

**UNIVERSIDAD NACIONAL AMAZÓNICA DE MADRE
DE DIOS
FACULTAD DE EDUCACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA EN RELACIÓN A ANEMIA EN
MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES. CENTRO DE
SALUD “JORGE CHÁVEZ”, 2016.**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO
PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

AUTORAS:

Br. ENRIQUEZ MORA, Yeny Carolina

Br. CALVO SUYO, Gaby

**ASESORA: DRA. ROMÁN PAREDES,
Nelly Olinda**

**PUERTO MALDONADO – PERÚ
2017**

**MADRE DE DIOS CAPITAL DE LA BIODIVERSIDAD
FACULTAD DE EDUCACIÓN
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA EN RELACIÓN A ANEMIA EN
MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES. CENTRO DE
SALUD “JORGE CHÁVEZ”, 2016.**

**TESIS PRESENTADA POR
Bach. ENRIQUEZ MORA, Yeny Carolina
Bach. CALVO SUYO, Gaby.
PARA OPTAR AL TÍTULO
PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

**ASESORA: Dra. Nelly O. ROMÁN
PAREDES**

**PUERTO MALDONADO – PERÚ
2017**

FIRMA DE LOS JURADOS

.....
Med. Ciruj. Cirilo Edgar AVENDAÑO CRUZ
Presidente

.....
Dra. Lastenia CUTIPA CHÁVEZ
Miembro

.....
Mg. Braulio Pedro ESPINOZA FLORES
Miembro

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a Dios por permitirnos la vida, contar con una familia y gozar de salud para lograr nuestros objetivos.

A nuestros padres por su contribución en nuestra educación, por su incondicional apoyo.

Muchas gracias a todos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirnos la vida y forjarnos como profesionales, para contribuir en la salud de las personas.

A nuestros asesora de Tesis Dra. Nelly O. Román Paredes por habernos brindado la oportunidad de recurrir a experiencia, compromiso y conocimiento científico, por su apoyo en el desarrollo del presente trabajo de tesis.

A los maestros de la Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios.

A nuestros compañeros de estudios, por los gratos momentos.

A las personas que han contribuido en este estudio, a todos, muchas gracias de todo corazón.

RESUMEN

El estudio denominado "Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en relación a anemia en madres de niños de 6 a 24 meses. Centro de Salud "Jorge Chávez", 2016", se realizó con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en relación a anemia en madres de niños de 6 a 24 meses. Centro de Salud "Jorge Chávez", 2016. Fue un estudio correlacional simple, realizado en una población referencial: 548 niños de 6 a 24 meses, con una muestra: 116 madres con sus niños. Se utilizó como técnica la entrevista y la observación.

Encontró que: La muestra de estudio estuvo compuesta por madres que tenían mayoritariamente educación secundaria en 62,1%, con 2 hijos en 32,8%, amas de casa en 64,7% y con niños con edades predominantes entre 1 y 2 años, que representaban el 59,5%.

El nivel de conocimiento de las madres fue regular en 69,8% y solo un 1,7% tuvo buen nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria. Las madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud "Jorge Chávez", tienen regular conocimiento sobre la alimentación complementaria, en un 69,8%. Con la cual se acepta la hipótesis alterna y queda demostrada la primera hipótesis específica.

Respecto al nivel de anemia el 44% tenía un nivel de anemia leve, el 31,9% tenía moderado nivel de anemia y 24,1% una anemia severa. De lo que se concluye que los niños (as) niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud "Jorge Chávez", son diagnosticados con anemia leve, en un 44,0%. Con lo cual, se acepta la hipótesis alterna y queda demostrada la segunda hipótesis específica.

Al relacionar las variables de estudio se comprueba las hipótesis planteadas siguientes: existe una relación estadísticamente significativa con un nivel de significación de 5%, y hay evidencias para rechazar la H_0 y aceptar H_1 , es decir, el nivel de correlación para las variables nivel de

conocimiento sobre alimentación complementaria y nivel de anemia que existe es positivo y significativo, lo que significa que el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria influye en el nivel de anemia de niños (as) de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

Palabras clave: conocimiento, alimentación complementaria, anemia, niños

ABSTRACT

The study entitled "Level of knowledge about complementary feeding in relation to anemia in mothers under the age of five. Health Center "Jorge Chávez", 2016, was carried out with the objective of determining the level of knowledge about complementary feeding in relation to anemia in mothers under the age of five. Centro de Salud "Jorge Chávez", 2016. It was a simple correlational study, carried out in a referential population: 548 children under five years old, with a sample: 116 mothers with their children. Interviewing and observation were used as technique.

It found that: The study sample consisted of mothers who had mostly secondary education in 62.1%, with 2 children in 32.8%, housewives in 64.7% and children with predominant ages between 1 and 2 59.5%.

The level of knowledge of the mothers was regular in 69.8% and only 1.7% had a good level of knowledge about complementary feeding. The mothers of children under five attended at the Centro de Salud "Jorge Chávez", have regular knowledge about complementary feeding, by 69.8%. With which the alternative hypothesis is accepted and the first specific hypothesis is demonstrated.

Regarding hemoglobin level, 44% had a mild anemia, 31.9% had moderate anemia and 24.1% had severe anemia. From what it is concluded that the children under five attended at the Centro de Salud "Jorge Chávez", are diagnosed with mild anemia, in 44.0%. Thus, the alternative hypothesis is accepted and the second specific hypothesis is demonstrated.

When the study variables are related, the following hypotheses are checked: there is a statistically significant relationship with a significance level of 5%, and there is evidence to reject H0 and accept H1, that is, the level of correlation for the variables level of Knowledge about complementary feeding and hemoglobin level that exists is positive and significant, which means that the level of knowledge about complementary

feeding influences the level of hemoglobin of children under five attended at Centro de Salud "Jorge Chávez".

Key words: knowledge, complementary feeding, anemia, children

PRESENTACIÓN

Dr.

Fredy Dueñas Linares

Decano de la Facultad de Educación

Sres. y Sras. Miembros del Jurado.

Tomando en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios y en cumplimiento a lo designado en la Ley Universitaria, se pone a su consideración el trabajo de tesis intitulado “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN RELACIÓN A ANEMIA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES. CENTRO DE SALUD “JORGE CHÁVEZ”, 2016.”, para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Las autoras.

CONTENIDO

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	8
PRESENTACIÓN	10
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1 Descripción del problema	15
1.2 Formulación del problema.....	19
1.3 Objetivos	19
1.3.1 Objetivo general.....	19
1.3.2 Objetivo específico.....	19
1.4 Variables.....	19
1.4.1 Variable dependiente.....	19
1.4.2 Variable independiente.....	20
1.4.3 Variables intervinientes	20
1.5 Hipótesis.....	20
1.5.1 Hipótesis general.....	20
1.6 Operacionalización de variable	22
1.6.1 Variable dependiente.....	22
1.6.2 Variable independiente.....	27
1.6.3 Variables intervinientes	27
1.7 Justificación.....	29
1.8 Limitaciones de estudio	30
1.9 Consideraciones éticas.....	30
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	31
2.1 Antecedentes de estudio	31
2.2 Modelo Teórico de Enfermería aplicado	36
2.2.1 Teoría de Ramona T. Mercer	36
2.3 Marco teórico.....	38
2.3.1 Alimentación complementaria	38
2.4 Definición de términos.....	57
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	59
3.1. Tipo de estudio	59

3.1.1	Según el tiempo de ocurrencia	59
3.1.2	Según el periodo y secuencia de estudio.....	59
3.1.3	Según el análisis y alcance de los resultados.	59
3.3	Población y muestra.....	59
3.3.1	Población.....	59
3.3.2	Muestra.....	60
3.3.3.	Muestreo.....	60
3.3.4	Criterios de inclusión.....	61
3.3.5	Criterios de exclusión.....	61
3.4	Métodos y técnicas	61
3.4.1	Método	61
3.4.2	Técnica	61
3.4.3	Instrumento	61
3.4.4	Método de análisis de datos	62
3.5	Tratamiento de los datos	62
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....		63
CONCLUSIONES.....		77
SUGERENCIAS.....		78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		79
ANEXOS		83

INTRODUCCIÓN

La etapa que sigue a la lactancia materna, es decir la alimentación complementaria, se considera un periodo crítico, abarca aproximadamente desde los 6 meses de edad hasta los 2 años.

Antes de esta edad se recomienda no iniciar con la alimentación en los niños, por diversos factores, entre ellos la tolerancia a los alimentos, la posibilidad de desnutrición, de generación de alergias, etc.

Si bien al llegar la época de la alimentación con productos diferentes a la leche materna, no sustituye esta, es importante conocer que una incorrecta alimentación complementaria, conlleva a problemas nutricionales en el niño.

Por ser un problema presente en la realidad sanitaria peruana, que todavía no se logra superar se ha decidido estudiar este proceso, relacionado a la anemia en niños, puesto que fisiológicamente los depósitos de hierro van disminuyendo conforme transcurren los meses y la leche materna no sustituye eficientemente estos en el menor de 6 meses, por lo que la dieta constituye la principal fuente de aporte de este mineral, el cual dicho sea de paso es importante para el crecimiento y desarrollo pues el hierro en sangre, transporta el oxígeno indispensable para todas las funciones corporales.

La anemia es pues un problema para muchos niños peruanos, puesto que la dieta carencial contribuye a esta realidad, la cual se liga a los conocimientos, ineficiente gasto destinado a la alimentación, bio disponibilidad, etc.

La investigación se ha estructurado en cuatro capítulos que se detallan a continuación, de acuerdo a las normas de la Universidad Nacional Amazónica de Madre:

CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN: compuesto por la descripción del problema, la formulación, objetivos variables,

operacionalización de variables, justificación, limitaciones de estudio, consideraciones éticas.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO: Antecedentes de estudio, modelo teórico de enfermería aplicado, marco teórico y definición de términos.

CAPÍTULO II METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN: Tipos de estudio, diseño de estudio, población y muestra, métodos y técnicas, tratamiento de los datos e instrumentos de recolección de datos, métodos de análisis de datos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

Terminando en conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

La alimentación complementaria engloba una serie de prácticas realizadas por las madres o cuidadoras respecto a la alimentación de los niños que tienen 6 a más meses y abarca hasta los 24 meses, es un periodo en el cual se introducen paulatinamente alimentos sólidos y se va dejando de lado la lactancia materna, la cual en su concepción ideal, no se abandona, sino que pasa a un segundo plano.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud: “Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo” (1).

En este periodo se pueden suscitar una serie de alteraciones, derivadas de una incorrecta alimentación, la cual puede traer como consecuencia la desnutrición y diferentes formas de anemia (2), estas alteraciones muchas veces están relacionadas a la forma de alimentar a los niños que tienen sus madres o las personas dedicadas a su cuidado, los hábitos alimentarios son aprendidos en el seno del hogar, así que por lo general son herencias de las familias.

En respuesta a los desafíos actuales para el abordaje de la malnutrición, en la 63° Asamblea Mundial de la Salud (AMS) llevada a cabo del 17 al 21 de mayo de 2010 en Ginebra, se aprobó la Resolución 63.23, instando a los Estados miembros a “aumentar el compromiso político con el fin de

prevenir y reducir la desnutrición en todas sus formas, así como fortalecer y acelerar la implementación sostenible de la estrategia mundial para la alimentación de lactantes y niños pequeños, desarrollar o revisar los marcos de la actual política para hacer frente a la doble carga de la malnutrición, llevar a escala nacional las intervenciones para mejorar la nutrición materna, de lactantes y niños y fortalecer la vigilancia de la nutrición. Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento (1).

Uno de los lineamientos de la alimentación y nutrición, de los niños es “Iniciar con la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad” (3). Pero para saber qué tipo de alimentos se deben de comenzar a dar a los niños, a partir de esta edad, no basta la experiencia ni los comentarios de familiares y amigos, sino más de una adecuada consejería nutricional, que es responsabilidad de las licenciadas en enfermería de los distintos establecimientos de salud.

