo físico y manifestaciones no hematológicas debidas al mal funcionamiento de enzimas dependientes del hierro, irritable, poco interesado en el medio e inapetente, en especial frente a los alimentos sólidos.

2.3.3.7. Diagnóstico

En cuanto al diagnóstico, Connell et al. (2005), establece que el método más efectivo para caracterizar la anemia por deficiencia de hierro es la aspiración de la medula ósea. El material aspirado se tiñe para detectar hierro, que se encuentra en niveles bajos o incluso está ausente. En muchos pacientes se establece el diagnóstico por otros medios, sobre todo en aquellos con antecedentes de condiciones que los predispone a este tipo de anemia.

Existe una fuerte correlación entre los valores de laboratorio que miden las reservas de hierro y los niveles de hemoglobina. Cuando las reservas de hierro se agotan (lo que se refleja en los niveles bajos de ferritina sérica), el nivel de hemoglobina baja. Las menores reservas de hierro hacen que los eritrocitos sean más pequeños. Por tanto, a medida que la anemia progresa el volumen corpuscular medio, que mide el tamaño de los eritrocitos también disminuye. Los niveles de hematocrito y

eritrocitos también son bajos en correlación al nivel de hemoglobina. Otras pruebas de laboratorio que miden las reservas de hierro también son útiles, pero no constituyen indicadores tan consistentes como los niveles bajos de ferritina, los cuales reflejan las reservas de hierro.

La OMS (2010), establece realizar primeramente una exhaustiva historia clínica, la cual nos permite conocer la existencia o no de antecedentes importantes como factores de riesgo de anemia, asimismo obtenemos información acerca de los hábitos alimenticios del niño y de la familia, realizar el examen físico que nos revelar los síntomas clínicos, así como las manifestaciones conductuales que pueda presentar el pequeño. Solicitar los exámenes de laboratorio hemoglobina y hematocrito, la medición de concentración de hemoglobina en sangre es el método más conveniente para identificar a la población anémica. Esta medición, sin embargo, tiene limitada especificación, ya que no distingue entre la anemia ferropénica y la anemia debido a infecciones crónicas.

Para niños menores de 5 años los niveles de hemoglobina y hematocrito por debajo de los cuales se considera que existe anemia, la hemoglobina es menor de 11gr/dl, hematocrito menos que 33%. Hematocrito es más simple de ejecutar por el personal de salud, pero su sensibilidad para detectar anemia es menor que con hemoglobina. Examen de heces, examen de orina, así como prueba más específicas como hierro sérico, ferritina sérica e índice de saturación de transferinas constituye otra opción.

2.3.3.8. Tratamiento

La OMS (2010), establece recomendaciones nutricionales para garantizar el aporte adecuado de hierro, vitaminas y oligoelementos. Administración oral de preparados de hierro (sulfato ferroso, gluconato de hierro). Una dosis de 3 mg / Kg de peso corporal de hierro elemental, fraccionando esta dosis en 2 o 3 tomas. No darse junto con leche, pues disminuye su absorción. La hemoglobina y el hematocrito deberán controlarse a los 15 y 30 días, de iniciado el tratamiento la respuesta se evalúa cuando hay un aumento de la hemoglobina de 1g/dl ó 3% de hematocrito por mes.

El tratamiento se prolongará tres meses después de la normalización de la hemoglobina, para reponer las reservas corporales. Los niños anémicos deben ser reevaluados mensualmente, por eso, motivar a la madre continuamente es importante. Los niños que a los 30 días no respondan favorablemente a la terapia oral con hierro deberán ser derivados a un especialista de referencia. Es importante aconsejar y orientar adecuadamente a la madre sobre los posibles efectos colaterales, los cuales son benignos y pasajeros, como: dolor de estómago, náuseas, estreñimiento o diarrea, sabor metálico en la boca, coloración oscura de las deposiciones y raramente vómito. Para prevenir estos efectos secundarios se recomienda que se tome las tabletas o las gotas con posterioridad a una de las comidas del día o fraccionar la dosis en dos tomas al día. Si persisten las molestias, disminuir la dosis a la mitad y luego aumentada a los 15 días. También el hierro se puede administrar por inyección intramuscular o endovenosa en casos de estar comprometida la vía oral. Se monitorea bien y se pasa al esquema de suplementación con

hierro. En los casos de anemia severa y sobre todo acompañada de problemas respiratorios se emplea la transfusión sanguínea, bien sea con sangre completa o con concentrado de glóbulos rojos.

2.3.3.9. Consecuencias de la anemia ferropénica en el niño

Kumar (2005), informa que los efectos son no sólo en la salud presente sino también en la futura; afecta principalmente a la inmunidad celular, función intestinal, crecimiento y rendimiento físico, conducta, rendimiento intelectual, metabolismo de las catecolaminas y termogénesis. La ribonucleotidilreductasa requiere hierro al igual que la hidrógeno - peroxidasa del fagocito.

Estudios invitro einvivo demuestran la disminución en la capacidad bactericida de los neutrofilos. A nivel del tracto gastrointestinal se reportan alteraciones de la mucosa oral y esofágica, anorexia, aclorhidria y mala absorción por disminución enzimática y enteropatía exudativa acompañada de sangrado microscópico.

El déficit de hierro reduce el aporte de oxígeno a los tejidos, entre ellos el músculo esquelético, observándose debilidad muscular, fisiológicamente la adaptación es el descenso de la afinidad por el oxígeno el aumento del rendimiento cardiaco, pero no podrá funcionar adecuadamente si se demanda mayor esfuerzo físico.

2.3.3.10. Prevención de la anemia ferropénica

La OMS (2010), establece la promoción de la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida, ablactancia adecuada la que debe empezar a partir de los 6 meses de edad, la leche

materna sola no es suficiente y es necesario complementarla con otros alimentos, siendo recomendable introducir alimentos semisólidos en la dieta del niño.

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Alimentación**

Es un conjunto de actos voluntarios y consientes que van dirigidos a la elección, preparación e ingestión de los alimentos, fenómenos muy relacionados con el medio socio cultural y económico y determinan, al menos en gran parte, los hábitos dietéticos y estilos de vida por lo tanto es educable.

- **Anemia ferropénica**

Es la disminución de los niveles de hemoglobina y del número de glóbulos rojos por debajo de los niveles considerados como normales para una persona.

- **Conocimiento**

El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto.

- **Hemoglobina**

Proteína presente en los glóbulos rojos, cuya misión fundamental es el transporte de oxígeno: lo capta a través de la sangre de los vasos capilares, en contacto con los alveolos del pulmón, y lo libera a través de los capilares tisulares.

- **Hierro**

El hierro es un mineral. La mayor parte del hierro en el organismo se encuentra en la hemoglobina de los glóbulos rojos y en la mioglobina de las células musculares. El hierro es necesario para el transporte del oxígeno y del dióxido de carbono. También tiene otras funciones importantes en el cuerpo.

- **Madre**
Persona con o sin lazos consanguíneos que se encarga del cuidado, alimentación y cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo del niño.
- **Niño**
Se entiende por niño o niña aquella persona que aún no ha alcanzado un grado de madurez suficiente para tener autonomía. Es la denominación utilizada para referirse a toda criatura humana que no ha alcanzado la pubertad.

2.5. HIPÓTESIS

2.5.1. Hipótesis general

El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que tienen las madres se relaciona indirectamente con la presencia de anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años de edad que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal - 2013.

2.5.2. Hipótesis específicas

- El nivel de conocimiento sobre lactancia materna es bajo.
- El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria es bajo.
- El nivel de anemia ferropénica de los niños de 6 meses a 2 años de edad es moderada.

2.6. VARIABLES

2.6.1. Variable N° 1

Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria.

2.6.2. Variable N° 2

Anemia ferropénica.

2.7. OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	INDICE
VARIABLE N° 1 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	Conocimientos que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje sobre la alimentación complementaria.	El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que tienen las madres se evaluará a través de un cuestionario el cual nos permitirá evaluar que tanto conocen las madres sobre la alimentación complementaria.	Lactancia materna	Continuación de la lactancia materna.	¿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. ¿A partir de los 6 meses su niño (a) debe seguir lactando? a) No, solo es necesario hasta los 6 meses. b) Si, por que es necesario en los primeros años de vida. c) N.A.	El nivel de conocimiento o será medido en niveles: Alto: Medio: Bajo:
				Frecuencia de lactancia. <ul style="list-style-type: none"> • Niños de 6 – 8 meses de edad: darle de lactar todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos ocho veces durante el día y la noche. • Niños de 9 – 11 meses de edad: continuar con la lactancia materna todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos seis veces durante el día y la noche. • Niños de 1 – 2 años de edad: continuar dando de lactar las veces que la niña y niño quiera, después de las comidas. 	¿Cuántas veces al día le da de lactar a su niño (a)? a) Cada vez que llora. b) Todas las veces que quiera, c) N.A.	

			Alimentación complementaria	<p>Significado</p> <p>¿Qué entiende usted sobre alimentación complementaria?</p> <p>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.</p> <p>¿Para qué le da los alimentos a su hijo(a)?</p> <p>a) Para que pueda crecer y desarrollarse bien. b) Para que no tenga hambre. c) N.A.</p>	
				<p>Inicio de la alimentación complementaria</p> <p>¿A qué edad debería iniciar la alimentación complementaria su niño (a)?</p> <p>a) 5 meses. b) 6 meses. c) N.A.</p>	
				<p>Consistencia de las comidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niños de 6 – 8 meses: iniciar la introducción de alimentos diferentes a la leche materna, con comidas espesas como papillas, purés, mazamoras, utilizando alimentos de la olla familiar y de la zona. • Niños de 9 – 11 meses: continúe dándole comidas espesas, pero ahora incluir preparaciones sólidas (picado o pequeños trocitos) y variadas utilizando alimentos de la olla familiar. • Niños de 1 – 2 años: dar comidas sólidas y variadas incorporándose a la alimentación familiar. <p>¿Con que alimentos se debe iniciar la alimentación complementaria?</p> <p>a) Empezar con sopas y luego darle poco a poco el segundo. b) Empezar con purés, papillas luego comidas picadas y por ultimo alimentos de la olla familiar. c) N.A.</p>	