De producirse una adecuada introducción de alimentos se garantizaría que los niños puedan crecer y desarrollarse en las condiciones más óptimas posibles de modo que se sienten las bases de una buena salud para el futuro, este proceso es crucial, ya que “conforme los niños crecen, se vuelven más activos y la lactancia materna resulta insuficiente para cubrir las necesidades nutricionales (4). Por ello es importante que las madres tomen en cuenta premisas básicas a la hora de alimentar los hijos, evitando con ello dietas carenciales que generen problemas derivados de la mala alimentación, por ejemplo la anemia.

La alimentación complementaria es entonces un periodo de tiempo crucial en la alimentación del niño, de ser un lactante dependiente totalmente de la leche materna a pasar a ser un omnívoro, en este periodo se comienza a sustituir progresivamente la leche materna por alimentos diferentes, hasta

que transcurrido el tiempo se alimenta completamente de alimentos provenientes de la olla familiar.

Esta alimentación constituye el segundo paso fundamental hacia la supervivencia infantil y permite en el plano físico el desarrollo del potencial humano de cada niño. Por tanto es una “ventana de tiempo crítico” para la promoción del crecimiento, salud y el desarrollo óptimo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente entre los 6 meses y 2 años de edad, la lactancia materna puede continuar hasta después de los dos años (5).

Después de los seis meses los niños requieren otros alimentos para cubrir sus necesidades alimenticias; la incorporación de alimentos complementarios marca una nueva fase en desarrollo social, emocional y conducta. Esta incorporación de alimentos complementarios debe ser oportuna, iniciada en el momento justo y sobre todo con el empleo de los alimentos disponibles de mejor calidad nutritiva.

Esta etapa transita con deficiencias de ciertos micronutrientes y enfermedades comunes de la niñez como la diarrea. Esta realidad es particularmente significativa en nuestro país donde los niveles de desnutrición alcanzan alrededor de un cuarto de la población infantil, cuando se producen problemas alimentarios como la desnutrición, es muy difícil revertir la situación ocurrida anteriormente (6).

En Latinoamérica la gran mayoría de las madres, inician la alimentación complementaria a partir de los 3 y 4 meses de edad (7). En el Perú la recomendación es que se inicie la alimentación a partir de los seis meses de vida, aunque en la práctica muchas madres desoyen los consejos e inician la alimentación antes de esta edad. Cifras oficiales indican que la prevalencia de la desnutrición crónica, factor que se relaciona con la

alimentación complementaria en niños menores de 5 años, según ENDES 2004-2005, la desnutrición está en 24.1% a nivel nacional (8).

Las decisiones de las madres sobre la alimentación infantil resultan un proceso complejo a pesar de la intervención educativa, el personal de salud trabaja inagotablemente este tema, sin embargo se aprecia que “son muchos los factores que se relacionan a la introducción temprana de alimentos diferentes a la leche materna” (4) Una preocupación importante se relaciona a “la anemia en la primera etapa de vida de los niños peruanos, ha generado mucha preocupación en diversos ámbitos y niveles de actores con responsabilidad en la salud y bienestar de la población peruana. Esto es porque la anemia en esta etapa de la vida tiene consecuencias que perduran el resto de la vida del individuo” (9).

Se reconocen una serie de factores de riesgo en la práctica de la alimentación complementaria. La pobreza de las madres es un factor condicionante, que junto al nivel educativo, que van a incidir en la inadecuada alimentación complementaria.

En la práctica se verifican en diversos espacios físicos a nivel nacional que la mayoría de madres inician la alimentación complementaria de los niños antes de los 6 meses con jugos y semisólidos, contraviniendo toda recomendación. La realidad de la alimentación complementaria en Madre de Dios es similar a la de otros medios, las madres inician la alimentación complementaria a edades tempranas entre 3 a 5 meses de edad, el inicio es con solo líquidos o mixto. Según cifras oficiales del INEI, “prácticamente” se ha erradicado la pobreza extrema en Madre de Dios, pero la anemia afecta al 39.9% de sus niños.

Para Claudia Luján, nutricionista del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN - INS), Madre de Dios es la tercera región en el país más afectada por la anemia en niños menores de tres años registrando el 61%,

de lo que se deduce que se tienen dos realidades importantes en lo que a salud del menor se trata: desnutrición y anemia, por lo surge la pregunta:

1.2 Formulación del problema.

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en relación a anemia en madres de niños de 6 a 24 meses. Centro de Salud “Jorge Chávez”, 2016?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en relación a anemia en madres de niños de 6 a 24 meses. Centro de Salud “Jorge Chávez”, 2016

1.3.2 Objetivo específico

- Determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres niños de 6 a 24 meses que reciben atención en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.
- Establecer el nivel anemia mediante el dosaje de hemoglobina de los niños de 6 a 24 meses que reciben atención en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.
- Relacionar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y anemia en madres niños de 6 a 24 meses que reciben atención en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

1.4 Variables

1.4.1 Variable independiente

- Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria

1.4.2 Variable dependiente

- Anemia

1.4.3 Variables intervinientes

- Edad de la madre
- Grado de instrucción
- Número de hijos
- Ocupación de la madre
- Edad del niño

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis general

- **Hi:** Existe una relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en relación a anemia en madres de niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.
- **Ho:** No existe una relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en relación a anemia en madres de niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud “Jorge Chávez”

Hipótesis específicas

- **Hi:** El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud “Jorge Chávez” es regular.
- **Ho:** El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud “Jorge Chávez” es malo.

- **Hi:** El nivel anemia mediante el dosaje de hemoglobina de los niños de 6 a 24 meses que reciben atención en el Centro de Salud “Jorge Chávez” es mayoritariamente leve.
- **Ho:** El nivel anemia mediante el dosaje de hemoglobina de los niños de 6 a 24 meses que reciben atención en el Centro de Salud “Jorge Chávez” es mayoritariamente grave.
- **Hi:** Existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y anemia en madres niños de 6 a 24 meses que reciben atención en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.
- **Ho:** No existe relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y anemia en madres niños de 6 a 24 meses que reciben atención en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

1.6 Operacionalización de variable

1.6.1 Variable independiente

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA	EXPRESION FINAL
Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria	Información aprendida por experiencia o en capacitaciones acerca de alimentación complementaria, sus componentes, requisitos higiénicos,	Conocimientos sobre alimentación complementaria	Sobre la definición	<ul style="list-style-type: none"> • Consiste en alimentar paulatinamente al niño a partir de los 6 meses con comidas espesas e hipercalóricas. • Consiste en brindarle al niño algunos alimentos conforme se aprecie que el niño desea “comer”. • Consiste en el retiro de la leche materna y la sustitución completa por alimentos de la olla familiar • Desconoce. 	Cualitativa	Nominal	Buena: De 0 a 7 puntos Regular: 8 a 14 puntos Mala: 15 a 21 puntos
			Edad de inicio	<ul style="list-style-type: none"> • De 3 a 5 meses de edad. • A los 6 meses de edad. • Más de 7 meses de edad. • A la edad que el niño desee comenzar a comer 	Cuantitativa	Ordinal	
			Duración	<ul style="list-style-type: none"> • Entre seis meses a dos años de edad. • No tiene inicio, por lo tanto tampoco fin. • Indefinida. • • No conoce. 	Cualitativa	Nominal	

			Consistencia del alimento para la alimentación complementaria	<ul style="list-style-type: none"> • Espesa. • Aguada. • No interesa la consistencia. • Desconoce. 	Cualitativa	Nominal
			Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> • Dependen de la edad, al ser complementaria paulatinamente se irán incrementando • Tres veces por día independientemente de la edad • Cada vez que el niño pida alimento • Desconoce 	Cuantitativa	Ordinal
			Tipo de alimento	<ul style="list-style-type: none"> • Alimento especialmente preparado para el niño. • Papillas que venden con finalidad específica • Los alimentos de la olla familiar. • Desconoce 	Cualitativa	Nominal
		Prácticas de alimentación complementaria a niños de 6 a 8 meses	Cantidad de alimento al inicio del proceso (6 a 8 meses)	<ul style="list-style-type: none"> • Dos a cinco cucharas por ración • Una cucharada por ración • Lo que el niño quiera • Desconoce 	Cualitativa	nominal
			Consistencia del alimento sugerido entre los 6 a 8 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Mazamorra, puré o papilla • Licuado • Caldito • Desconoce 	Cualitativa	Nominal
			Frecuencia de alimentación entre los 6 a 8 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez por día • Dos o tres veces al día • Cuando el niño desee comer 	Cualitativa	Nominal

				<ul style="list-style-type: none"> • Desconoce 			
			Tipo de alimentos sugeridos para iniciar el proceso de alimentación complementaria	<ul style="list-style-type: none"> • Tubérculos, hígado de pollo, zapallo, plátano, aceite y mantequilla • Un poco de sopa de la olla familiar • Solo mazamoras de sobre • Desconoce 	Cualitativa	Nominal	
	Prácticas de alimentación complementaria a niños de 9 y 11 meses		Cantidad de alimentos sugeridos entre los 9 y 11 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Tres o menos cucharas por ración • Cinco a siete cucharas por ración • Lo que desee el niño • Desconoce 	Cualitativa	Nominal	
			Consistencia del alimento entre los 9 y 11 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Licuado • Mazamorra o puré • Triturado o desmenuzado • Desconoce 	Cualitativa	Nominal	
			Frecuencia de alimentación entre los 9 y 11 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Una a dos comidas por día • Tres comidas por día • Cuatro comidas por día • Desconoce 	Cualitativa	Nominal	
			Tipo de alimentos que se brindan entre los 9 y 11 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los alimentos adicionando clara de huevo • Todos los alimentos indistintamente • Solo algunos alimentos seleccionados con cuidado • Desconoce 	Cualitativa	Nominal	

	Prácticas de alimentación complementaria a niños mayores de 12 meses	Cantidad al inicio del proceso a mayores de 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Tres a cuatro cucharadas por ración • Cinco a siete cucharadas por ración • Siete a diez cucharadas por ración • Desconoce 	Cualitativa	Ordinal
		Sobre consistencia del alimento a mayores de 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Segundo o plato de fondo de la olla familiar • Sopas que se hacen en casa • Mazamoras preparadas en casa • Desconoce 	Cualitativa	Nominal
		Sobre frecuencia de alimentación a mayores de 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Dos comidas por día • Tres a cuatro comidas por día • Cinco comidas por día • Desconoce 	Cualitativa	Ordinal
		Tipo de alimentos sugeridos a mayores de 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los alimentos exceptuando los que provocan alergias • Todos los alimentos exceptuando chocolate y huevo • Todos los alimentos que se consumen en el hogar • Desconoce 	Cuantitativa	Nominal
	Higiene	Higiene de manos	<ul style="list-style-type: none"> • Cada vez que se encuentran evidentemente sucias • Tras manipular cosas sucias y antes de manipular alimentos • Tres veces por día • Desconoce 	Cualitativa	Nominal
		Lavado de manos	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de agua corriente • Uso de agua y jabón 	Cualitativa	Nominal

				<ul style="list-style-type: none">• Uso de desinfectantes para manos• Desconoce			
--	--	--	--	--	--	--	--

1.6.2 Variable dependiente

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	EXPRESIÓN FINAL
Anemia	Reducción en la concentración de hemoglobina o de los eritrocitos en sangre, por debajo de los valores normales para la edad, sexo y localización geográfica de una persona	Valor de hemoglobina	<p>> o = 11 g/dl</p> <p>De 10 a 10.9 g/dl</p> <p>De 7 a 9.9 g/dl</p> <p>< 7 g/dl</p>	<p>Normal</p> <p>Anemia leve</p> <p>Anemia Moderada</p> <p>Anemia severa</p>

1.6.3 Variables intervinientes

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA
Edad de la Madre	Es el número de años de vida de la madre en el momento del estudio expresado en años	<ul style="list-style-type: none"> • 15 a 19 años. • 20 a 35 años. • 36 a más años. 	Cuantitativa	Intervalar
Grado de instrucción	Es el nivel de escolaridad que tiene cada una de las madres de los niños en estudio	<ul style="list-style-type: none"> • Sin instrucción. • Primaria. • Secundaria. • Superior/técnica. 	Cualitativa	Ordinal
Número de hijos	Es la cantidad de hijos vivos que tiene en el momento del estudio, incluido el niño en estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • Solo uno • 2 hijos. • 3 hijos • 4 a más hijos. 	Cuantitativa	Ordinal

Ocupación de la madre	Referido al trabajo u oficio que realiza la madre.	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa. • Estudiante • Comerciante. • Otra 	Cualitativa	nominal
Edad del niño	Cantidad de años y meses del niño en estudio	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 6 meses a 11 meses y 29 días. • 1 -2 años. 	Cuantitativo	Ordinal

1.7 Justificación

Al llegar a los seis meses de vida, todas las madres están en la responsabilidad de alimentar a sus niños con productos que vayan supliendo las necesidades nutricionales: calórico proteicas, sin embargo estas prácticas que de modo general se denominan alimentación complementaria no necesariamente se dan de forma adecuada, producto de lo es que existen un grupo de indicadores negativos, referidos a la salud de los niños.

En la primera etapa de vida se produce un crecimiento y desarrollo acelerado. Durante esta etapa se presentan muchos problemas que son perjudiciales como la desnutrición y la anemia lo cual va afectar de manera irreversible la capacidad física, intelectual, emocional y social de los niños, y generan un mayor riesgo de enfermarse por infecciones y condicionan la muerte, estos están influidos por diferentes factores entre ellos tenemos, la inadecuada ingesta de alimentos, la falta de recursos económicos y desconocimiento de las prácticas correctas de alimentación por parte de la madre o persona encargada del cuidado del niño.

Uno de los problemas más significativos está representado por la anemia, enfermedad en la cual las reservas de hierro no son suficientes, lo cual tiene efectos en la salud del niño, que son difícilmente superables.

Estudiar la problemática asociada a los conocimientos sobre alimentación complementaria permitirá al personal de salud principalmente de enfermería poner énfasis en aquellos temas que aun crean error o desconcierto en las personas, direccionando así las actividades preventivo promocionales de la salud. Así mismo permitirá relacionar esta información con un indicador significativo que es el nivel de anemia, de esta forma se puede analizar la data para la toma de decisiones en salud, que a la larga vayan en beneficio de la salud de los niño y generen a su vez antecedentes para la realización de nuevos estudios ahondando en este tema.

1.8 Limitaciones de estudio

Para la realización del presente estudio la única dificultad presentada se relacionó a la entrevista con las unidades muestrales en el establecimiento elegido para el estudio, la cual con coordinación del personal de enfermería se superó fácilmente.

1.9 Consideraciones éticas

Para realizar el estudio se solicitó el consentimiento informado para que las unidades muestrales fuesen incorporadas en el estudio, con la finalidad de que las personas manifiesten su voluntad de participar en el mismo. Asimismo la investigadora utilizó la información recaba de forma confidencial.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudio

García de León C.M, en el estudio **“Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la Comunidad el Tablón del Municipio de Sololá”** efectuado con el objetivo de determinar las prácticas de alimentación complementaria en niños menores de un año de edad, estudio de tipo descriptivo, desarrollado mediante la aplicación de 3 boletas a 45 madres de niños menores de un año que ya habían iniciado la alimentación complementaria.

Encontró que las prácticas de alimentación complementaria de la población en general se basan en maíz, bebida a base de harina de maíz y soya (Incaparina), frijoles y hierbas. Estos alimentos aportan en su mayoría carbohidratos a la dieta y aunque pueden llenar los requerimientos energéticos del niño, pueden no aportar todos los nutrientes necesarios para su desarrollo.

Los alimentos consumidos con mayor frecuencia por la mayoría de la población son: Tortilla, arroz, pan, atoles (de masa, pinol, avena e Incaparina), frijoles y hierbas. Una parte de la población, también consume semanalmente alimentos como café y gaseosas, los cuales no aportan nutrientes a la alimentación. Asimismo, la población presenta un bajo consumo de carne, lo que puede condicionar el aporte de proteínas y hierro al organismo, nutrientes esenciales para el desarrollo de los niños.

Las prácticas de higiene ejecutadas por la mayoría de la población son adecuadas. Sin embargo, en este estudio no se evaluaron factores como la calidad de agua utilizada, disposición de desechos y almacenamiento de los alimentos; los cuales también condicionan la inocuidad de los alimentos.

La edad de introducción de alimentos diferentes a la leche materna en la mayoría de la población se dio a los 6 meses como se recomienda. Aun así, la caracterización por grupos de edad demostró que el tipo y variedad de alimentos va aumentando en la mayoría de los niños conforme la edad, sin embargo, la

consistencia, preparación y número de comidas al día no se realiza de manera adecuada según el grupo etario (10).

Román-Mata G, en el estudio “**Alimentación complementaria y presencia de obesidad en niños chihuahuenses menores de 7 años**”, el método del estudio fue transversal, retrospectivo y observacional en población preescolar (n=977).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad alcanzó al 5.4%, los participantes tuvieron sobrepeso/obesidad, siendo mujeres todas.

Respecto a alimentación complementaria el 85% de los participantes recibieron alimentación complementaria en los primeros seis meses después de su nacimiento, 5.4% de los niños ablactados en forma temprana y 6.7% de los ablactados en el periodo correcto, tenían obesidad o sobrepeso, no habiendo diferencias significativas entre ellos ($\chi^2=0.15$, $P=0.70$).

Escobar-Álvarez M. B, en el estudio “**Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas que acuden a consulta externa de pediatría en el Hospital del IESS de Latacunga en el período junio septiembre del 2013**”, el enfoque de la investigación fue de tipo cuali-cuantitativo observacional, analítico y transversal. El universo y muestra que sirvió como objeto de la investigación fueron 196 madres. Para la recolección de datos se aplicó dos instrumentos, un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas y las tablas de valoración nutricional antropométrica.

Al evaluar todas las medidas antropométricas, se obtuvo un mayor porcentaje de infantes con estado nutricional normal, seguido de un grupo importante de niños y niñas con riesgo de desnutrición crónica o la misma como tal, en menor cantidad se encontró niños y niñas con sobrepeso, sobrepeso con baja talla y con baja talla severa, lo que refleja una alimentación inadecuada para niños y niñas de esta edad.

Del total de madres encuestadas se encontró que un poco más de la mitad de ellas tienen un nivel de conocimientos medio sobre el tema de alimentación complementaria, en menor proporción están el grupo de madres con nivel de conocimientos bajo, seguidos finalmente por las madres con nivel de conocimientos alto. El mayor conocimiento que existe sobre alimentación complementaria se relaciona con la edad de inicio, cantidad, consistencia, higiene, beneficios físicos. El nivel medio de conocimientos se relaciona con la frecuencia. El nivel bajo de conocimientos se relaciona con la definición, preparación más nutritiva.

Al finalizar la investigación, se observó que el mayor número de madres desarrollaron prácticas medianamente favorables en cuanto a la alimentación complementaria en sus niños y niñas, seguido del grupo de madres que desarrollaron prácticas poco favorables y finalmente se encuentran el grupo de madres con prácticas favorables. Cabe recalcar que el nivel de prácticas poco favorables se evidencia en todos los estados nutricionales asociados con el nivel de conocimientos medio y bajo que se encontró en la mayoría de madres.

El nivel de prácticas de las madres en la implementación de la alimentación complementaria está directamente relacionado con el nivel de conocimientos que la madre tenga sobre el tema, sin ser este el único determinante, convirtiendo la consejería nutricional sobre la alimentación complementaria en un punto crítico a tomar en cuenta en los programas de educación y promoción de salud.

Además del conocimiento que las madres tengan sobre el tema de alimentación complementaria, se puede notar una gran influencia de otros factores, siendo estos, las situaciones adversas que impiden a la madre concluir con el período de lactancia materna recomendado, refiriéndose principalmente como condicionante a la reincorporación al trabajo y/o actividades normales; las creencias que existen sobre el tema, refiriéndose a los beneficios otorgados al consumo de determinados alimentos a una determinada edad (11).

Núñez M, Ulloa D.I., en el estudio “**Anemia y desarrollo cognitivo en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa 06 “Cuadritos”**”, distrito de Laredo, diciembre de 2010”, realizada con el objetivo de determinar la relación entre anemia y el desarrollo cognitivo de niños de 3 a 5 años de edad, se realizó un estudio de corte transversal, a 53 niños que cumplieron los criterios de inclusión.

La frecuencia de anemia en el grupo de estudio alcanzó a 17%, así mismo el 83% de los niños lograron sus objetivos educativos programados, mientras el 13,2% está en proceso de aprendizaje y el 3,8% requiere reforzamiento. En el grupo de los que presentaron anemia el 55,6% lograron sus objetivos de aprendizaje, 22,2% estaban en proceso y 22,2% requieren reforzamiento.

El grupo que no presentó anemia, el 88,6% logró los objetivos académicos, 11,45 están en proceso de aprendizaje y ningún alumno necesitó reforzamiento, encontrándose diferencias estadísticamente muy significativas entre ambos grupos ($p=0,003$). Al aplicar la prueba de V de Cramer se obtuvo un valor de 0,21 lo que indicó que la asociación era baja. Se concluyó que existe una baja relación entre la anemia y el desarrollo cognitivo, que se interpretó como a mayor ausencia de anemia, mayor nivel de desarrollo cognitivo. (12)

Huamán L, Aparco J, Núñez E, Gonzales E, Pillaca J Y Mayta P., en el estudio “**Consumo de suplementos con multimicronutrientes chispitas® y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Perú**”, se realizó con el objetivo de evaluar la implementación del programa de suplementación universal con multimicronutrientes “Chispitas®” en la región Apurímac a través de la cantidad y calidad de sobres consumidos y su relación con la anemia, en niños de 6 a 35 meses. Se consideró como anemia a los valores de hemoglobina ajustados por altitud menores de 110 g/L. Se calculó las razones de prevalencia ajustadas (RPa) por regresión de Poisson.

Se incluyó 714 participantes, 25,3% vivía en hogares pobres y 59,2% en extrema pobreza; 52,6% residía a más de 3000 m de altitud. La prevalencia de anemia fue de 51,3% (IC95%: 47,1-55,4%), 5,4% no recibió la intervención; 60,3% consumió 60 o más sobres y 49,0% los consumió en forma adecuada. No se

encontró asociación entre la cantidad de sobres recibidos o consumidos y la anemia ($p < 0,05$). Aquellos niños que consumieron el suplemento en forma adecuada tuvieron menor prevalencia de anemia que aquellos que no lo hicieron (RPa: 0,81; IC95%: 0,68-0,96) (13).

Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición., en el estudio **“Evolución de los indicadores del programa articulado nutricional y los factores asociados a la desnutrición crónica y anemia. Lima, 2012”**, realizado con el objetivo de describir la evolución de los indicadores nutricionales y los factores asociados a la desnutrición crónica y anemia en los niños menores de 36 meses. Se realizó un análisis de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar en el periodo de 2000 al 2011 en la población de niños menores de 36 meses. Se realizó el análisis estadístico usando SPSS v 19.0 análisis para muestras complejas; se ajustó por factor de ponderación con intervalo de confianza de 95% y se aplicó regresión logística con intervalo de confianza de 95% para evaluar los factores de riesgo asociados a la desnutrición crónica y la anemia.