				<p>Cantidad de alimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niños de 6 – 8 meses: servir la mitad de un plato mediano de comida espesa cada vez que se le ofrezca de comer, iniciará con dos o tres cucharadas hasta llegar a cinco. • Niños de 9 – 11 meses: servir casi completo el plato mediano (3/4) de comida picadita cada vez que se le ofrezca de comer, cinco a siete cucharadas. • Niños de 1 – 2 años: servir un plato mediano de comida, siete a diez cucharadas. 	<p>¿Cuántas cucharas come su niño (a) mayor a 6 meses?</p> <p>a) 6 – 8 meses:</p> <p>b) 9 – 11 meses:</p> <p>c) 1 – 2 años:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>EDAD</th> <th>N° CUCCHARAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 – 8 meses</td> <td>3 – 5 cucharas</td> </tr> <tr> <td>9 – 11 meses</td> <td>5 – 7 cucharas</td> </tr> <tr> <td>1 – 2 años</td> <td>7 – 10 cucharas</td> </tr> </tbody> </table>	EDAD	N° CUCCHARAS	6 – 8 meses	3 – 5 cucharas	9 – 11 meses	5 – 7 cucharas	1 – 2 años	7 – 10 cucharas
EDAD	N° CUCCHARAS												
6 – 8 meses	3 – 5 cucharas												
9 – 11 meses	5 – 7 cucharas												
1 – 2 años	7 – 10 cucharas												
				<p>Calidad de alimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niños de 6 – 8 meses: hígado, sangrecita, carnes, menestras, verduras y frutas • Niños de 9 – 11 meses: agregar pescado, clara de huevo. • Niños de 1 – 2 años: agregar Derivados de la leche, yema de huevo, miel. 	<p>¿Qué alimentos debe consumir su niño (a)?</p> <p>a) 6 – 8 meses:</p> <p>b) 9 – 11 meses:</p> <p>c) 1 – 2 años:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>EDAD</th> <th>ALIMENTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 – 8 meses</td> <td>hígado, sangrecita, carnes, menestras, verduras y frutas</td> </tr> <tr> <td>9 – 11 meses</td> <td>Pescado, clara de huevo.</td> </tr> <tr> <td>1 – 2 años</td> <td>Derivados de la leche, yema de huevo, miel.</td> </tr> </tbody> </table>	EDAD	ALIMENTOS	6 – 8 meses	hígado, sangrecita, carnes, menestras, verduras y frutas	9 – 11 meses	Pescado, clara de huevo.	1 – 2 años	Derivados de la leche, yema de huevo, miel.
EDAD	ALIMENTOS												
6 – 8 meses	hígado, sangrecita, carnes, menestras, verduras y frutas												
9 – 11 meses	Pescado, clara de huevo.												
1 – 2 años	Derivados de la leche, yema de huevo, miel.												

			<p>Frecuencia mínima de comidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niños de 6 – 8 meses: a los seis meses, dar dos comidas al día más leche materna. a los siete u ocho meses, dar tres comidas al día más leche materna. • Niños de 9 – 11 meses: dar tres comidas al día más un refrigerio. • Niños de 1 – 2 años: dar tres comidas al día más dos refrigerios. • 	<p>¿Cuántas veces al día le da de comer a su niño (a) mayor a 6 meses?</p> <p>a) 6 – 8 meses:</p> <p>b) 9 – 11 meses:</p> <p>c) 1 – 2 años:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>EDAD</th> <th>Nº DE COMIDAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 – 8 meses</td> <td>2 veces al día</td> </tr> <tr> <td>9 – 11 meses</td> <td>4 veces al día</td> </tr> <tr> <td>1 – 2 años</td> <td>5 veces al día</td> </tr> </tbody> </table>	EDAD	Nº DE COMIDAS	6 – 8 meses	2 veces al día	9 – 11 meses	4 veces al día	1 – 2 años	5 veces al día
EDAD	Nº DE COMIDAS											
6 – 8 meses	2 veces al día											
9 – 11 meses	4 veces al día											
1 – 2 años	5 veces al día											
		Incorporación de alimentos ricos en hierro	<p>Significado</p>	<p>¿Qué es la anemia?</p> <p>a) Es una enfermedad que da cuando el niño no come alimentos con hierro.</p> <p>b) Es una enfermedad que da cuando el niño come mucha cantidad de hierro en los alimentos.</p> <p>c) N.A.</p> <p>¿Qué es el hierro?</p> <p>a) Es un componente que no se necesita en el cuerpo.</p> <p>b) Es un mineral necesario para tener buena sangre.</p> <p>c) N.A.</p>								
			<p>Importancia del hierro</p>	<p>¿Para qué es importante el hierro?</p> <p>a) Para evitar la anemia.</p> <p>b) Para evitar el sarampión.</p> <p>c) N.A.</p>								

				Alimentos que contienen hierro	¿Qué alimentos son ricos en hierro? a) Papa, espinaca, lentejas, betarraga. b) Hígado, sangrecita, carne roja, c) N.A.
				Alimentos que favorecen la absorción del hierro	¿Qué alimentos ayudan a usar el hierro en el cuerpo? a) Jugo de limón, naranja. b) Café, té, mate, chocolate. c) N.A.
				Alimentos que reducen la absorción del hierro	¿Qué alimentos no ayudan a usar el hierro en el cuerpo? a) Jugo de limón, naranja. b) Café, té, mate, chocolate. c) N.A.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	INDICE
VARIABLE N° 2 ANEMIA FERROPENICA	La anemia ferropénica es la disminución de los niveles de hemoglobina y del número de glóbulos rojos por debajo de los niveles considerados como normales.	La anemia ferropénica se medirá a través de la revisión del registro de laboratorio donde se encuentra registrado el tamizaje de hemoglobina.	Nivel de hemoglobina	Hemoglobina mayor de 10 g/dl.	Nivel de hemoglobina	Anemia leve. Anemia moderada. Anemia grave.
				Hemoglobina entre 8-10 g/dl.	Nivel de hemoglobina	
				Hemoglobina menor de 8 g/dl.	Nivel de hemoglobina	

2.8. ÁMBITO DE ESTUDIO O DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DEL ESTUDIO

La presente investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud de San Cristóbal, en el servicio de la Enfermería en la Estrategia Sanitaria Nacional de Crecimiento y Desarrollo.

Está ubicado en el Barrio de San Cristóbal distrito y provincia de Huancavelica, en el Jr. Manco Inca s/n y la plazoleta Santa Cruz. Limita por el norte con la Plaza de San Cristóbal, por el sur con la Institución Educativa Especial, por el este con la Universidad Nacional de Huancavelica y por el oeste con la Unidad de Gestión Educativa Local. Se encuentra a 3.600 msnm., osilla en una temperatura de 9 – 11° C casi todo el año.

El Centro de Salud de San Cristóbal pertenece a la Micro Red de Santa Ana; es un establecimiento del primer nivel del MINSA que brinda atención integral de calidad con personal capacitado, fomentando el autocuidado en la población del Barrio de San Cristóbal y está dirigido por la Médico Cirujano Ángela M. Quispe Serpa; laboran como equipo de salud:

Medicina 4 médicos, enfermería 8, odontología 2, obstetricia 3, laboratorio 1, psicología 6, nutrición 1 y 13 técnicos de enfermería.

La infraestructura del Centro de Salud consta de una planta física de 1 nivel, brinda atención a través de sus Consultorios Externos, Enfermería, Obstetricia, Farmacia, Nutrición, Vigilancia Epidemiológica. Además cuenta con el área administrativa, Jefatura, y Estadística.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

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

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

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

3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

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

3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Diseño no experimental – transeccional o transversal correlacional, Carrasco (2006), refiere que el mencionado diseño busca determinar el grado de relación entre las variables involucradas.

Esquema:



Dónde:

M₁: Madres de niños de 6 meses a 2 años con anemia ferropénica.

M₂: Niños de 6 meses a 2 años con anemia ferropénica.

OA: Observación de la variable nivel de conocimiento sobre la alimentación complementara.

OB: Observación de la variable anemia ferropénica.

A : Variable nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria.

B : Variable anemia ferropénica.

r : Relación

3.5. POBLACIÓN, MUESTREO, MUESTRA

Población

La población estuvo conformada por las madres de niños de 6 meses a 2 años con anemia ferropénica que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal en el año 2013 que es igual a 166 niños y 166 madres.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 45 niños y 45 madres aplicando los criterios de inclusión.

Muestreo

Muestreo no probabilístico intencionado.

Criterios de inclusión:

- Madres de niños de 6 meses a 2 años con anemia ferropénica.
- Niños que reciben sus chispitas nutricionales en cada control CRED.
- Niños de 6 meses a 2 años con cuadros de anemia ferropénica.

Criterios de exclusión.

- Niños menores de 6 meses y mayores de 2 años.
- Niños de 6 meses a 2 años que no padecen cuadros de anemia ferropénica.
- Madres que son incumplidas en su control CRED de sus hijos.
- Niños con parasitosis.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para evaluar el nivel de conocimiento sobre la alimentación que presentan las madres: Se utilizó la técnica de la encuesta cuyo instrumento es el cuestionario.

Para medir la anemia ferropénica de sus niños menores de 5 años: La técnica utilizada fue el análisis documental y el instrumento fue el registro de análisis documental.

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se tomó en cuenta los siguientes pasos:

- Coordinación y determinación del ámbito de estudio: Centro de Salud de San Cristóbal – Huancavelica.

- Elaboración, validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos.
- Aplicar los instrumentos de recolección de datos previa coordinación con el responsable del Centro de Salud de San Cristóbal.
- Sistematización de datos para su interpretación e inferencia de resultados.

3.8. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS statistics v20, hoja de cálculo de Microsoft office Excel v2010.

Se usó la estadística descriptiva: media, moda, mediana, mínimo, máximo, desviación estándar, varianza, y tabla de frecuencias con sus respectivos gráficos y la estadística inferencial: se procedió con la prueba de hipótesis, haciendo uso de la prueba más adecuada de acuerdo a los datos a procesar y al cumplimiento de los requisitos de cada prueba estadística.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS (estadística descriptiva).

Se tuvo presente el procesamiento y análisis a través de las técnicas de la estadística descriptiva, tales como: cuadros de resumen simple, gráfico de barras. Asimismo, para obtener resultados más fiables, se procesó los datos con los paquetes estadísticos Excel 2010 Y SPSS 20 en español para Windows.