Del 2000 al 2011, la prevalencia de la desnutrición crónica disminuyó en 7.3%, la anemia en 19.3%, la IRA en 3.5%, la EDA en 17.6% y el bajo peso al nacer en 7.1% en los niños menores de 36 meses. La proporción del control del CRED aumentó en 29.4%, el suplemento de hierro en 9.7%, las vacunas básicas en 8.4% en los niños menores de 36 meses. La proporción de hogares con acceso a agua segura aumentó en 8.9%, hogares con saneamiento ambiental en 11.7%, hogares rurales en 22.5%. Los factores asociados a la desnutrición crónica son el sexo masculino (OR=2), la condición de pobre (OR=2.63) y el bajo peso al nacer (OR=4.3) y los factores asociados a la anemia son la pobreza extrema (OR=1.8), pobreza (OR=1.4), la falta de control prenatal de la madre del niño (OR=1.4) y ser madre adolescente (OR=1.5).

La prevalencia de desnutrición crónica y la anemia han disminuido notablemente a nivel nacional de los niños de 6 a 36 meses entre los años 2000 y 2011, y constituyen problemas de salud pública en el Perú. Los factores asociados a la desnutrición crónica son el sexo masculino, la condición de pobre y el bajo peso

al nacer y los factores asociados a la anemia son la pobreza, la falta de control prenatal de la madre del niño y ser madre adolescente (14).

2.2 Modelo Teórico de Enfermería aplicado

2.2.1 Teoría de Ramona T. Mercer

Adopción del rol materno-convertirse en madre

Esta propuesta se centra en el papel maternal, donde la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo. Cuando la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel. Mercer abarca varios factores maternos: edad, estado de salud, relación padre-madre y características del lactante. Además, define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad.

Entre las múltiples teorías del cuidado enfermero se abordó la teoría intermedia, la cual se centra en una dimensión que representa un modelo de cuidado y es por ello que se propone la adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer aplicada al binomio madre e hijo, se orienta en la búsqueda de nuevos espacios en la práctica pre-profesional rompiendo paradigmas en cuanto a cuidado enfermero se refiere, llegando a convertirse en el pilar de la labor de enfermería y le ofrece al estudiante la oportunidad de validar y confrontar en la práctica desde cualquiera de los campos de acción seleccionados aplicando el método científico en enfermería.

Características del modelo de adopción del rol maternal Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de 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 de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal se va sintiendo vinculada

a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro de mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna . El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, meso-sistema y el macro-sistema.

1. El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Mercer amplio los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a “difuminar la tensión en la dualidad madre- niño”. La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño.
2. El meso-sistema agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del meso-sistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata.
3. El macro-sistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macro-sistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal.

Estadios de la adquisición del rol maternal

- a. **Anticipación:** el estadio de anticipación empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol.

- b. **Formal:** empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas de rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.
- c. **Informal:** empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida basándose en experiencias pasadas y en objetivos futuros.
- d. **Personal:** o de identidad de rol se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol y alcanza el rol maternal.

El interés de la teoría de Mercer va más allá del concepto de “madre tradicional”, abarcando factores como: edad, estado de salud, función de la familia, relación padre-madre y características del lactante, igualmente es importante resaltar el amor y apoyo de la pareja como factores predisponentes para hacer posible un cuidado integral del binomio madre-hijo. El cuidado materno perinatal, es uno de los ámbitos de la profesión de enfermería, en donde éste ejerce un rol fundamental desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la vida del proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y estratificación hacia la vida extrauterina de su neonato.

Actualmente la atención binomio madre – hijo sigue modelos biomédicos, la aplicación de la teoría de Ramona Mercer a la práctica se fundamenta en la adquisición de la diada como parte del que hacer propio de enfermería.

2.3 Marco teórico

2.3.1 Alimentación complementaria

Nutrición

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Es el proceso por el cual el organismo digiere, absorbe, ingiere, transporta, utiliza y elimina sustancias alimenticias. Se ocupa además de las

consecuencias sociales, económicas, culturales y psíquicas de los alimentos y su ingestión.

El ser humano tiene que ingerir una cantidad de alimentos con un adecuado contenido de calorías, proteínas, minerales, vitaminas, para satisfacer las necesidades de mantenimiento, crecimiento, reproducción y funciones normales del organismo y tejidos (15).

Alimento

Se define como alimento a cualquier sustancia que introducida en la sangre, nutre, repara el desgaste y da energía, calor al organismo, sin perjudicarlo ni provocarle pérdida de su actividad funcional. Los alimentos se diferencian entre sí porque cada uno contiene sustancias nutritivas para el organismo (16).

Alimentación complementaria

La alimentación complementaria es el periodo en que el niño comienza a recibir otros alimentos progresivamente diferentes a la leche materna, hasta el momento que forma parte de la mesa familiar. Durante este lapso, el niño pasa una alimentación exclusivamente láctea a otra compuesta por una amplia variedad de productos y se extiende desde los 6 meses, hasta cese definitivo de la lactancia natural (17).

Desde el punto de vista de salud pública; se define la alimentación complementaria como: situación gradual y progresiva de la lactancia materna, por otras fuentes alimenticias, para lograr el adecuado crecimiento y desarrollo de lactante (18).

Una alimentación complementaria óptima debe ser:

- **Oportuna:** Iniciada en el momento justo, de tal manera que no disminuya los beneficios del amamantamiento.
- **Nutricionalmente Adecuada:** Que provea la energía y nutrientes adecuados para lactantes de más de 6 meses de vida.

- **Segura:** Ofrecida y preparada higiénicamente en la manipulación de alimentos para evitar infecciones.
- **Perceptiva:** Brindada con efecto, respetando las necesidades del niño.

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 materna.
- **Intermedia o de Mantenimiento:** Donde los alimentos progresivamente, se convierten en suplementos de la alimentación láctea, pasando la leche materna a ser un complemento de los nuevos alimentos.
- **Final:** Consiste en el empalme con la alimentación habitual de la familia.

Fundamentos para el inicio del proceso de alimentación complementaria

Desde el punto de vista biológico, nutricional y de la maduración neurológica, los aspectos a tener en cuenta son:

- La suficiencia de la leche materna en relación a las necesidades nutricionales del lactante hasta los 6 meses de edad. Si a esta edad no recibe alimentos complementarios puede verse en la necesidad de reducir a sus tejidos de reserva para satisfacer sus necesidades.
- El desarrollo del aparato digestivo del lactante: todo niño nacido a término y sano, posee las enzimas necesarias para degradar los hidratos de carbono de la leche materna, pero no puede degradar carbohidratos más complejos. La digestión y absorción de lípidos también es deficiente durante los primeros meses de vida. Solo la grasa de la leche materna se absorbe en mayor proporción debido a la presencia de la lipasa.
- Otras sustancias necesarias para la digestión de los lípidos no se sintetizan en cantidades suficientes ni en forma madura antes de los 6 meses.

- Las enzimas responsables de la degradación de las proteínas existen desde el nacimiento; inclusive en prematuros y desnutridos pero la inmadurez digestiva se expresa en otro nivel: la pared intestinal es exclusivamente permeable, por lo que, las moléculas grandes de proteínas pueden pasar al torrente sanguíneo y originar reacciones alérgicas a determinados alimentos.
- Esta permeabilidad exagerada persiste aproximadamente hasta los 6 meses de edad.
- Desde el punto de vista de la maduración neurológica del lactante, se pueden decir también que, la edad más adecuada para iniciar la alimentación complementaria es alrededor de los 6 meses (19).
- A los 4 meses, madura el reflejo de succión por el que el niño puede deglutir alimentos de mayor consistencia que la leche. Simultáneamente, desaparece el reflejo de protrusión, mediante el cual empuja hacia fuera todo alimento semisólido colocado en la parte anterior de la lengua. A los 6 meses, puede expresar deseo y también desinterés por el alimento.
- Entre los 6 y 8 meses, en la mayoría de los niños, aparecen los primeros dientes. A los 8 meses, intenta tomar los alimentos con su mano y también con la cuchara.
- A los 9 meses, empieza a desarrollar la coordinación ojo-mano-boca y alrededor del año, está capacitado para comer por sí solo, bajo cuidado y vigilancia de una persona mayor (20).

En conclusión, la mayoría de los autores que han vertido una opinión al respecto, coinciden en señalar que, desde el punto de vista biológico, nutricional y de maduración neurológica del lactante, la edad adecuada para iniciar la alimentación complementaria se ubica alrededor de los 6 meses.

Si se hace antes aumenta el riesgo de enfermedades diarreicas, además se diluye el valor nutritivo de la dieta reemplazando el alimento ideal (leche materna) por alimentos inferiores y aumentando el riesgo de algunas alergias (21).

Consistencia de los alimentos durante la alimentación complementaria

La incorporación de alimentos complementarios debe ser gradual, de menor a mayor consistencia (22).

Clasificación de los alimentos según la función que desempeña en el organismo

Energéticos o calóricos

Integran este grupo todos aquellos que proporcionan a nuestro organismo la energía necesaria para mantener la temperatura del cuerpo, el buen funcionamiento de nuestro organismo, la realización del trabajo y cualquier otra actividad. Corresponden a todos aquellos alimentos que contienen en mayor proporción carbohidratos y grasas (cereales, legumbres, tubérculos, frutas, verduras, azúcares refinados, tocino, mantequilla, leche, carne, pescado, yema de huevo, aceites vegetales, frutos secos).

Constructores o formadores

Integrado por los alimentos que proporcionan proteínas, sustancias indispensables para la formación de los tejidos, enzimas y otras sustancias necesarias para la vida. (Pescados, carnes, huevos, leche y derivados, legumbres, cereales, hortalizas).

Productores o reguladores

Son los alimentos que complementan a los otros dos grupos de alimentos, asegurando así el buen funcionamiento de nuestro organismo. El cuerpo necesita nutrientes para resistir y cambiar las infecciones y reponerse de las infecciones.

A este grupo pertenecen los alimentos que proporcionan vitaminas y minerales, en presencia de los cuales se llevan a cabo diversos procesos. Favorecen el desarrollo de las funciones constructoras energéticas y protegen contra las infecciones (frutas y verduras) (23).

Clasificación de los alimentos según la cantidad en que están presentes en los alimentos:

Macronutrientes

Hidratos de carbono: Son la mayor fuente de energía, la más económica y de fácil asimilación. Sirve para: tener fuerzas y energía para trabajar, caminar, jugar, estudiar, crecer, tener una temperatura normal. Se encuentran en: cereales, legumbres, tubérculos, frutas, verduras, azúcares refinados.

Grasas: Al igual que los carbohidratos constituyen los nutrientes energéticos, también son energía de reserva, vehículo de ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles. Están en: mantequilla, carne, pescado, leche, yema de huevo, aceites vegetales, frutos secos.

Proteínas: Son el material de construcción del cuerpo (tejidos, fibras musculares, y los huesos), lo hacen crecer y mantienen a punto. Se encuentran en: pescados, carne, huevo, leche y derivados, legumbres, cereales y hortalizas.

Micronutrientes

Vitaminas: Controlan el equilibrio de los procesos orgánicos específicamente sirven para: Mejorar el crecimiento de dientes, mejorar nuestras defensas contra las enfermedades (sistema inmunológico), mejorar el funcionamiento de la vista, hígado, pulmones. Existen dos tipos de vitaminas: liposolubles (vitamina A, D, E, K) e hidrosolubles (vitamina C, B1, B2, B6, B12) estas vitaminas se encuentran: frutas, verduras, legumbres, cereales, pescado, carne, huevos.

Minerales: Mantienen y renuevan la estructura corporal e interviene en procesos biológicos vitales. Todos los alimentos lo contienen y al igual las vitaminas

tenemos en: hierro, yodo, flúor, calcio, fosforo, zinc. Los encontramos estos minerales en: carne, hígado, huevo, frutas, cereales, sal, pescado, mariscos, algas verdes, col, espinaca, productos lácteos, queso y soya.

Capacidad gástrica

Se debe remplazar con pequeñas cantidades, ya que la capacidad gástrica del niño es reducida y guarda relación con su peso (30g/kg. De peso corporal) estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida.

Desde los 6 meses de edad, la niña(o) debe tener su propio recipiente (plato o taza y cuchara) para que la madre o la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta (24).

El niño tiene el estomago pequeño y por ello es mejor darle durante el día de 3 a 4 comidas de poco volumen, pero con calidad y cantidad suficientes como para proveer sus necesidades nutricionales, especialmente en el caso de aquellos que son difíciles para comer.

Frecuencia diaria de comidas

Los alimentos complementarios o sustitutos deben introducirse en forma gradual a partir de los 6 meses de edad. Se recomienda comenzar cuando el niño puede mantenerse sentado sin ayuda. Por esta razón debe recibir al menos durante los 2 primeros años unas 5 comidas diarias aparte de la leche materna. La regla es “poca cantidad y mayor frecuencia” (25)

La higiene es un punto álgido durante el proceso de alimentación complementaria por el peligro de ofrecer al niño alimentos contaminados. Es recomendable cumplir con las medidas básicas de higiene de mano, alimentos y de manera especial utensilios. Una cuchara una taza o plato son los más indicados para servir los alimentos al niño por ser fáciles de lavar.

Alimentación balanceada

El desarrollo, crecimiento y mantención de los órganos vivos implica la síntesis de sistemas altamente especializados a partir de sustratos y energía que son proporcionados por los alimentos (15).

Cuando un individuo ingiere alimentos (energía) inferior a su requerimiento energético se produce grandes cambios en la mayoría de sus factores que determina el gasto energético: disminución de la actividad física, cambios conductuales, descenso de la tasa de metabolismo, cambios en su composición corporal y pérdida de peso. Este grado de adaptación es un riesgo para la salud.

Cada individuo tiene exigencias alimenticias distintas según las características de su organismo y la situación biológica.

Una dieta nutricionalmente balanceada es aquella capaz de cubrir los requerimientos nutricionales de un individuo o grupo, considerando la calidad y cantidad de alimentos disponibles, la cantidad de dinero para la alimentación y los hábitos alimentarios entre otros factores (8).

Lograr cumplir con estas condiciones significa enfrentar con criterio técnico las distintas alternativas para alimentar a la población, de acuerdo a sus posibilidades económicas y ambientales; por lo tanto es necesario ir más allá de las cifras de recomendaciones nutricionales entregadas por los organismos internacionales y del simple cálculo de la composición química de los alimentos.

El costo de la dieta es un componente importante, especialmente para los profesionales que tienen la responsabilidad de formular dietas nutricionales balanceadas para individuos y grupos de población con recursos limitados.

La alimentación del niño debe ser completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Debe contener agua, proteínas, grasa, carbohidratos, vitaminas, minerales y fibra (26).

El aporte calórico total generado por los alimentos es una alimentación ideal, los carbohidratos deben aportar 50%, las grasas 35% y las proteínas 15% aproximadamente.

Combinación adecuada de los alimentos

Para aportar la suficiente energía y nutrientes, las comidas deben estar adecuadamente combinadas, por lo que es recomendable iniciar el proceso de la alimentación complementaria con las llamadas mezclas básicas que son aquellas formadas solamente por 2 ó 3 ingredientes.

Las multimezclas son más apropiadas para la alimentación de niños mayores de 6 meses, consta de 4 ingredientes:

- El alimento básico es el ingrediente principal, el que está presente en mayor cantidad. Puede ser un cereal y/o tubérculo.
- El complemento de proteínas: leguminosas o alimentos de origen animal.
- El complemento de vitaminas y minerales: verdura o fruta, de preferencia las de color verde oscuro y amarillo intenso.
- El complemento energético: grasa, aceite o azúcar para aumentar la concentración de energía de la mezcla (27).
- Se debe enriquecer una de las comidas principales de la niña (o) con una cucharita de grasa (aceite, mantequilla, margarina) (17).

La leche materna constituye el soporte de la alimentación del niño porque es un alimento completo. A medida que el niño crece, la cantidad producida diariamente ya no es abundante, sin embargo, es una fuente muy valiosa de energía y nutrientes.

Recomendaciones durante la alimentación complementaria

Durante los primeros 6 meses de vida la lactancia materna exclusiva es la mejor manera de alimentar al niño, a partir de esta edad los niños necesitan otros

alimentos complementarios, a la leche materna, para asegurar un adecuado crecimiento y una buena salud (28).

La alimentación complementaria es el periodo de transición de la dieta de un bebe alimentado solo con leche materna hasta llegar a una dieta sin esta, durante ese periodo se va aumentando gradualmente en el consumo de los alimentos sólidos mientras que la leche materna va disminuyendo, hasta que la madre decide suspenderla (29).

Es necesario tener siempre en cuenta que, aun cuando el niño empieza a alimentarse con sólidos, la leche materna sigue siendo su principal nutriente.

Los esquemas sugeridos para la alimentación del niño obedecen a aspectos técnicos, que se basan en calcular una ingesta adecuada de calorías, proteínas, grasas, vitaminas y minerales; así como de la disponibilidad de los alimentos y aspectos de costumbres culturales y familiares (30).

Se recomienda iniciar la alimentación con purés o mazamoras a base de cereales, harina o papa que son alimentos ricos en energía; estos productos si bien son buenos no deben mantenerse como los únicos de la dieta. Conforme el niño aumenta el consumo de alimentos sólidos, disminuirá el número de mamadas y por lo tanto el aporte nutricional de la leche materna, lo cual podría llevar a un desbalance entre la ingesta de calorías, proteínas y otros nutrientes.

Por ello es necesario que las preparaciones “papillas o mazamoras” lleven inicialmente un poco de leche. Posteriormente, la leche puede ser cambiada por otro alimento de origen animal como; hígado de pollo o huevo.

Además se pueden agregar a la preparación una verdura como zapallo, zanahoria o una hortaliza de hoja verde, como fuente de vitamina y minerales, hervida o picada. Finalmente es necesario adicionar a la preparación una fuente de energía como margarina, aceite o azúcar (29).

Cuando el niño tiene 7 meses se le puede dar pescado, otras carnes y a partir de los 8 meses menestras inicialmente sin cascaras para facilitar su digestión.

Muchas madres creen erradamente, que el intestino del niño no es capaz de asimilar los alimentos picados; por ello licuan las verduras, las menestras y las carnes.

Pero esto es un error, ya que el licuar los alimentos se evita que el niño conozca la consistencia de alimentos nuevos y le impide que se adiestre en la masticación y la deglución de alimentos enteros.

Es muy importante mencionar, que entre los 8 a 12 meses de edad se da una etapa especialmente propicia para conocer nuevos sabores, si no se aprovecha ese periodo es mucho más difícil la introducción de nuevos alimentos después del año (30).

Existe el mito de que el caldo, donde han hervido las verduras y carnes, es un alimento de gran valor. “nada más errado”. Muchas madres consideran que se debe tomar primero el caldo y luego el segundo, esto causa que el estomago del niño se llene y no tenga apetito para comer lo más importante que es el segundo o el alimento sólido.

Por lo tanto es importante no llenar a los niños con líquidos, como caldos y las sopas, que no los alimentan bien y les quita el apetito, más bien hay que darle alimentos de la sopa preparados como puré.

Todos los lactantes, criados en un ambiente emocional sano, el comer es una fiesta. Rodearlos de un rito de pulcritud y limpieza les malogra la fiesta les crea diversos grados de frustración.

Hay que asumir que el lactante no tiene conciencia de lo que es limpio o lo que esta sucio. Eso si los adultos que asisten al niño tienen que lavarse las manos y asegurarse que la mesa y los utensillos estén lo suficientemente limpios para que pueda alimentarse y jugar en forma optima.

En general es mejor tener un horario fijo, éste puede dar un alimento de 3 ó 4 horas desde que se despierta el niño por la mañana. El periodo de espera entre cada alimento se debe adaptar a cada niño, ya que cada uno tiende a tener un

ritmo y la persona que lo cuida debe respetar este ritmo y a sostenerlo en forma coherente. Sin embargo, no es bueno asumir rigidamente el horario por o que es adecuado esperar a que el niño manifieste su apetito.

Balanceando la lactancia y los alimentos complementarios

La dieta del niño entre los 12 y 24 meses de edad debe mantener un equilibrio balanceado entre la leche materna y los alimentos de la olla familiar (8).

Un niño sano, con buen apetito y con un ambito familiar que fomenta buenos hábitos alimenticios, este balance se consigue facilmente y cambia lentamente hasta el destete total hasta los dos años a más. Pero hay otras circunstancias donde este balance no es logrado y la ingesta de otros alimentos es inadecuada, llevando al niño a tener un bajo crecimiento (4).

Esto puede ocurrir temporalmente por anorexia asociada con una enfermedad.

Por un periodo más largo donde este desbalance no es logrado y la ingesta de otros alimentos es inadecuada, llevando al niño una preferencia muy marcada hacia la leche materna u otros liquidos.

Entre las principales razones que conducen al desbalance entre la leche materna y los alimentos sólidos, se encuentran:

El gusto individual del niño.

- Los patrones alimenticios que no fomentan el consumo sólidos durante el primer año de vida.
- Las prácticas alimenticias que definen un orden al momento de ofrecer los alimentos.

Si bien se presentan estas causas de manera desagregada, es importante recordar que ellos pueden actuar de manera individual o reforzandose mutuamente.

Parece que muchos niños prefieren la leche materna por su sabor dulce y por ser fácil de ingerir, en muchos casos, esta preferencia está asociada con el deseo del niño de recibir cariño y la atención de su madre tanto como una resistencia al mayor esfuerzo que implica el tener que masticar los alimentos sólidos.

La preferencia por la leche materna puede estar asociada también con la falta de experiencia del niño de probar alimentos sólidos durante su primer año de vida. Lo cual hace más difícil su introducción durante una etapa posterior (4).

Algunos autores opinan, que los niños que no experimentan con diferentes alimentos durante este periodo, pueden rechazar con mayor frecuencia las comidas más densas durante el segundo año. Hay evidencia de una “ventana de oportunidad”, quiere decir que entre los 5 a 8 meses el niño está dispuesto a probar alimentos diferentes en sabor y consistencia, por este motivo resulta importante que los niños comiencen a recibir alimentos semisólidos alrededor de los 6 meses.

Esto puede ser un factor importante, para entender este desbalance alimenticio en los casos de los niños de algunas zonas de la sierra donde la introducción de alimentos es muy tardía.

Desbalance y prácticas sociales que definen un orden al momento de ofrecer los alimentos

Una práctica alimentaria muy común consiste en que muchas madres acostumbran primero ofrecer el pecho y luego la comida, esta práctica está basada en recomendaciones de los profesionales de la salud con el objetivo de proteger el consumo de la leche materna, de esta manera se evita que pueda ser remplazada con comidas de inferior calidad; es común encontrar que las madres siguen esta costumbre hasta el segundo año de vida.

Lo que sucede en la práctica es que el niño llena su capacidad gástrica disponible con leche quedando un espacio más limitado para otros alimentos, generando el desbalance entre leche materna y otros alimentos.

Resulta de vital importancia el prestar atención a las prácticas sociales que definen el orden al momento de ofrecer alimentos al niño, ya que ellas tienen un impacto significativo en el estado nutricional (9).

Por ejemplo, la práctica de muchas madres de dar algo al niño antes del almuerzo: leche, fruta, gaseosa, caramelos, galletas, marcianos, etc. Es una de las causas de la pérdida temporal del apetito, ya que igualmente como la leche materna, puede quitar espacio gástrico para alimentos más nutritivos.

En resumen se puede dar las siguientes recomendaciones sobre el rol de la leche materna en la dieta: Un niño sano, bien nutrido y que come bien, puede tomar leche materna cuando y tanto él y la madre quieran, no hay razón para limitar la cantidad de la leche materna mientras coma bien (4).