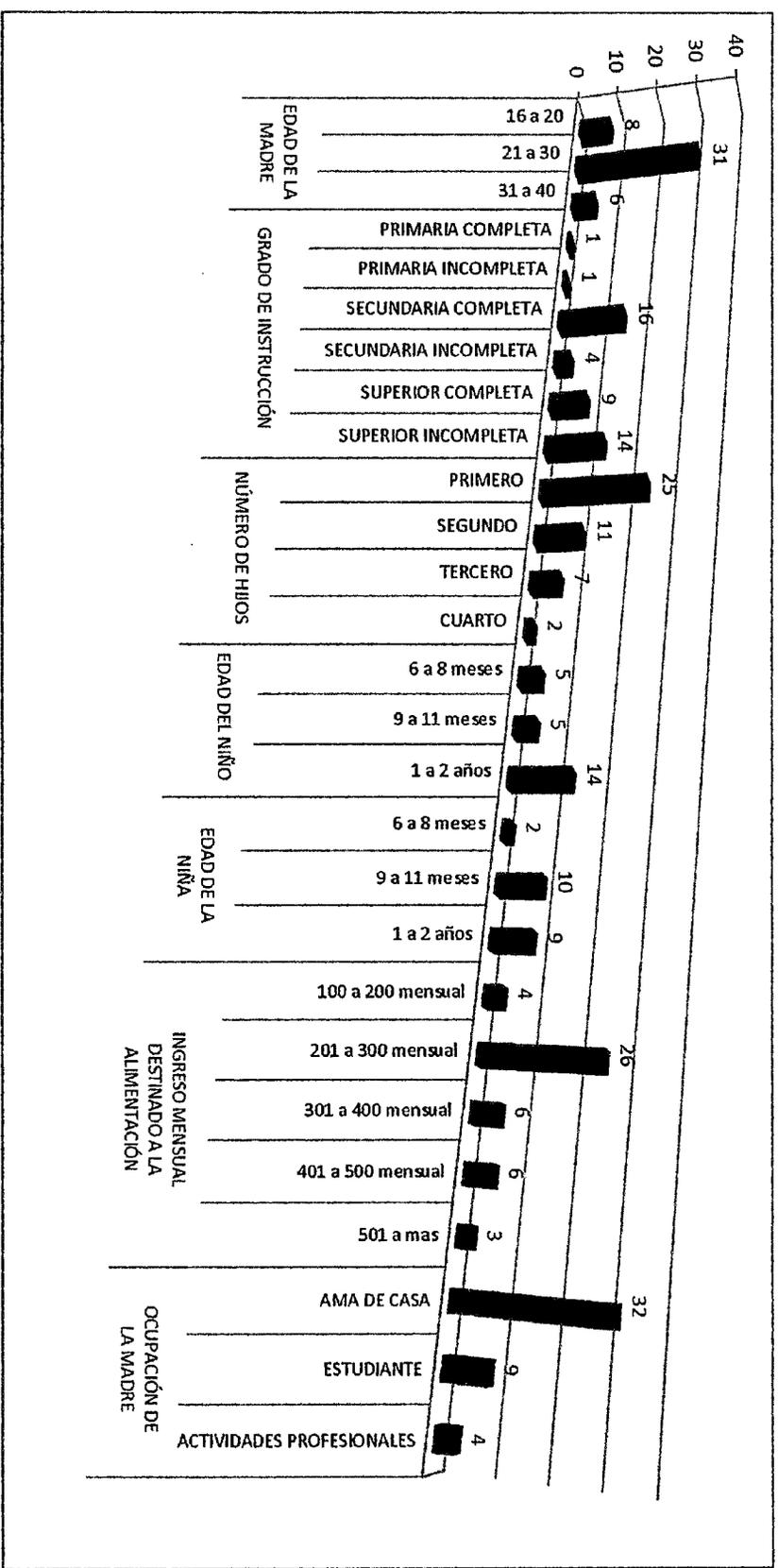
Para la contrastación de hipótesis se utilizó la estadística inferencial; a través de la técnica estadística no paramétrica de "rho" SpearmanBrow para la correlación de variables. .

TABLA N° 01
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO		f	%
EDAD DE LA MADRE	16 a 20	8	18
	21 a 30	31	69
	31 a 40	6	13
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA COMPLETA	1	2
	PRIMARIA INCOMPLETA	1	2
	SECUNDARIA COMPLETA	16	36
	SECUNDARIA INCOMPLETA	4	9
	SUPERIOR COMPLETA	9	20
	SUPERIOR INCOMPLETA	14	31
NÚMERO DE HIJOS	PRIMERO	25	56
	SEGUNDO	11	24
	TERCERO	7	16
	CUARTO	2	4
EDAD DEL NIÑO	6 a 8 meses	5	11
	9 a 11 meses	5	11
	1 a 2 años	14	31
EDAD DE LA NIÑA	6 a 8 meses	2	5
	9 a 11 meses	10	22
	1 a 2 años	9	20
INGRESO MENSUAL DESTINADO A LA ALIMENTACIÓN	100 a 200 mensual	4	9
	201 a 300 mensual	26	58
	301 a 400 mensual	6	13
	401 a 500 mensual	6	13
	501 a mas	3	7
OCUPACIÓN DE LA MADRE	AMA DE CASA	32	71
	ESTUDIANTE	9	20
	ACTIVIDADES PROFESIONALES	4	9

FUENTE: Cuestionario 2013.

FIGURA N° 01
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO



FUENTE: Tabla N° 01.

9h

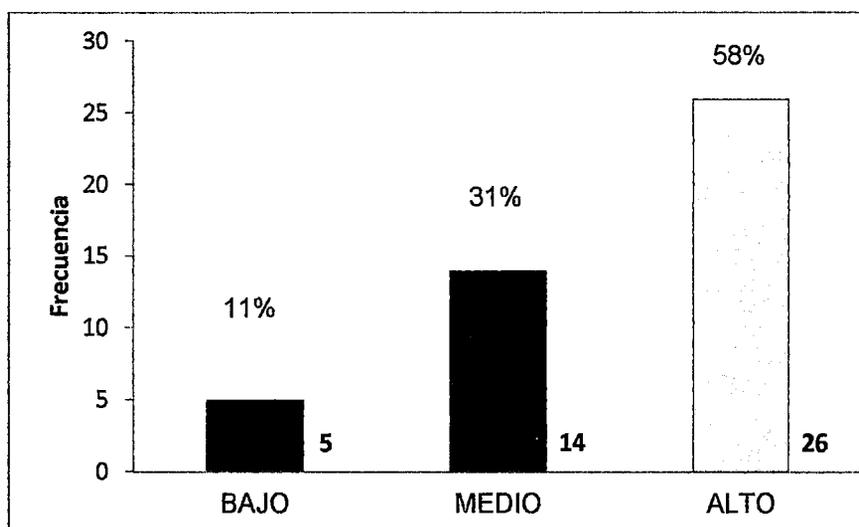
En la tabla N° 01 se evidencia que las madres tienen edades con mayor frecuencia entre 21 a 30 años con un 69% y el de menor frecuencia esta entre 31 a 40 años de edad con 13%; con respecto al grado de instrucción de la madre representa la mayor frecuencia el grado de instrucción de secundaria completa con el 36% y el de menor frecuencia es primaria completa e incompleta ambas con el 2%; en cuanto a la ocupación de la madre la ocupación de mayor frecuencia es la de amas de casa con el 71% y la de menor frecuencia es actividades profesionales con el 9%; referente al sexo y edad de los niños la mayor frecuencia esta la edad de 1 a 2 años de edad con el 51% y el sexo masculino con el 53% y la de menor frecuencia es el sexo femenino el 47% y la edad es de 6 a 8 meses con el 16%; sobre el ingreso económico destinado a la alimentación se encontró con mayor frecuencia el 201 a 300 nuevos soles mensuales con el 58% y el de menor frecuencia es de 500 a más nuevos soles con el 7%.

TABLA N° 02
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA	%
BAJO	5	11%
MEDIO	14	31%
ALTO	26	58%
TOTAL	45	100%

FUENTE: Cuestionario 2013.

FIGURA N° 02
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA



FUENTE: Tabla N° 02

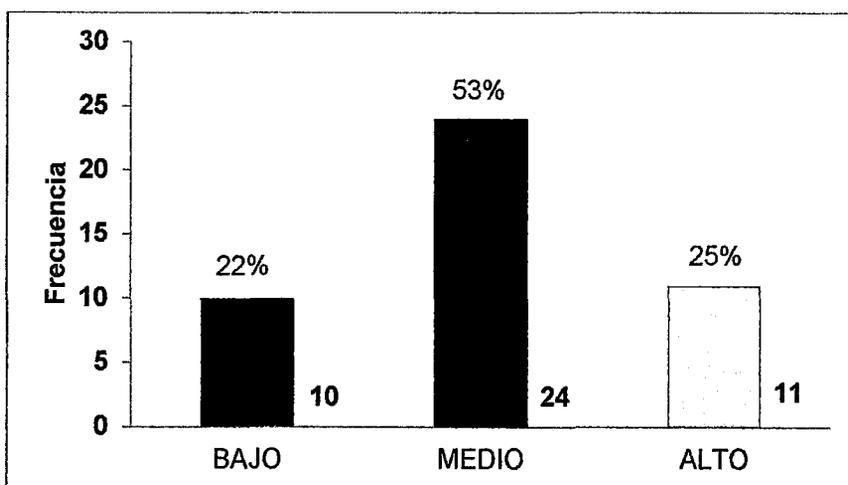
En la tabla N° 02 se evidencia que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna el de mayor frecuencia es de nivel alto, siendo el 58% seguida de madres con conocimiento sobre lactancia materna de nivel medio con el 31% y siendo la de menor frecuencia los de nivel bajo con un 11%.

TABLA N° 03
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA QUE TIENEN LAS MADRES QUE ACUDEN
AL CENTRO DE SALUD DE SANCRISTOBAL.

CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	FRECUENCIA	%
BAJO	10	22%
MEDIO	24	53%
ALTO	11	25%
TOTAL	45	100%

FUENTE: Cuestionario 2013.

FIGURA N° 03
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA QUE TIENEN LAS MADRES QUE ACUDEN
AL CENTRO DE SALUD DE SANCRISTOBAL.



FUENTE: Tabla N° 03.

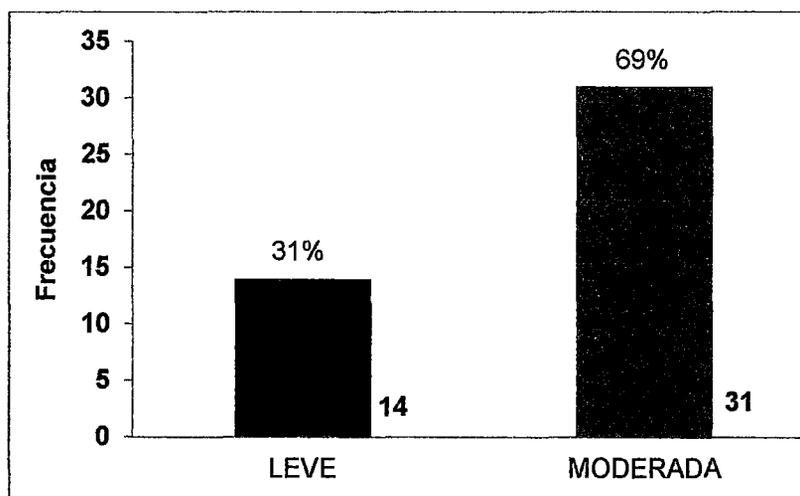
En la tabla N° 03 se evidencia que el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria el de mayor frecuencia es de nivel medio siendo el 53% seguida de madres con conocimiento sobre alimentación complementaria de nivel alto con el 25% y siendo la de menor frecuencia los de nivel bajo con un 22%.