Un niño enfermo debe seguir lactando y aumentar su ingesta de leche materna si rechaza otras comidas, después de que el niño recupera su apetito, la madre debe restablecer la ingesta de otras comidas.

Para un niño mayor de un año que rechaza sus comidas y sólo quiere tomar pecho (pese a no estar enfermo), la madre debe evitar el ofrecimiento del pecho y otras golosinas o gaseosas alrededor de la hora de la comida, de esta manera, aumentará su hambre y las posibilidades de aceptación de la comida.

En algunos casos, se requiere el apoyo de otros miembros de la familia ofreciéndole comida, de esta manera, aumentará su hambre y las posibilidades de aceptación de la comida.

Para disminuir las peticiones de pecho o de las golosinas antes del esfuerzo de parte del niño, es importante procurar tener un horario fijo para el almuerzo o la comida, de esta manera, el niño sabrá cuando esperar sus alimentos.

Servir el plato fuerte (el segundo) primero, así el niño se llenará primero con alimentos de mayor densidad y aporte nutricional.

Para los niños entre 6 y 12 meses, puede ser necesario no ofrecerles pecho antes de la comida sobre todo en los casos de niños que muestran dificultad para masticar alimentos de consistencia sólida (8).

Los niños mayores de 6 meses deben estar expuestos a experimentar con las consistencias y sabores de diferentes alimentos, para facilitar su adaptabilidad a la ingesta de alimentos sólidos en etapas posteriores.

Alimentos destinados a la alimentación complementaria

Alimentos de origen vegetal

Para asegurar el aporte de vitaminas, minerales y otras sustancias protectoras presentes en los vegetales, es necesario combinar la mayor variedad posible de verduras en la dieta y los suplementos vitamínicos no pueden reemplazarlas (31).

Origen animal

Cereales y tubérculos: Papa, arroz, quinua, mote o maíz, camote, yuca, fideo, olluco, trigo, etc: (6).

Verduras: Acelga, tomate, espinaca, zanahoria, zapallo, brócoli o cualquier otra verdura de la estación y a tu alcance: (6).

Frutas: Mandarina, mango, papaya, plátano de cualquier variedad, naranja, aguaje, limón, pera, manzana y cualquier otra fruta de la estación: (6).

Cantidad y frecuencia de la alimentación complementaria

La leche materna cubre las necesidades nutricionales que el niño requiere hasta los seis meses, pero después la leche materna ya no es suficiente, ya no llega a aportar la cantidad suficiente de nutrientes que el niño requiere, porque cuanto más va creciendo el niño, necesita más cantidad de nutrientes y proteínas (32).

a. De 6 a 8 meses:

Consistencia: Papillas, mazamoras o purés.

Alimentos recomendados

La niña o niño debe comer 2 cucharadas de: Alimentos de origen animal: hígado, sangrecita (cuy o pollo), bazo u otro. Además de: Cereales y tubérculos: fideos, papa, camote, sémola, maicena, etc.

Vegetales: Agregar a todas las papillas una cucharada de zapallo, zanahoria, espinaca y otros. Vegetales de diferentes colores (verde, anaranjado o amarillo)

Frutas: Plátano de la isla, durazno, papaya y pera (incluir en la media mañana en forma de mazamorra, picados o rallados).

Grasas: Agregar una cucharadita de aceite o mantequilla en la comida (33).

Cantidad: 3 a 5 cucharadas de papilla = 1/2 plato mediano.

Frecuencia: 3 comidas por día (media mañana, almuerzo y cena) (33).

b. De 9 a 11 meses

Consistencia: Alimentos picados.

Alimentos recomendados: La niña o niño debe comer 2 cucharadas de alimentos de origen animal: hígado, sangrecita (cuy o pollo), pescado, bofe, bazo. Cereales y tubérculos: fideos, papa, camote, sémola, maicena, etc.

Vegetales: Agrega a todos los alimentos una cucharada de zapallo, zanahoria, espinaca y otros. Vegetales de diferentes colores (verde oscuro, rojo, anaranjado o amarillo).

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

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

Cantidad: 5 a 7 cucharadas de alimento = 3/4 plato mediano.

Frecuencia: 4 comidas por día (media mañana, almuerzo, media tarde y cena) (33).

DE 12 MESES A MÁS

Consistencia: Preparaciones de la olla familiar. De preferencia segundos.

Alimentos recomendados: El niño o niña debe comer 2 cucharadas de Alimentos de origen animal: sangrecita (cuy o pollo), hígado de pollo, pescado, bofe, bazo.

Cereales y Tubérculos: Fideos, papa, camote, sémola, maicena, etc.

Vegetales: Agrega a todos los alimentos 1 cucharada de zapallo, zanahoria, espinaca y otros vegetales de diferentes colores (verde oscuro, rojo, anaranjado o amarillos).

Menestras: Frejoles, pallares, alverja partida sin cáscara.

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

Grasas: Agregar 1 cucharadita de aceite o mantequilla en la comida principal (almuerzo o cena). Incluir diariamente los alimentos de cada grupo.

Frecuencia: 5 comidas por día (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena).

Cantidad: 7 a 10 cucharadas de alimento= Plato Mediano. (4)

2.3.2 Anemia

Anemia ferropénica

La anemia por deficiencia de hierro o anemia ferropénica es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo. Este tipo de deficiencia se presenta cuando la cantidad de hierro disponible es insuficiente para satisfacer las necesidades individuales; la exposición a una deficiencia de hierro prolongada conduce a la anemia. Se estima que más de dos mil millones de personas sufren de deficiencia de hierro y que más de la mitad está anémica. La principal causa de anemia por deficiencia de hierro es el bajo consumo de carne roja, pollo o pescado, especialmente en personas de escasos recursos económicos. En niños y niñas pequeños el pico de prevalencia de anemia por deficiencia de hierro es de alrededor de los dieciocho meses de vida (33).

Dosaje de hemoglobina

Para la determinación del dosaje de hemoglobina de acuerdo a la última Norma Técnica, se clasifica de la siguiente forma:

Se realiza el dosaje de hemoglobina con el hemoglobímetro portátil (Hemocontrol EKF o Hemocue Hb 201), y al resultado obtenido se tiene que realizar el descuento por altura de acuerdo a la altitud donde se ubica cada establecimiento de salud o la comunidad, el resultado obtenido se clasifica así:

DOSAJE DE HEMOGLOBINA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS (34)

NORMAL	> 0 = 11 g/dl
ANEMIA LEVE	DE 10 a 10.9 g/dl
ANEMIA MODERADA	DE 7 a 9.9 g/dl
ANEMIA SEVERA	< 7 g/dl

Los dosajes de hemoglobina se realizan antes del inicio de la suplementación y al término de la misma, es decir de acuerdo al siguiente cuadro:

En caso de suplementación

Se deben efectuar dosajes de hemoglobina, para verificar los progresos en la situación de los niños beneficiarios (34).

< 1 AÑO		1 AÑO		2 AÑOS	
6 meses	12 meses	18 meses	24 meses	30 meses	36 meses
1° muestra	2° muestra	1° muestra	2° muestra	1° muestra	2° muestra

Factores que influyen en la pérdida de hierro

No existe mecanismo que regule la excreción de hierro. En el adulto después de cesar el crecimiento, la pérdida diaria es del orden de 0.5 mg en células que se desprende de superficies corporales internas y externas.

Entre las principales causas tenemos:

- a. **La menstruación** se calcula que hay una pérdida de 28 mg de hierro,
- b. **El embarazo**, un solo feto acumula cerca de 300 mg de hierro, y la placenta 70 mg; el aumento de la masa corpuscular eritrocítica de la madre requiere un promedio de 290 mg, y la pérdida de sangre al momento del parto tal vez represente 100 a 250 mg. Quince meses de amenorrea, concomitante conservan 250 a 500 mg, por lo que la deficiencia global es de unos 0.5 g o más si el lactante se alimenta al seno durante seis meses.
- c. **El amamantamiento** La leche humana contiene por litro 0.5 mg de hierro muy absorbible
- d. **La vía gastrointestinal** como enteritis alérgica en lactantes, úlcera y erosiones pépticas, cáncer, etc.
- e. **Los trastornos de la piel** es otra causa de pérdida excesiva a la cual se presta atención en la actualidad y la constituyen la psoriasis y dermatitis exfoliativa, en los que aumenta mucho el recambio celular.
- f. Otras causas en la pérdida de hierro son:
 - Hemorragia crónica.
 - Gastritis hemorrágica.
 - Úlcera péptica.

- Neoplasias.

Consecuencias del déficit de hierro

Las consecuencias más conocidas de la deficiencia que ocurren luego de la depleción de las reservas de hierro, son: la disminución en la concentración de hemoglobina, la concentración corpuscular media de hemoglobina, el tamaño y el volumen de las células rojas nuevas.

- Reducción de la capacidad del organismo de mantener la temperatura adecuada cuando se expone a temperaturas climáticas bajas.
- Reducción de la producción hormonal y el metabolismo, incluyendo los neurotransmisores y hormonas tiroideas asociadas con funciones neurológicas, musculares y reguladoras de la temperatura.
- Afección del desarrollo cognoscitivo en todas las edades.
- Provoca un desarrollo psicomotor retardado, y para cuando los niños asisten a la escuela, su capacidad de lenguaje, coordinación, y capacidad motriz habrán disminuido en forma significativa. (35)

2.4 Definición de términos

- **Alimentación complementaria:** Es el periodo en que el niño comienza a recibir otros alimentos progresivamente diferente a la leche materna, a partir de los 6 meses de edad hasta el momento que forma parte de la mesa familiar (36).

La alimentación complementaria constituye el segundo paso fundamental hacia la supervivencia infantil. Conforme los niños crecen, se vuelven más activos y la lactancia materna resulta insuficiente para cubrir sus necesidades nutricionales.

- **Conocimiento:** Es un proceso en el cual interviene el pensamiento y la voluntad a fin de lograr una respuesta del individuo, específicamente consiste en los cambios de conducta obtenidos por la experiencia que permite encarar situaciones extrañas en forma diferente (37).

Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria: ÍTEMS

Del 1 – 20 Puntaje máximo 20.

CATEGORÍAS	PUNTAJE POR SUJETO	PORCENTAJE	DESCRIPCIÓN
Buen nivel de conocimiento.	16 – 20	76% – 100%	Las madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Jorge Chávez tienen un buen nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria.
Regular nivel de conocimiento.	11 – 15	51% – 75%	Las madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Jorge Chávez tienen regular nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria.
Bajo nivel de conocimiento.	0 – 10	0% – 50%	Las madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Jorge Chávez tienen bajo nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria.

Fuente: Elaboración propia.

- **Práctica:** Es la aplicación de conocimiento organizado o no a las tareas o prácticas por medio de experiencias, por rutina o adquirir sobre un tema determinado mediante la realización de actividades propias de cada conducta y comportamiento o hábitos personales (38).
- **Edad de inicio de la alimentación complementaria:** Es la edad propicia para introducir alimentos complementarios, es alrededor de los 6 meses (39).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de estudio

3.1.1 Según el tiempo de ocurrencia

Prospectivo porque este trabajo se realizó con datos recabados a partir de su recopilación en prospectivo al futuro.

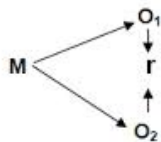
3.1.2 Según el periodo y secuencia de estudio.

Transversal porque se realizó una única medición del fenómeno en estudio.

3.1.3 Según el análisis y alcance de los resultados.

El tipo de estudio de investigación es correlacional simple porque se estableció la relación entre las variables conocimiento de alimentación complementaria y anemia ferropénica de acuerdo a dimensiones de estudio.

3.2 Diseño del estudio



Donde:

M = Muestra

O₁ = Observación de la V.1.