TABLA N° 04
NIVEL DE ANEMIA FERROPÉNICA DE LOS NIÑOS DE 6 MESES
A 2 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE
SAN CRISTÓBAL.

NIVEL DE ANEMIA DE LOS NIÑOS	FRECUENCIA	%
LEVE	14	31%
MODERADA	31	69%
TOTAL	45	100%

FUENTE: Cuestionario 2013.

FIGURA N° 04
NIVEL DE ANEMIA DE LOS NIÑOS DE 6 MESES A 2 AÑOS DE
EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN
CRISTÓBAL.



FUENTE: Tabla N° 04.

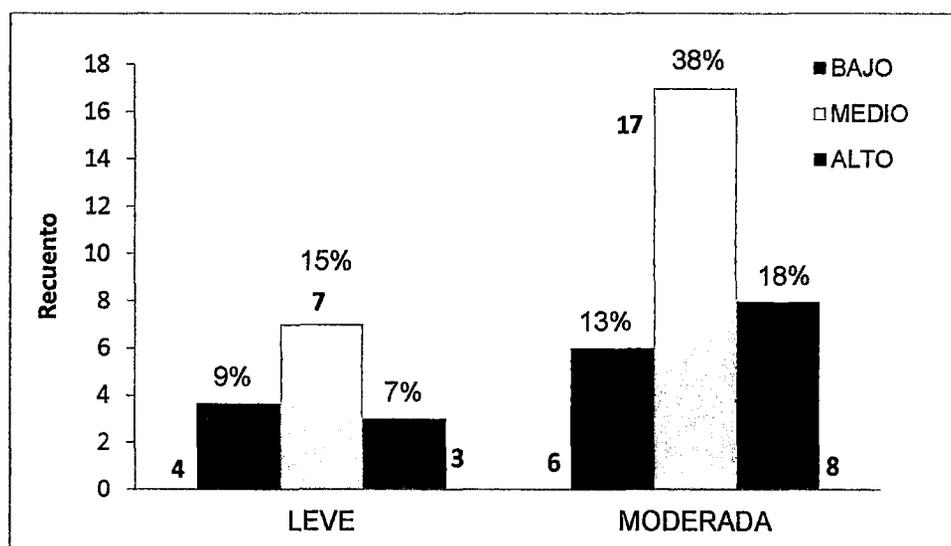
En la tabla N° 04 se evidencia que el nivel de anemia de los niños de 6 meses a 2 años de edad el de mayor frecuencia es de nivel moderada, siendo el 69%; seguida de niños con un nivel de anemia leve con el 31%.

TABLA N° 05
RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
ALIMENTACION COMPLEMENTARIA QUE TIENEN LAS
MADRES CON LA ANEMIA FERROPÉNICA DE SUS NIÑOS DE
6 MESES A 2 AÑOS.

ANEMIA FERROPÉNICA DE LOS NIÑOS	CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA			TOTAL	%
	BAJO	MEDIO	ALTO		
LEVE	4	7	3	14	31%
MODERADA	6	17	8	31	69%
TOTAL	10	24	11	45	100%

FUENTE: Cuestionario 2013.

FIGURA N° 05
RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE TIENEN LAS
MADRES CON LA ANEMIA FERROPÉNICA DE SUS NIÑOS DE
6 MESES A 2 AÑOS.



FUENTE: Tabla N° 05.

En la tabla N° 05 se evidencia que los niños con anemia moderada cuentan con madres de nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria, siendo el de mayor frecuencia con conocimiento medio con el 38%, le sigue el nivel de conocimiento alto con el 18% y la de menor frecuencia con conocimiento bajo con un 13%. Los niños con anemia leve cuentan con madres de nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria siendo el de mayor frecuencia con conocimiento medio con el 15%, seguido del nivel de conocimiento bajo con el 9% y siendo el de menor frecuencia el conocimiento alto con un 7%.

4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS (estadística inferencial).

4.2.1. SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LA PRUEBA DE SPEARMAN BROW.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICA:

Hipótesis Nula (Ho):

El nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que tienen las madres no se relaciona indirectamente con la presencia de anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años de edad que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal - 2013.

Hipótesis Alterna (Ha):

El nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que tienen las madres se relaciona indirectamente con la presencia de anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años de edad que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal - 2013.

4.2.2. NIVEL DE SIGNIFICANCIA (α) Y NIVEL DE CONFIANZA (\square)

(α) = 0,05 (5%);

(\square) = 0,95 (95%)

4.2.3. FUNCIÓN O ESTADÍSTICA DE PRUEBA

Formula de Spearman Brow.

$$r_s = 1 - \frac{\sum_{i=1}^N di^2}{N^3 - N}$$

Dónde:

r_s = prueba de Spearman Brow.

N= Datos de las variables.

di = Diferencia entre rangos de variable.

4.2.4. REGIÓN CRÍTICA O DE RECHAZO DE LA HIPÓTESIS NULA:

En la prueba de correlación no paramétrica de Spearman Brow una vez calculado el valor "rho" y el "p" valor se elige el nivel de significancia y se compara con el valor obtenido y para el coeficiente "rho" se establece, que las mediciones corresponde de +1 a -1, pasando por el 0:

- Donde cero significa que no hay correlación entre las variables estudiadas.
- Mientras que los valores +1 denotan la correlación máxima directa y valores de -1 denotan correlación máxima inversa.

4.2.5. VALOR CALCULADO

El valor calculado (VC) de la prueba de "rho" y "p" valor se obtiene en la Tabla siguiente:

TABLA N° 06
OBTENCIÓN DEL VALOR CALCULADO LA PRUEBA “rho”
Correlaciones

			CONGEN	NIVEL DE ANEMIA DE LOS NIÑOS
Rho de Spearman	CONGEN	Coefficiente de correlación	1.000	.092
		Sig. (bilateral)	.	.549
		N	45	45
	NIVEL DE ANEMIA DE LOS NIÑOS	Coefficiente de correlación	.092	1.000
		Sig. (bilateral)	.549	.
		N	45	45

4.2.6. DECISIÓN ESTADÍSTICA:

Como el valor “p” = 0.549 y éste es mayor a 0.05, se acepta la Hipótesis nula. La prueba “rho” es 0.092 por lo que de acuerdo a los parámetros establecidos se aproxima más a 0 con un valor de 0.092, existiendo evidencia de una correlación muy baja o inexistente.

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados principales del proceso investigativo, priorizados para fines de discusión, son los siguientes:

- En la tabla N° 01 presentamos las características de la población de estudio se puede apreciar que la mayoría de madres son amas de casa representando un 71%, y respecto al grado de instrucción el de mayor frecuencia fue secundaria completa con un 36%. Nuestros resultados coinciden con Márquez (2008) que describen las características generales teniendo como resultado

que el 41.96% tienen estudios secundarios completos, y 77.68% tienen por ocupación su casa lo cual representa la mayoría. Así mismo Galindo (2012) encontró que el 85% tienen secundaria completa; y el 80% son amas de casa.

Como sabemos los niveles de conocimiento se relacionan directamente con el grado de instrucción y ocupación de las madres, a mayor grado de instrucción el nivel de conocimiento será alto y a menor grado de instrucción el nivel de conocimiento será bajo; es por eso que al identificamos que la mayoría de madres tienen un nivel de conocimiento medio podemos decir que el conocimiento medio es un pensamiento conceptual apoyado por el material empírico a fin de elaborar ideas y conceptos mientras que el conocimiento alto es un pensamiento lógico que adquiere su mayor expresión y autonomía de la realidad inmediata, y el nivel de conocimiento bajo es un pensamiento espontáneo que se obtiene por medio de la práctica que el hombre realiza diariamente, Cochachi, et al. (2007).

Por todo ello podemos decir que el grado de instrucción y ocupación de las madres no es un factor predisponente para la incidencia de la anemia ferropénica ya que la mayoría de las madres tienen grado de instrucción secundaria completa. Esto nos indica que presenta un conocimiento de nivel medio; nosotras como investigadoras asumimos que este aspecto no es el que explica porque las madres con conocimientos de nivel medio tienen niños con anemia ferropénica moderada.

- La tabla N° 01 nos presenta las características de la población de estudio se puede apreciar que el mayor porcentaje de los niños son de sexo masculino con el 53%, y con respecto a la edad la mayoría tienen de 1 a 2 años de edad con el 51%.

Por tanto podemos decir que la interacción en la alimentación complementaria y la edad del niño es un factor predisponente para la incidencia de la anemia ferropénica ya que la mayoría de las madres tienen más cuidado cuando el niño es más pequeño o de edad menor; como lo explica la OMS en los aspectos de la interacción en la alimentación complementaria, que describe tres estilos un “estilo controlador”, donde la madre o cuidadora decide cuando y como come el niño, un estilo “dejar hacer” o “liberal”, donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación y un estilo “interactivo” donde incluye comportamientos que permiten una óptima inter-relación madre o cuidadora – niño. Nosotras como investigadoras asumimos que este aspecto es el que explica porqué los niños de 1 a 2 años son en mayor porcentaje los que presentan anemia ferropénica.

- La tabla N° 01 nos presenta las características de la población de estudio en cuanto al ingreso económico destinado a la alimentación, se puede apreciar que el 58% de familias tienen un ingreso económico entre 201 a 300 nuevos soles mensuales. Por ello, nosotras como investigadoras podemos decir que el ingreso económico destinado a la alimentación de la mayoría de familias no es elevada. Este aspecto es el que explica porqué la alimentación no es de calidad ya que el presupuesto es limitado y no ayuda a obtener los insumos adecuados para la preparación de alimentos del niño, para decir que es una alimentación de calidad tenemos que incluir en la dieta diaria del niño todas las variedades de alimentos según la edad que tiene el niño. OMS (2010).

- La tabla N° 02 nos presenta el nivel de conocimiento de las madres sobre lactancia materna. Se puede apreciar que el 58% de madres tienen un nivel de conocimiento alto, y el 31% tienen un nivel de conocimiento medio y solo el 11% tienen el nivel de conocimiento bajo.

Por los datos expuestos contradecimos a la hipótesis específica ya que identificamos que la mayoría de madres presentan un nivel de conocimiento alto sobre lactancia materna, esto significa que las madres conocen todo lo referente a la lactancia materna, lo importante, en este periodo es revalorizar a la lactancia materna como un alimento óptimo para los 2 primeros años de vida y que es necesario agregar la alimentación complementaria sin anular la lactancia materna. Lo importante de la lactancia materna en esta edad es la frecuencia de lactancia ya que los niños deben lactar todas las veces que quieran, pero después de las comidas, OMS (2010).

- La tabla N° 03 nos presenta el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que tienen las madres que acuden al Centro de Salud de San Cristobal. 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.

Nuestros resultados coinciden con Zavaleta (2013), que dice que el 76% de madres tiene un nivel de conocimientos bueno y solo un 24% un conocimiento regular. Así mismo Galindo (2012), dice que la mayoría de las madres conocen sobre alimentación complementaria, los conocimientos que en mayor porcentaje tienen las madres son edad de inicio, riesgo de una alimentación complementaria a destiempo e inclusión de tipos de alimentos de acuerdo a la edad.

Por los datos expuestos identificamos que la mayoría de madres presentan un nivel de conocimiento medio sobre la alimentación complementaria; esto significa que conocen casi todo lo referente a la alimentación complementaria.

El hecho de que, a pesar del conocimiento medio sobre la lactancia materna, el conocimiento sobre el valor de la alimentación complementaria de sus hijos no tiene el mismo nivel. Significa que en el conocimiento sobre alimentación complementaria, ya inciden otros factores, como pueden ser la práctica al momento de preparar la alimentación complementaria, el ingreso económico deficiente, la indiferencia de la madre ante la anemia ferropénica, las actividades de las madres. Implica, que el conocimiento de la alimentación complementaria de los niños que garantice una buena nutrición de los mismos, requiere de otras condiciones y factores.

Las madres conocen sobre la alimentación complementaria, lo principal que son las características de la alimentación complementaria, cuando iniciarla, que etapas seguir, la consistencia de las comidas según edad del niño, cantidad de alimentos según edad, calidad de alimentos, la frecuencia mínima de comidas al día, la importancia del hierro en los alimentos, y por último que alimentos favorecen y reducen la absorción del hierro. OMS (2010).

- La tabla N° 04 nos presenta el nivel de anemia de los niños de 6 meses a 2 años de edad que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal, se puede apreciar que el 69% de niños presentan anemia ferropénica moderada y el 31% con anemia ferropénica leve.

De igual forma Márquez (2008) que establece que el 75.25% de niños de 1 a 12 meses presenta anemia ferropénica moderada, y

el 20.1% presenta anemia ferropénica leve y un 4.7% presenta anemia ferropénica grave.

Podemos decir que estos resultados encontrados son por que los niños en la etapa que se encuentran q son de 6 meses a 2 años están en un proceso de crecimiento y desarrollo acelerado y necesitan de un aporte elevado de nutrientes para lograr una salud optima, sabemos que la anemia ferropénica tiene como causa principal a un bajo aporte de hierro en la dieta. Así mismo causa efectos no solo en la salud presente sino también en la futura, afecta principalmente a la inmunidad celular, función intestinal, crecimiento y rendimiento físico, conducta, rendimiento intelectual, termogénesis e inmunidad. Kumar (2005).

Actualmente la anemia ferropénica se clasifica en leve, moderada y grave; la anemia leve considera un nivel de hemoglobina mayor de 10 g/dl, la anemia moderada considera un nivel de hemoglobina entre 8-10 g/dl y la anemia grave considera un nivel de hemoglobina menor de 8 g/dl. OMS (2010).

- Según la tabla N° 05 presenta la relación del nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria con anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años, se puede apreciar el 69% de niños con anemia ferropénica moderada y el 31% con anemia ferropénica leve. De los niños con anemia ferropénica moderada el 53% tienen madres cuyo conocimiento sobre alimentación complementaria es de nivel medio y de igual manera en los niños con anemia ferropénica leve, el 50% tienen madres con conocimiento sobre alimentación complementaria es de nivel medio.

Nuestros resultados coinciden con Ureta y Zuñiga (2000) que describen el nivel de conocimiento y prácticas inadecuadas

sobre alimentación complementaria en un 75.53%, esto debido al bajo aporte de hierro en la dieta, trastornos de la absorción, aumento de las necesidades por el proceso de crecimiento y desarrollo acelerado. Kumar (2005), así mismo Márquez (2008) definen que el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre la anemia ferropénica es de nivel medio (62.5%), lo cual nos indica que las madres no están muy preparadas ni debidamente informadas para prevenir la anemia, exponiendo a sus niños a esta enfermedad y a las consecuencias funestas en su salud y desarrollo personal futuro, así mismo establece que el 75.25% de niños de 1 a 12 meses presenta anemia ferropénica moderada, y el 20.1% presenta anemia ferropénica leve y un 4.7% presenta anemia ferropénica grave.

Estos resultados rechazan la hipótesis planteada porque el nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria no se relaciona con el nivel de anemia ferropénica de sus hijos; debido a que el conocimiento sobre alimentación complementaria no basta para evitar la incidencia de la anemia ferropénica.

Estos resultados se respaldan con la teoría de Carlos A. Féminis, "teoría de la disonancia cognitiva" la cual plantea que al producirse esa incongruencia o disonancia, la persona se esfuerza en generar ideas y creencias nuevas para reducir la tensión hasta conseguir que el conjunto de sus ideas y actitudes encajen entre sí. Es decir, cuando percibimos que tenemos dos ideas incompatibles, tenemos que generar nuevas ideas (o modificar las antiguas) para que nuestro sistema de creencias sea coherente. Es por eso que a pesar que la madre conoce sobre la alimentación complementaria pero no la puede preparar o la prepara inadecuadamente sabe que esta acción o actitud es incorrecta produciendo un conflicto entre el conocimiento y su

actitud o comportamiento, como es más fácil cambiar los pensamientos y mas no el comportamiento, lo que la madre hace es plantearse nuevos pensamientos que justifiquen su comportamiento, las madres se auto engañan para poder justificar su comportamiento inadecuado y así poder sentirse mejor. También Ramona Mercer en, su “teoría de adopción del rol maternal” establece que el primer contacto entre madre y niño(a) es primordial para generar el lazo entre madre e hijo(a) que asegure el compromiso y el amor por su niño(a) de modo que al considerar la madre a su niño(a) como un ser muy importante y querido podrá desarrollar cuidados adecuados sobre la alimentación; así mismo Kathryn Barnard en su “teoría de interacción para la evaluación de la salud infantil” propone que la madre debe ser capaces de identificar las señales que los niños envían de acuerdo a su necesidad, en este caso las madres al ser responsables de la alimentación del hogar tienen no solo se preocupa por la alimentación del niño si tiene otras preocupaciones de otros aspectos como por ejemplo lo económico, esto les impide tener una sensibilidad adecuada para captar dichas señales. Así mismo dice que la madre debe ser capaz de emprender actividades que fomenten el crecimiento social y emocional hacia sus niños, deberían comprometerse en la interacción social como lo es la alimentación. Por todo ello es claro evidenciar que son pocas las madres que valoran la vida de sus hijos en el sentido de que hay acciones que no pueden esperar, como su alimentación por que el crecimiento y desarrollo es día a día, y no podemos bajar la guardia, para ello se necesita conocimiento, afectos, compromiso y responsabilidad.

CONCLUSIONES

Luego de realizado el estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

- La mayoría de madres son amas de casa representando un 71%, de las cuales la mayoría tienen grado de instrucción de secundaria completa, en un 33%. Ya que el grado de instrucción y ocupación de las madres no es un factor predisponente para la incidencia de la anemia ferropénica ya que la mayoría de las madres tienen grado de instrucción secundaria completa. Esto nos indica que presenta un conocimiento de nivel medio, sabemos que el conocimiento medio es un pensamiento conceptual apoyado por el material empírico a fin de elaborar ideas.
- El mayor porcentaje de los niños son de sexo masculino con el 53%, de los cuales la mayoría tienen de 1 a 2 años de edad con el 31%. Por tanto podemos decir que la interacción en la alimentación complementaria y la edad del niño es un factor predisponente para la incidencia de la anemia ferropénica ya que la mayoría de las madres tienen más cuidado cuando el niño es más pequeño o de edad menor; asumimos que este aspecto es el que explica por qué los niños de 1 a 2 años son en mayor porcentaje los que presentan anemia ferropénica.
- El 57.8% de familias tienen un ingreso económico entre 201 a 300 soles mensuales. Por ello decimos que el ingreso económico destinado a la alimentación de la mayoría de familias no es elevada. Este aspecto es el que explica por qué la alimentación no es de calidad ya que el presupuesto es limitado

y no ayuda a obtener los insumos adecuados para la preparación de alimentos del niño.

- El 58% de madres tienen un nivel de conocimiento alto, y el 31% tienen un nivel de conocimiento medio y solo el 11% tienen el nivel de conocimiento bajo. Esto significa que las madres conocen todo lo referente a la lactancia materna, lo importante en este periodo es revalorizar a la lactancia materna como un alimento óptimo para los 2 primeros años de vida y que es necesario agregar la alimentación complementaria sin anular la lactancia materna.
- 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. Esto significa que las madres conocen casi todo lo referente a la alimentación complementaria. Significa que en el conocimiento sobre alimentación complementaria, ya inciden otros factores, como pueden ser la práctica al momento de preparar la alimentación complementaria, el ingreso económico deficiente, la indiferencia de la madre ante la anemia ferropénica, las actividades de las madres.
- El 69% de niños presentan anemia ferropénica moderada y el 31% con anemia ferropénica leve. Ya que los niños en la etapa que se encuentran quees de 6 meses a 2 años están en un proceso de crecimiento y desarrollo acelerado y necesitan de un aporte elevado de nutrientes para lograr una salud optima, sabemos que la anemia ferropénica tiene como causa principal a un bajo aporte de hierro en la dieta.

- El 69% de niños tienen anemia ferropénica moderada y el 31% con anemia ferropénica leve. De los niños con anemia ferropénica moderada el 53% tienen madres cuyo conocimiento sobre alimentación complementaria es de nivel medio y de igual manera en los niños con anemia ferropénica leve, el 50% tienen madres con conocimiento sobre alimentación complementaria de nivel medio. Es por eso que a pesar que la madre conoce sobre la alimentación complementaria pero no la puede preparar o la prepara inadecuadamente sabe que esta acción o actitud es incorrecta produciendo un conflicto entre el conocimiento y su actitud o comportamiento, como es más fácil cambiar los pensamientos y mas no el comportamiento, lo que la madre hace es plantearse nuevos pensamientos que justifiquen su comportamiento, las madres se auto engañan para poder justificar su comportamiento inadecuado y así poder sentirse mejor.

RECOMENDACIONES

- Que los profesionales del Centro de Salud San Cristóbal como trabajo en equipo, realicen sesiones demostrativas ya que en la redemonstración se puede observar, corregir y evaluar directamente a la madre, también deberían realizar visitas domiciliarias a los niños que presentan anemia ferropénica para verificar si su alimentación es adecuada ya que en el presente estudio se demostró que las madres poseen un conocimiento de nivel medio sobre alimentación complementaria pero aun así sus niños presentan anemia ferropénica.
- El área de enfermería del Centro de Salud san Cristóbal debe poner más énfasis en la orientación a las madres que asisten al consultorio de CRED sobre el cuidado a niños que comprenden las edades de 1 a 2 años, ya que en estudio que realizamos son los niños de esta edad los que presentan mayor porcentaje de anemia.
- En las sesiones de demostración y redemonstración el personal del Centro de Salud San Cristóbal debe utilizar alimentos propios de nuestra región para que así las madres abaraten costos y ofrezcan una alimentación de calidad, ya que en el presente estudio podemos ver que la mayoría de familias cuenta con un presupuesto limitado y esto no ayuda a obtener los insumos adecuados para la preparación de los alimentos del niño.
- Que el Centro de Salud de San Cristóbal, en especial el área de Enfermería fortalezca las acciones educativas acerca de la prevención y consecuencias de la anemia ferropénica a través del diseño de un Programa de Promoción y Prevención orientado a las madres que asisten a la consulta de CRED.