O₂ = Observación de la V.2.

r = Correlación entre dichas variables.

3.3 Población y muestra.

3.3.1 Población

La población estuvo constituida por las madres de los niños de menores de 5 años que asisten al servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Centro de

Salud de Jorge Chávez para sus controles. La programación anual es de 548 niños de 6 a 24 meses, cuyas madres fueron incorporadas en el estudio.

3.3.2 Muestra

La muestra seleccionada en este estudio fue una muestra probabilística, la cual se obtuvo tomando en cuenta el uso del software libre de López, Pita, Pértega y colaboradores (40).

Total de la población (N)	548
Nivel de confianza o seguridad (1- α)	95%
Precisión (d)	3%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	5%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	148

$$n=148$$

Para recortar la muestra sin perder significancia estadística se empleó:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Con lo que a muestra queda definida en: 116 unidades muestrales.

3.3.3. Muestreo

La elección de las unidades muestrales se realizó tomando en cuenta los criterios de selección.

3.3.4 Criterios de inclusión

Madre de niños menores de 2 años de edad, continuadores en el servicio de salud del Centro de Salud de “Jorge Chávez”, que aceptaron participar del estudio de investigación previo consentimiento informado y que fueron abordadas en el establecimiento de salud.

3.3.5 Criterios de exclusión

Madre de niños que tengan alguna dificultad sensorial o física que impidiera su comunicación, o que no aceptaron ser parte del estudio.

3.4 Métodos y técnicas

3.4.1 Método

Se empleó el método deductivo, ya que a partir de resultados de las dimensiones e indicadores de estudio se tendrá una visión general del conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria.

3.4.2 Técnica

Se empleó la entrevista para interactuar con las personas y poder obtener la información requerida en los instrumentos.

Además de empleó la observación para recabar información sobre valores de anemia de los registros de laboratorio.

3.4.3 Instrumento

Se empleó como instrumento un cuestionario estructurado y una guía de verificación, sometida previamente a juicio de expertos como forma de validación.

3.4.4 Método de análisis de datos

Para la aplicación del instrumento se presentó un ejemplar del proyecto por vía regular (mesa de partes) dirigido a la gerente del Centro de Salud de “Jorge Chávez”, en el que se petición “Autorización” para realizar el estudio.

Una vez otorgada esta se realizaron las coordinaciones necesarias, para poder tener acceso a las unidades muestrales. Se procedió a explicarles las motivaciones del estudio y previa firma del consentimiento informado se realizó la aplicación del instrumento.

3.5 Tratamiento de los datos

Los instrumentos fueron numerados y previo control de calidad se construyó una base de datos en Microsoft Excel, para su tabulación, la que luego fue exportada a SPSS.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

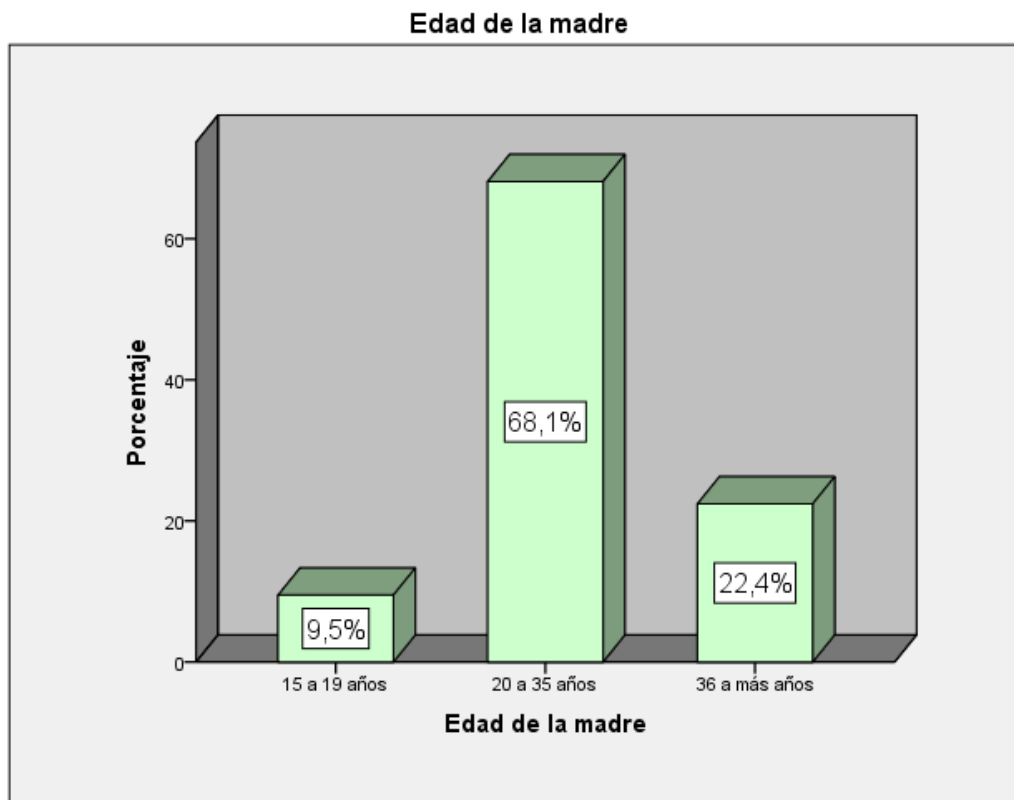
En el presente capítulo se sintetiza los principales resultados del estudio, aplicando técnicas didácticas de presentación de la información (tablas y gráficos). El estudio se con los realizó con 116 Madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

Tabla 1. Datos generales: Edad de la madre.

Edad de la madre				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	15 a 19 años	11	9,5	9,5
	20 a 35 años	79	68,1	77,6
	36 a más años	26	22,4	100,0
	Total	116	100,0	100,0

Fuente: Madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

Gráfico 1. Datos generales: Edad de la madre.



Fuente: Madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

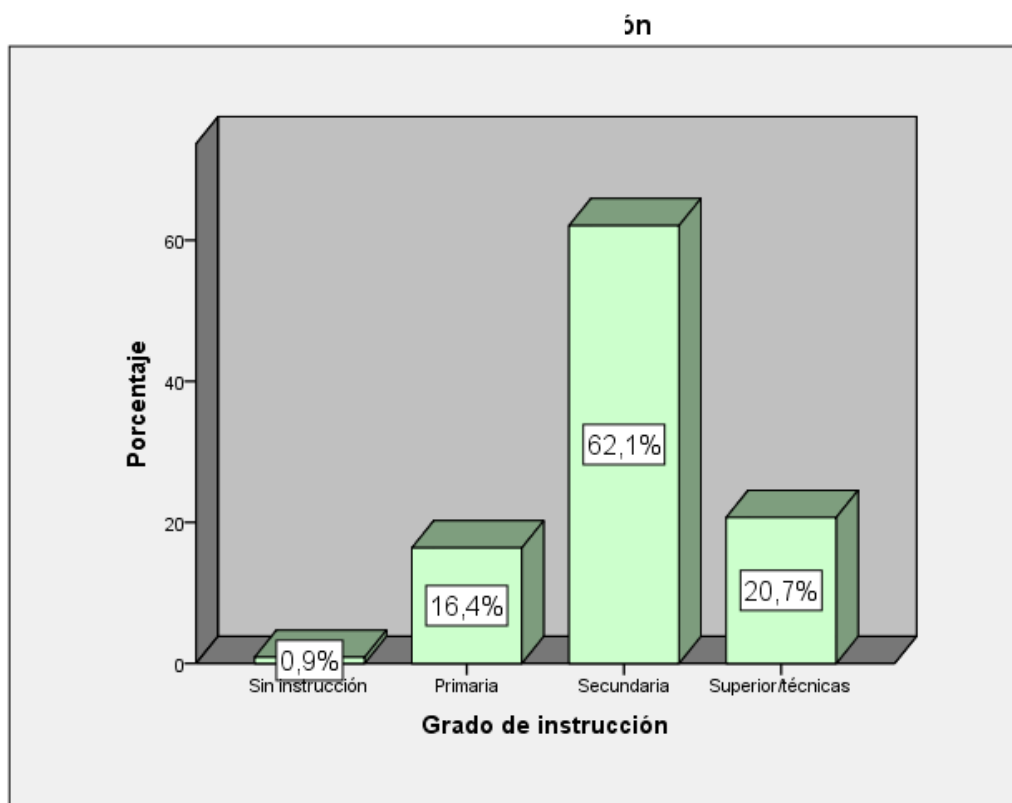
Según el gráfico, el 9,5% de las madres atendidas tienen entre 15 a 19 años de edad. El 68,1% de las madres atendidas tienen entre 20 a 35 años de edad. Y el 22,4% de las madres atendidas tienen más de 36 años de edad.

Tabla 2. Datos generales: Grado de instrucción.

Grado de instrucción					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	Sin instrucción	1	,9	,9	79,3
	Primaria	19	16,4	16,4	16,4
	Secundaria	72	62,1	62,1	78,4
	Superior/ técnicas	24	20,7	20,7	100,0
	Total	116	100,0	100,0	

Fuente: Madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

Gráfico 2. Datos generales: Grado de instrucción.



Fuente: Madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

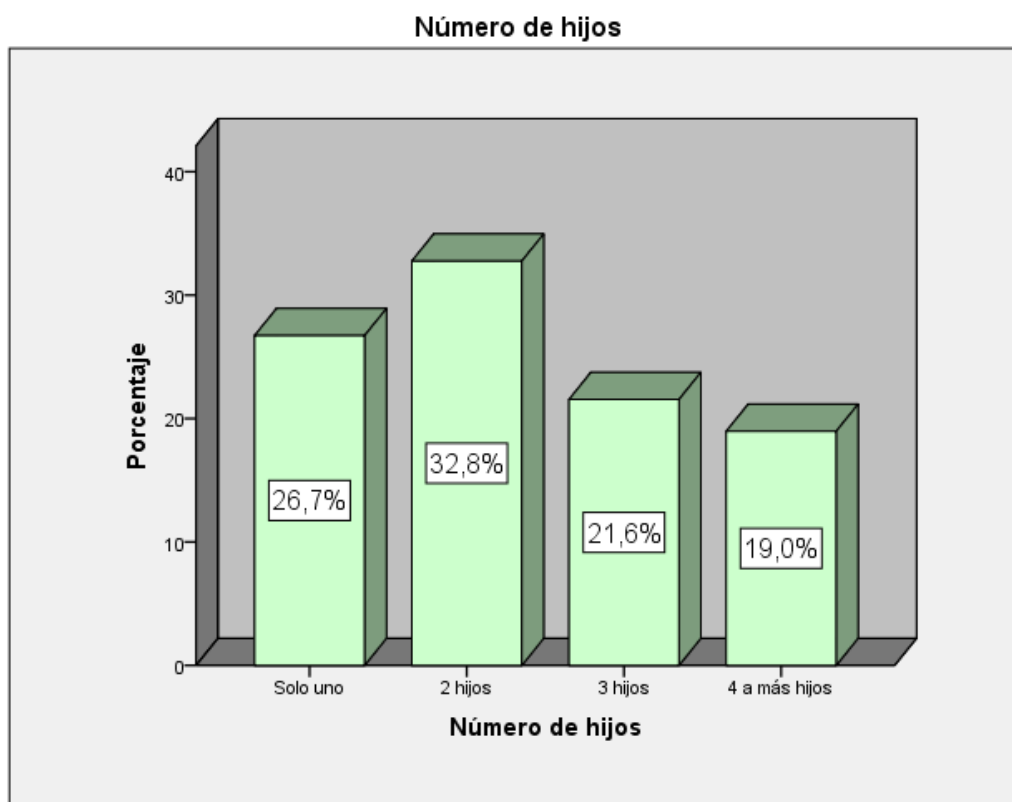
Según el gráfico, el 0,9% de las madres atendidas no tienen instrucción. El 16,4% de las madres atendidas tienen estudios de educación primaria. El 62,1% de las madres atendidas tienen estudios de educación secundaria. Y el 20,7% de las madres atendidas tienen estudios superiores o técnicos.