- Realizar nuevos estudios más profundos como sería investigaciones de tipo experimentales.
- Realizar estudios sobre el nivel de motivación de las madres para disminuir la Anemia Ferropénica.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Carrasco, S. (2006). "Metodología de la Investigación científica". Lima. Editorial: San Marcos.
- Cochachi. J. & Negrón. Y. (2007). Metodología de la Investigación Pedagógica. Lima. Editorial: Maxi Service S.M.O.
- Galindo, D. (2012). Tesis "Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", 2011", Lima – Perú.
- Hernández.R& Fernández. C. & Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación Científica. México. Editorial: Mac Graw-Hill Interamericana.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2010) "Perú: estado de salud y nutrición de las madres y niños menores de cinco años, ENDES 2000, 2007, 2009 y I Semestre 2010".
- Kumar. F. (2005). Patología estructural y Funcional. España. Editorial: Elsevier España, S.A.
- Márquez. J. (2008). Tesis: "Nivel de conocimientos sobre la Anemia Ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas, 2007", Lima - Perú.
- Marriner. A. &Raile. M. (2007). Modelos y Teorías en Enfermería. España. Editorial: Elsevier Mosby.
- Ministerio de Salud, UNICEF, Organización Panamericana de la Salud (2006) "Situación de deficiencia de hierro y anemia".
- Ministerio de salud (2010). Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud materno infantil. Lima.
- Organización Mundial de la Salud (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington, D.C.

- Organización Mundial de la Salud (2010). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington, DC, EE.UU.
- Smeltzer S. & Bare B.(2005). Enfermería Médico Quirúrgica. México. Editorial: Mac Graw-Hill Interamericana.
- Ureta R. & Zuñiga A. (2000). Tesis “Relación del conocimiento y practica de alimentación complementaria de las madres con el estado nutricional de sus hijos de 6 – 24 meses de edad en la Comunidad de Pueblo Libre – Distrito de Huancavelica, octubre 1999 – junio 2000”, Huancavelica – Perú.
- Villagran S. (2009). Tesis “Nutrición y alimentación en el desarrollo de los niños y niñas de 5 a 6 años de los centros infantiles fiscales de la Parroquia de San Antonio de Pichincha”, Quito – Brasil.
- Zavaleta, s. (2013). tesis “Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio CRED, en el P.S. cono norte 1er trimestre 2012”, Tacna – Perú.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Dorland A. (2006) Diccionario medico de bolsillo ilustrado, 26ava edición, editorial Mc Graw Hill Interamericana, Madrid

ANEXOS

ANEXO 01
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	MARCO METODOLOGICO									
<p>CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU RELACION CON LA ANEMIA FERROPÉNICA DE SUS NIÑOS DE 6 MESES A 2 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL - 2013</p>	<p>PREGUNTA GENERAL:</p> <p>¿En qué medida el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que tienen las madres se relaciona con la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años de edad que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal - 2013?</p> <p>PREGUNTAS ESPECÍFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son las características de la población en estudio? ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre lactancia materna? ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria? 	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar en qué medida el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que tienen las madres se relaciona con la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años de edad que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal - 2013.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Definir las características de la población en estudio. Identificar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna. Evaluar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria. 	<p>HIPÓTESIS GENERAL:</p> <p>El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que tienen las madres se relaciona indirectamente con la presencia de anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años de edad que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal - 2013.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> El nivel de conocimiento sobre lactancia materna es bajo. El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria es bajo. El nivel de anemia ferropénica de los niños de 6 meses a 2 años de edad es bajo. 	<p>TIPO sustantiva descriptiva</p> <p>NIVEL Correlacional</p> <p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN Deductivo</p> <p>TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>VARIABLE</th> <th>TECNICA</th> <th>INSTRUMENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>VARIABLE N° 1 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA</td> <td>Encuesta</td> <td>Cuestionario</td> </tr> <tr> <td>VARIABLE N° 2 ANEMIA FERROPENICA</td> <td>Análisis documental</td> <td>Registro de análisis documental</td> </tr> </tbody> </table> <p>DISEÑO No experimental – transeccional o transversal correlacional Esquema:</p> <pre> M1 → OA ↓ r M2 → OB </pre> <p>Dónde: M1: Madres de niños de 6 meses a 2 años con anemia ferropénica. M2: Niños de 6 meses a 2 años con anemia ferropénica.</p>	VARIABLE	TECNICA	INSTRUMENTO	VARIABLE N° 1 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	Encuesta	Cuestionario	VARIABLE N° 2 ANEMIA FERROPENICA	Análisis documental	Registro de análisis documental
VARIABLE	TECNICA	INSTRUMENTO											
VARIABLE N° 1 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	Encuesta	Cuestionario											
VARIABLE N° 2 ANEMIA FERROPENICA	Análisis documental	Registro de análisis documental											

	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el nivel de anemia ferropénica de los niños de 6 meses a 2 años de edad? 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de anemia ferropénica de los niños de 6 meses a 2 años de edad. • Relacionar el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria con la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años. 		<p>OA: Observación de la variable nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria. OB: Observación de la variable anemia ferropénica. A: Variable nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria. B: Variable anemia ferropénica. r: Relación</p> <p>POBLACIÓN, MUESTREO, MUESTRA POBLACIÓN: La población estuvo conformada por las madres con niños de 6 meses a 2 años con anemia ferropénica que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal en el año 2013 que es igual a 166 niños y 166 madres.</p> <p>MUESTRA: La muestra esta conformada por 45 niños y 45 madres aplicando los criterios de inclusión.</p> <p>MUESTREO: Muestreo no probabilístico intencionado.</p> <p>PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS Para la recolección de datos se tuvo en cuenta los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación y determinación del ámbito de estudio: Centro de Salud de San Cristóbal – Huancavelica. • Elaboración, validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos. • Aplicar los instrumentos de recolección de datos previa coordinación con el responsable del Centro de Salud de San Cristóbal. • Sistematización de datos para su interpretación e inferencia de resultados. <p>TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS Para el procesamiento y análisis de datos se utilizara el paquete estadístico IBM SPSS statistics v20. Hoja de cálculo de Microsoft office Excel v2010.</p> <p>Se hizo uso de la estadística descriptiva: media, moda, mediana, mínimo, máximo, desviación estándar, varianza, y tabla de frecuencias con sus respectivos gráficos y la estadística inferencial: se procederá con la prueba de hipótesis, haciendo uso de la prueba más adecuada de acuerdo a los datos a procesar y al cumplimiento de los requisitos de cada prueba estadística.</p>
--	---	---	--	--



ANEXO 02
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(CREADA POR LEY N° 25265)
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CUESTIONARIO PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

I. PRESENTACIÓN:

Somos egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica 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 2 años. Este cuestionario es totalmente confidencial y no le tomará 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.

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:
- Fecha de Nacimiento:
- Lugar donde vive:
- Cuantos hijos tiene:
- Ingreso económico destinado a la alimentación: Diaria..... Mensual.....

DIMENSIÓN 1: CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

1. ¿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.
2. ¿A partir de los 6 meses su niño (a) debe seguir lactando?
 - a) No, solo es necesario hasta los 6 meses.
 - b) Si, por que es necesario en los primeros 2 años de vida.
 - c) N.A.
3. ¿Cuántas veces al día le da de lactar a su niño (a)?
 - a) Cada vez que llora.
 - b) Todas las veces que quiera,
 - c) N.A.

DIMENSIÓN 2: CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

4. ¿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.
5. ¿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.
6. ¿A qué edad debería iniciar la alimentación complementaria su niño (a)?
 - a) 5 meses.
 - b) 6 meses.
 - c) N.A.
7. ¿Con que alimentos se debe iniciar la alimentación complementaria?
 - a) Empezar con sopas y luego darle poco a poco el segundo.
 - b) Empezar con papillas, luego comidas picadas y por ultimo alimentos de la olla familiar.
 - c) N.A.
8. ¿Cuántas cucharas come su niño (a) mayor a 6 meses?
 - a) 6 – 8 meses:
 - b) 9 – 11 meses:
 - c) 1 – 2 años:

9. ¿Qué alimentos debe consumir su niño (a) mayor de 6 meses?
- a) 6 – 8 meses:
- b) 9 – 11 meses:
- c) 1 – 2 años:
10. ¿Cuántas veces al día le da de comer a su niño (a) mayor de 6 meses?
- a) 6 – 8 meses:
- b) 9 – 11 meses:
- c) 1 – 2 años:

DIMENSION 3: CONOCIMIENTOS SOBRE LA INCORPORACION DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO

11. ¿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.
12. ¿Qué es el hierro?
- a) Es un componente que no se necesita en el cuerpo.
- b) Es un componente necesario para tener buena sangre.
- c) N.A.
13. ¿Para qué es importante el hierro?
- a) Para evitar la anemia.
- b) Para evitar el sarampión.
- c) N.A.
14. ¿Qué alimentos son ricos en hierro?
- a) Papa, espinaca, lentejas, betarraga.
- b) Hígado, sangrecita, carne roja.
- c) N.A.
15. ¿Qué alimentos ayudan a usar el hierro en el cuerpo?
- a) Café, té, mate, chocolate.
- b) Jugo de limón, naranja.
- c) N.A.
16. ¿Qué alimentos no ayudan a usar el hierro en el cuerpo?
- a) Jugo de limón, naranja.
- b) Café, té, mate, chocolate.
- c) N.A.

ANEXO 03
VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
CUESTIONARIO PARA MEDIR NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

El presente instrumento de recolección de datos se proyecta medir la variable en su nivel operacional para conseguir los resultados esperados planteados en la relación: Problema – Objetivo.

La respuesta de los jueces sobre el cuestionario, se analizan en el siguiente cuadro:

Todas las respuestas favorables “Si” tiene un punto, y la respuesta “No” tiene cero puntos.

COEFICIENTE DE VALIDEZ DE AIKEN

	JUR1	JUR2	JUR3	JUR4	JUR5	N° acuerdos	V de Aiken	p	Decisión
ITEM1	4	4	4	4	4	20	1.00	0.032	Válido
ITEM2	4	4	4	4	4	20	1.00	0.032	Válido
ITEM3	4	4	4	4	4	20	1.00	0.032	Válido
ITEM4	4	4	4	4	4	20	1.00	0.032	Válido
ITEM5	4	4	4	4	4	20	1.00	0.032	Válido
ITEM6	4	4	4	4	4	20	1.00	0.032	Válido
ITEM7	4	4	4	4	4	20	1.00	0.032	Válido
ITEM8	4	4	4	4	4	20	1.00	0.032	Válido
ITEM9	4	4	4	4	4	20	1.00	0.032	Válido
ITEM10	4	4	4	4	4	20	1.00	0.032	Válido
ITEM11	4	4	4	4	4	20	1.00	0.032	Válido
ITEM12	4	4	4	4	4	20	1.00	0.032	Válido
ITEM13	4	4	4	4	4	20	1.00	0.032	Válido
ITEM14	4	4	4	4	4	20	1.00	0.032	Válido
ITEM15	4	4	4	4	4	20	1.00	0.032	Válido
ITEM16	4	4	4	4	4	20	1.00	0.032	Válido

INTERPRETACIÓN: Los 16 Ítems evaluados por los expertos al ser procesados con la estadística de V de Aiken quien menciona que al aplicar la fórmula se deben obtener un valor $V > 0.8$ han obtenido un valor de 1 la cual corresponde a aceptar los Ítems en sus cuatro dimensiones, esto con valor p de a.032 de nivel de confianza.

ANEXO 04

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.

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{sum}^2} \right)$$

Donde:

k : Es el número de ítems de la prueba = 16

S_i² : Es la varianza de los ítems (desde 1...i) = 3.6

S_{s_{um}}² : Es la varianza de la prueba total = 10.81

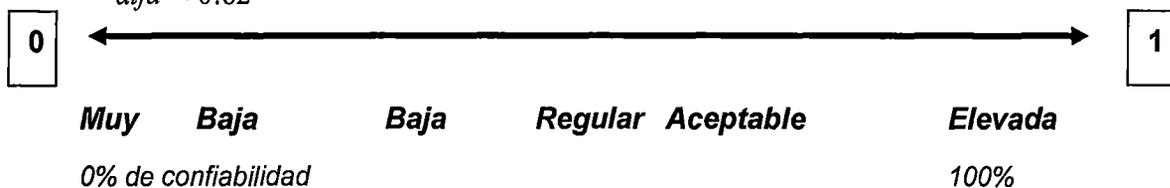
El número de ítems (o longitud de la prueba) y la proporción de varianza total de la prueba debida a la covarianza entre sus partes (ítems). Ello significa que la fiabilidad depende de la longitud de la prueba y de la covarianza entre sus ítems.

Remplazando valores:

$$\alpha = \frac{16}{15} \left[1 - \frac{3.6}{10.81} \right]$$

$$\alpha = 0.82$$

CONFIABILIDAD



El coeficiente de confiabilidad *índice de consistencia interna alfa de cronbach* = 0,82(82%); indica una aceptable confiabilidad, pues debe supera el 60% (*Hernandez S., 2006*).

ANEXO 05**CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
ALIMENTACION COMPLEMENTARIA**

Para realizar la medición de la variable nivel de conocimiento se procedió de la siguiente forma:

Promedio (\bar{x}): 11.35

Desviación estándar (S): 2.89

Número de Preguntas: 16

Luego se aplicó la escala de Estatores, donde:

a) $\bar{X} - (0.75)(S)$

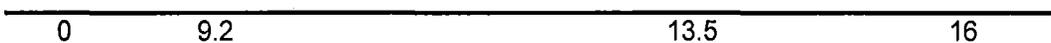
$$11.35 - (0.75)(2.89)$$

$$9.2$$

b) $\bar{X} + (0.75)(S)$

$$11.35 + (0.75)(2.89)$$

$$13.5$$



Bajo: 0-9.2

Medio: 9.2-13.5

Alto: 13.5-16

ANEXO 06
FOTOGRAFIAS

**REVISANDO EL REGISTRO DE LABORATORIO PARA DETERMINAR EL
NIVEL DE ANEMIA DE LOS NIÑOS**



**REVISANDO LAS HISTORIAS CLÍNICAS PARA LA UBICACIÓN DEL
DOMICILIO DE LOS NIÑOS**



REVISANDO LAS HISTORIAS CLÍNICAS PARA LA UBICACIÓN DEL
DOMICILIO DE LOS NIÑOS



REVISANDO LAS HISTORIAS CLÍNICAS PARA LA UBICACIÓN DEL
DOMICILIO DE LOS NIÑOS



APLICANDO EL CUESTIONARIO A LAS MADRES DE LOS NIÑOS



APLICANDO EL CUESTIONARIO A LAS MADRES DE LOS NIÑOS



APLICANDO EL CUESTIONARIO A LAS MADRES DE LOS NIÑOS



APLICANDO EL CUESTIONARIO A LAS MADRES DE LOS NIÑOS



ANEXO 07

ARTÍCULO CIENTÍFICO.

**“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”**

Bach., SUÁREZ CASTILLO, Yul Shárol
y Bach., YARROW GALEAS, Katia
Socorro

RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de 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, teniendo como hipótesis: “el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que tienen las madres se relaciona indirectamente con la presencia de anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años de edad.

Se aplicó el diseño no experimental – transeccional o transversal correlacional. 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 más importantes del proceso investigativo 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) de 6 meses a 2 años que acuden al Centro de Salud de San Cristobal no es significativa, ya que realizada la prueba Spearman Brow entre las dos variables involucradas en la investigación ésta resultó que se aproxima más al 0 con un valor de 0.092, 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%.

INTRODUCCION

La anemia por deficiencia de hierro o anemia ferropénica es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo. A pesar de conocer tanto sobre su etiología y sobre cómo enfrentarla sigue siendo uno de los problemas nutricionales menos controlados, y como consecuencia, en la salud del niño en sus diferentes áreas: Inmunológico, intestinal, conductual, termogénesis, físico, metabolismo y a nivel del sistema nervioso sigue siendo dañino.

Según la OPS – OMS indica que la prevalencia de anemia en niños de 1 a 5 años es de 50- 60% en los países en desarrollo. En el continente americano, aproximadamente 94 millones de personas sufren de anemia ferropénica. En la mayor parte los estudios, indican que la población más afectada es la de los recién nacidos, de bajo peso, y menores de dos años.

La Dirección Regional de Salud Huancavelica (2013), informó que en el Centro de Salud de San Cristóbal, en el año 2012 se presentó 112 casos de anemia ferropénica en niños menores de 2 años de edad a diferencia del año 2013 hasta el mes de junio que se incrementó a 166 casos en niños menores de 2 años de edad. Así mismo al realizar la entrevista a un grupo de madres sobre qué conocimientos tienen de la alimentación del niño menor a 2 años se concluye que la mayoría de las madres tienen un bajo conocimiento al respecto.

En razón a ello surgió la motivación de realizar el presente estudio de investigación, cuyo objetivo general es determinar en qué medida el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que tienen las madres se relaciona con la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal - 2013.

La ejecución del presente trabajo de investigación servirá para reorientar la

Estrategia Sanitaria Nacional de Crecimiento y Desarrollo (CRED), con el propósito de disminuir el número de casos de anemia Ferropénica, así mismo permitirá el cambio de actitudes y comportamientos de las madres frente a la alimentación de sus niños.

Este estudio es de tipo descriptivo, de nivel correlacional y de método comparativo; con un diseño no experimental – transeccional. Como técnica de recolección de datos se realizó la encuesta, cuyo instrumento es el cuestionario y el análisis documental teniendo como instrumento la revisión del registro de laboratorio. El presente trabajo consta de cuatro capítulos. En el primero, se expone el Planteamiento del problema; en el segundo, se desarrolla el marco de referencia; en el tercero, se expone el marco metodológico y en el último se presenta los resultados.

METODOLOGIA DE INVESTIGACION

La presente investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud de San Cristóbal, en el servicio de la Enfermería en la Estrategia Sanitaria Nacional de Crecimiento y Desarrollo.

Está ubicado en el Barrio de San Cristóbal distrito y provincia de Huancavelica, en el Jr., Manco Inca s/n y la plazoleta Santa Cruz. Se encuentra a 3.600 msnm y oscila en una temperatura de 9 – 11° C casi todo el año. El Centro de Salud de San Cristóbal pertenece a la Micro red de

Santa Ana es un establecimiento del primer nivel del MINSA que brinda atención integral. La infraestructura del Centro de Salud consta de una planta física de 1 nivel, brinda atención a través de sus Consultorios Externos, Enfermería, Obstetricia, Farmacia, Nutrición, Vigilancia Epidemiológica. Además cuenta con el área administrativa, Jefatura, y Estadística.

La muestra estará conformada por 45 niños y 45 madres aplicando los criterios de inclusión. El muestreo que se eligió fue el no probabilístico intencionado.

Para evaluar el nivel de conocimiento sobre la alimentación que presentan las madres se utilizó la técnica de la encuesta cuyo instrumento es el cuestionario. Para medir la anemia ferropénica de sus niños menores de 5 años, la técnica utilizada fue el análisis documental y el instrumento fue el registro de análisis documental.

Para la recolección de datos se tomara en cuenta los siguientes pasos: coordinación y determinación del ámbito de estudio, la elaboración del instrumento de recolección de datos, la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, la sistematización de datos para su interpretación e inferencia de resultados.

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizará el paquete estadístico IBM SPSS statistics v20 y la hoja de cálculo de Microsoft office Excel

v2010. Se hizo uso de la estadística descriptiva: media, moda, mediana, mínimo, máximo, desviación estándar, varianza, y tabla de frecuencias con sus respectivos gráficos y la estadística inferencial. Se procedió con la prueba de hipótesis, haciendo uso de la prueba más adecuada de acuerdo a los datos a procesar y al cumplimiento de los requisitos de cada prueba estadística.

RESULTADOS Y DISCUSION

Los resultados principales del proceso investigativo, priorizados para fines de discusión, son los siguientes:

- En la tabla N° 01 presentamos las características de la población de estudio: se puede apreciar que la mayoría de madres son amas de casa representando un 71%, de las cuales la mayoría tienen grado de instrucción de secundaria completa, en un 33%. Nuestros resultados coinciden con Márquez (2008) que describen las características generales teniendo como resultado que el 41.96% tienen estudios secundarios completos, y 77.68% tienen por ocupación su casa lo cual representa la mayoría. Así mismo Galindo (2012) encontró que el 85% tienen secundaria completa; y el 80% son amas de casa.

Como sabemos los niveles de conocimiento se relacionan directamente con el grado de instrucción y ocupación de las

madres, a mayor grado de instrucción el nivel de conocimiento será alto y a menor grado de instrucción el nivel de conocimiento será bajo; es por eso que al identificamos que la mayoría de madres tienen un nivel de conocimiento medio podemos decir que el conocimiento medio es un pensamiento conceptual apoyado por el material empírico a fin de elaborar ideas y conceptos mientras que el conocimiento alto es un pensamiento lógico que adquiere su mayor expresión y autonomía de la realidad inmediata, y el nivel de conocimiento bajo es un pensamiento espontáneo que se obtiene por medio de la práctica que el hombre realiza diariamente, Cochachi, et al. (2007).

Por todo ello podemos decir que el grado de instrucción y ocupación de las madres no es un factor predisponente para la incidencia de la anemia ferropénica ya que la mayoría de las madres tienen grado de instrucción secundaria completa. Esto nos indica que presenta un conocimiento de nivel medio; nosotras como investigadoras asumimos que este aspecto no es el que explica porque las madres con conocimientos de nivel medio tienen niños con anemia ferropénica moderada.

- La tabla N° 02 nos presenta las características de la población de estudio: Niño, se puede apreciar que el mayor porcentaje de los niños son de sexo masculino con el 53%, de los cuales la mayoría tienen de 1 a 2 años de edad con el 31%.

Por tanto podemos decir que la interacción en la alimentación complementaria y la edad del niño es un factor predisponente para la incidencia de la anemia ferropénica ya que la mayoría de las madres tienen más cuidado cuando el niño es más pequeño o de edad menor; como lo explica la OMS en los aspectos de la interacción en la alimentación complementaria, que describe tres estilos un "estilo controlador", donde la madre o cuidadora decide cuando y como come el niño, un estilo "dejar hacer" o "liberal", donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación y un estilo "interactivo" donde incluye comportamientos que permiten una óptima inter-relación madre o cuidadora – niño. Nosotras como investigadoras asumimos que este aspecto es el que explica por qué los niños de 1 a 2 años son en mayor porcentaje los que presentan anemia ferropénica.

- La tabla N° 03 nos presenta las características de la población de estudio: ingreso económico destinado a la alimentación, se puede apreciar que el 57.8% de familias tienen un ingreso económico entre 201 a 300 soles mensuales. Por ello, nosotras como investigadoras podemos decir que el ingreso económico destinado a la alimentación de la mayoría de familias no es elevada. Este aspecto es el que explica por qué la alimentación no es de calidad ya que el presupuesto es limitado y no ayuda a obtener los insumos adecuados para la preparación de alimentos del niño, para decir que es una alimentación de calidad tenemos que incluir en la dieta diaria del niño todas las variedades de alimentos según la edad que tiene el niño. OMS (2010).
- La tabla N° 04 nos presenta el nivel de conocimiento de las madres sobre lactancia materna. Se puede apreciar que el 58% de madres tienen un nivel de conocimiento alto, y el 31% tienen un nivel de conocimiento medio y solo el 11% tienen el nivel de conocimiento bajo. Por los datos expuestos contradecimos a la hipótesis específica ya que identificamos que la mayoría de madres presentan un nivel de conocimiento alto sobre lactancia materna, esto significa que las madres conocen todo lo referente a la lactancia materna, lo importante, en este periodo es revalorizar a la lactancia materna como un alimento óptimo para los 2 primeros años de vida y que es necesario agregar la alimentación complementaria sin anular la lactancia materna. Lo importante de la lactancia materna en esta edad es la frecuencia de lactancia ya que los niños deben lactar todas las veces que quieran, pero después de las comidas, OMS (2010).
- La tabla N° 05 nos presenta el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que tienen las madres que acuden al Centro de Salud de San Cristobal. 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. Nuestros resultados coinciden con Zavaleta (2013), que dice que el 76% de madres tiene un nivel de conocimientos bueno y solo un 24% un conocimiento regular. Así mismo Galindo (2012), dice que la mayoría de las madres conocen sobre alimentación complementaria, los conocimientos que en mayor porcentaje tienen las madres son edad de inicio, riesgo de una

alimentación complementaria a destiempo e inclusión de tipos de alimentos de acuerdo a la edad.

Por los datos expuestos identificamos que la mayoría de madres presentan un nivel de conocimiento medio sobre la alimentación complementaria; esto significa que conocen casi todo lo referente a la alimentación complementaria.

El hecho de que, a pesar del conocimiento medio sobre la lactancia materna, el conocimiento sobre el valor de la alimentación complementaria de sus hijos no tiene el mismo nivel. Significa que en el conocimiento sobre alimentación complementaria, ya inciden otros factores, como pueden ser la práctica al momento de preparar la alimentación complementaria, el ingreso económico deficiente, la indiferencia de la madre ante la anemia ferropénica, las actividades de las madres. Implica, que el conocimiento de la alimentación complementaria de los niños que garantice una buena nutrición de los mismos, requiere de otras condiciones y factores.

Las madres conocen sobre la alimentación complementaria, lo principal que son las características de la alimentación complementaria, cuando iniciarla, que etapas seguir, la consistencia de las comidas

según edad del niño, cantidad de alimentos según edad, calidad de alimentos, la frecuencia mínima de comidas al día, la importancia del hierro en los alimentos, y por último que alimentos favorecen y reducen la absorción del hierro. OMS (2010).

- La tabla N° 06 nos presenta el nivel de anemia de los niños de 6 meses a 2 años de edad que acuden al Centro de Salud de San Cristóbal, se puede apreciar que el 69% de niños presentan anemia ferropénica moderada y el 31% con anemia ferropénica leve.

De igual forma Márquez (2008) que establece que el 75.25% de niños de 1 a 12 meses presenta anemia ferropénica moderada, y el 20.1% presenta anemia ferropénica leve y un 4.7% presenta anemia ferropénica grave.

Podemos decir que estos resultados encontrados son por que los niños en la etapa que se encuentran que son de 6 meses a 2 años están en un proceso de crecimiento y desarrollo acelerado y necesitan de un aporte elevado de nutrientes para lograr una salud óptima, sabemos que la anemia ferropénica tiene como causa principal a un bajo aporte de hierro en la dieta. Así mismo causa efectos no solo en la salud presente sino también en la futura, afecta principalmente a la inmunidad

celular, función intestinal, crecimiento y rendimiento físico, conducta, rendimiento intelectual, termogénesis e inmunidad. Kumar (2005).

Actualmente la anemia ferropénica se clasifica en leve, moderada y grave; la anemia leve considera un nivel de hemoglobina mayor de 10 g/dl, la anemia moderada considera un nivel de hemoglobina entre 8-10 g/dl y la anemia grave considera un nivel de hemoglobina menor de 8 g/dl. OMS (2010).

- Según la tabla N° 07 presenta la relación del nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria con anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 2 años, se puede apreciar el 69% de niños con anemia ferropénica moderada y el 31% con anemia ferropénica leve. De los niños con anemia ferropénica moderada el 53% tienen madres cuyo conocimiento sobre alimentación complementaria es de nivel medio y de igual manera en los niños con anemia ferropénica leve, el 50% tienen madres con conocimiento sobre alimentación complementaria es de nivel medio.

Nuestros resultados coinciden con Ureta y Zuñiga (2000) que describen el nivel de conocimiento y prácticas inadecuadas sobre alimentación complementaria en un 75.53%, esto

debido al bajo aporte de hierro en la dieta, trastornos de la absorción, aumento de las necesidades por el proceso de crecimiento y desarrollo acelerado. Kumar (2005), así mismo Márquez (2008) definen que el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre la anemia ferropénica es de nivel medio (62.5%), lo cual nos indica que las madres no están muy preparadas ni debidamente informadas para prevenir la anemia, exponiendo a sus niños a esta enfermedad y a las consecuencias funestas en su salud y desarrollo personal futuro, así mismo establece que el 75.25% de niños de 1 a 12 meses presenta anemia ferropénica moderada, y el 20.1% presenta anemia ferropénica leve y un 4.7% presenta anemia ferropénica grave.

Estos resultados rechazan la hipótesis planteada porque el nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria no se relaciona con el nivel de anemia ferropénica de sus hijos; debido a que el conocimiento sobre alimentación complementaria no basta para evitar la incidencia de la anemia ferropénica.

Estos resultados se respaldan con la teoría de Carlos A. Féminis, "teoría de la disonancia cognitiva" la cual plantea que al producirse esa incongruencia o disonancia, la persona se esfuerza en generar

ideas y creencias nuevas para reducir la tensión hasta conseguir que el conjunto de sus ideas y actitudes encajen entre sí. Es decir, cuando percibimos que tenemos dos ideas incompatibles, tenemos que generar nuevas ideas (o modificar las antiguas) para que nuestro sistema de creencias sea coherente. Es por eso que a pesar que la madre conoce sobre la alimentación complementaria pero no la puede preparar o la prepara inadecuadamente sabe que esta acción o actitud es incorrecta produciendo un conflicto entre el conocimiento y su actitud o comportamiento, como es más fácil cambiar los pensamientos y mas no el comportamiento, lo que la madre hace es plantearse nuevos pensamientos que justifiquen su comportamiento, las madres se auto engañan para poder justificar su comportamiento inadecuado y así poder sentirse mejor. También Ramona Mercer en, su "teoría de adopción del rol maternal" establece que el primer contacto entre madre y niño(a) es primordial para generar el lazo entre madre e hijo(a) que asegure el compromiso y el amor por su niño(a) de modo que al considerar la madre a su niño(a) como un ser muy importante y querido podrá desarrollar cuidados adecuados sobre la alimentación; así mismo

Kathryn Barnard en su "teoría de interacción para la evaluación de la salud infantil" propone que la madre debe ser capaces de identificar las señales que los niños envían de acuerdo a su necesidad, en este caso las madres al ser responsables de la alimentación del hogar tienen no solo se preocupa por la alimentación del niño si tiene otras preocupaciones de otros aspectos como por ejemplo lo económico, esto les impide tener una sensibilidad adecuada para captar dichas señales. Así mismo dice que la madre debe ser capaz de emprender actividades que fomenten el crecimiento social y emocional hacia sus niños, deberían comprometerse en la interacción social como lo es la alimentación. Por todo ello es claro evidenciar que son pocas las madres que valoran la vida de sus hijos en el sentido de que hay acciones que no pueden esperar, como su alimentación por que el crecimiento y desarrollo es día a día, y no podemos bajar la guardia, para ello se necesita conocimiento, afectos, compromiso y responsabilidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2010) "Perú: estado de salud y nutrición de las madres y niños menores de cinco

años, ENDES 2000, 2007, 2009 y I Semestre 2010”.

- 2) Márquez. J. (2008). Tesis: “Nivel de conocimientos sobre la Anemia Ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas, 2007”, Lima - Perú.
- 3) Organización Mundial de la Salud (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington, D.C.
- 4) Organización Mundial de la Salud (2010). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington, DC, EE.UU.
- 5) Dorland A. (2006) Diccionario medico de bolsillo ilustrado, 26ava edición, editorial Mc Graw Hill Interamericana, Madrid