Tabla 3. Datos generales: Número de hijos.

Número de hijos				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Solo uno	31	26,7	26,7
	2 hijos	38	32,8	32,8
Válido	3 hijos	25	21,6	54,3
	4 a más hijos	22	19,0	73,3
	Total	116	100,0	100,0

Fuente: Madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

Gráfico 3. Datos generales: Número de hijos.



Fuente: Madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

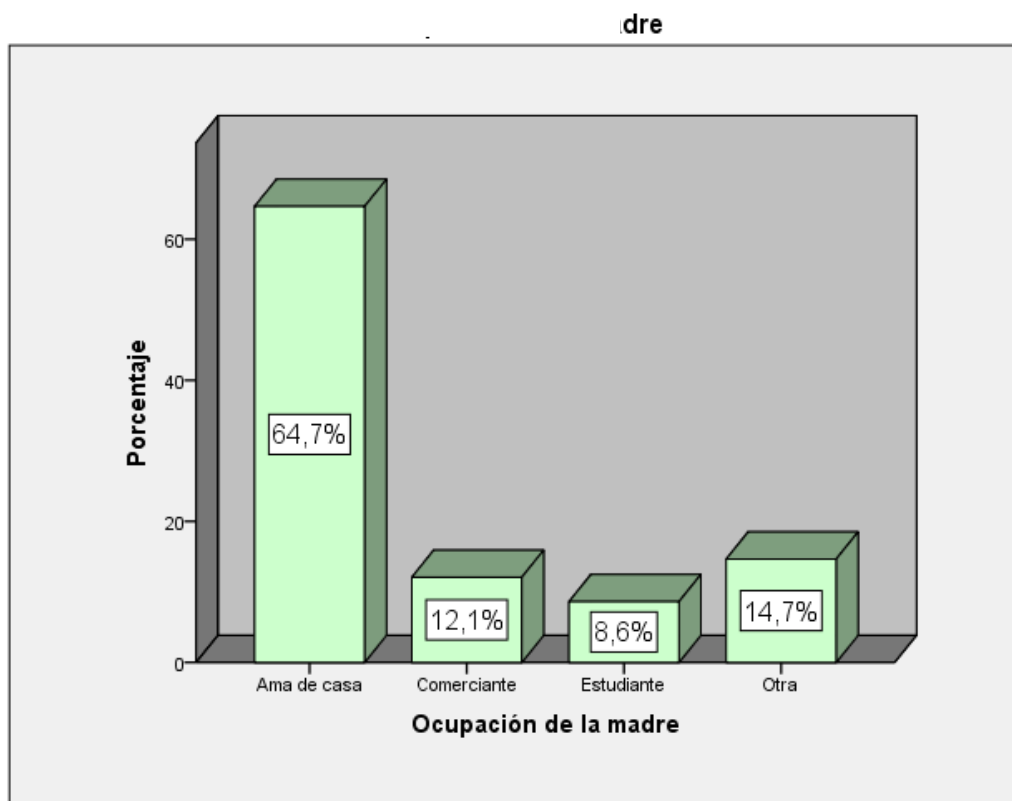
Según el gráfico, el 26,7% de las madres atendidas solo tiene un hijo. El 32,8% de las madres atendidas tienen dos hijos. El 21,6% de las madres atendidas tienen tres hijos. Y el 19,0% de las madres atendidas tienen más de tres hijos.

Tabla 4. Datos generales: Ocupación de la madre.

Ocupación de la madre				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ama de casa	75	64,7	64,7
	Comerciante	14	12,1	76,7
	Estudiante	10	8,6	85,3
	Otra	17	14,7	100,0
	Total	116	100,0	100,0

Fuente: Madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

Gráfico 4. Datos generales: Ocupación de la madre.



Fuente: Madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

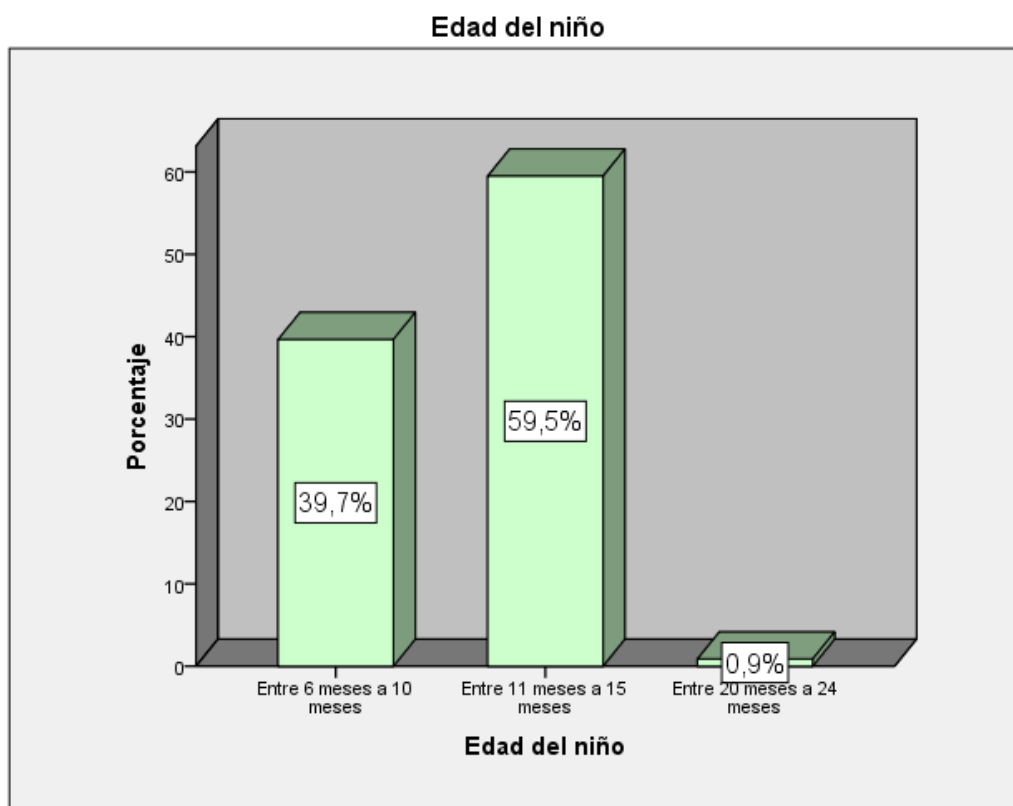
Según el gráfico, el 64,7% de las madres atendidas en el Centro de Salud son amas de casa. El 12,1% de las madres atendidas tienen dos hijos. El 12,1% de las madres atendidas en el Centro de Salud son comerciantes. El 8,6% de las madres atendidas en el Centro de Salud son estudiantes. Y el 14,7% de las madres atendidas en el Centro de Salud se dedican a otras actividades.

Tabla 5. Datos generales: Edad del niño.

Edad del niño					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Entre 6 meses a 10 meses	46	39,7	39,7	100,0
	Entre 11 meses a 15 meses	69	59,5	59,5	59,5
	Entre 20 meses a 24 meses	1	,9	,9	60,3
	Total	116	100,0	100,0	

Fuente: Madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

Gráfico 5. Datos generales: Edad del niño.



Fuente: Madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”

Según el gráfico, el 39,7% de los niños atendidos tienen entre 6 meses a 10 meses de nacido. El 59,5% de los niños atendidos tienen entre 11 meses a 15 meses de nacido. Y el 0,9% de los niños atendidos tienen entre 20 meses a 14 meses de nacido.

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS DE DATOS:

Tabla 6. Categorías de análisis para la variable Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria:

CATEGORÍAS	PUNTAJE POR SUJETO	PORCENTAJE	DESCRIPCIÓN	ÍTEMS
Buen nivel de conocimiento.	16 – 20	76% – 100%	Las madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Jorge Chávez tienen un buen nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria.	Del 1 – 20 Puntaje máximo 20.
Regular nivel de conocimiento.	11 – 15	51% – 75%	Las madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Jorge Chávez tienen regular nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria.	
Bajo nivel de conocimiento.	0 – 10	0% – 50%	Las madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Jorge Chávez tienen bajo nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria.	

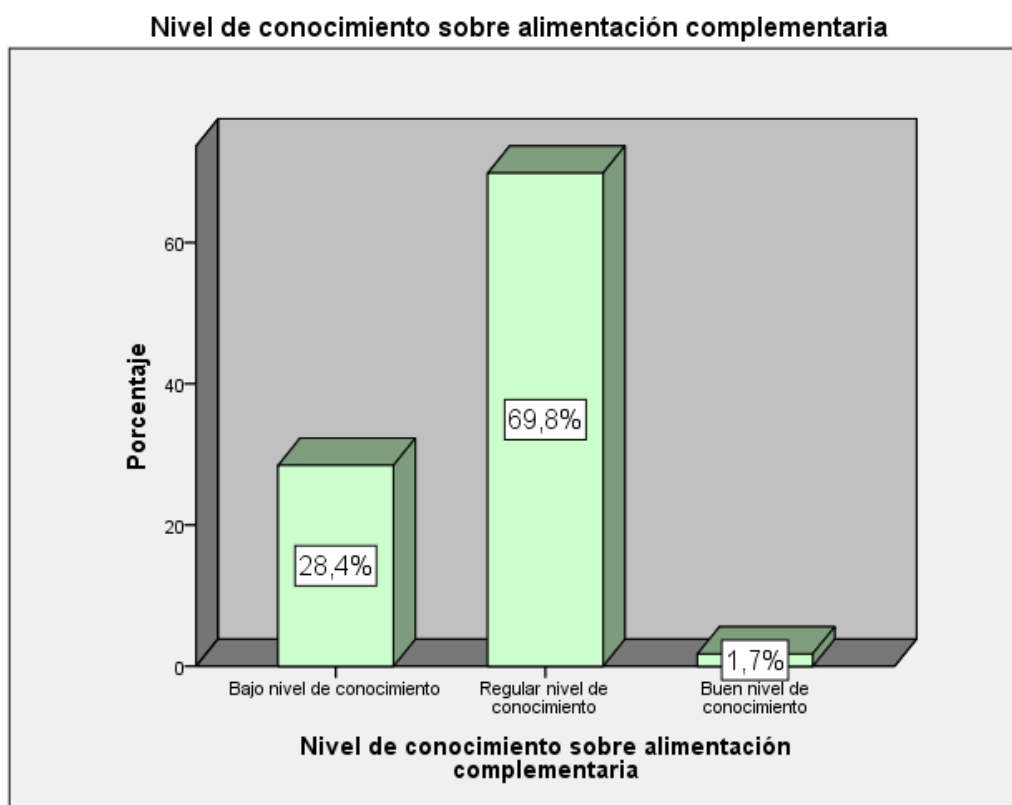
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Resultados generales de la variable: Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria.

Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo nivel de conocimiento	33	28,4	28,4
	Regular nivel de conocimiento	81	69,8	100,0
	Buen nivel de conocimiento	2	1,7	30,2
	Total	116	100,0	100,0

Fuente: Madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

Gráfico 6. Resultados generales de la variable: Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria.



Fuente: Madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”

Según el gráfico, el 28,4% de las madres atendidas en el Centro de Salud tienen bajo nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria. El 69,8% de las madres atendidas en el Centro de Salud tienen regular nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria. El 1,7% de las madres atendidas en el Centro de Salud tienen bajo buen de conocimiento sobre alimentación complementaria.

Tabla 8. Categorías de análisis para la variable nivel de anemia:

CATEGORÍAS	PUNTAJE POR SUJETO	PORCENTAJE	DESCRIPCIÓN	ÍTEMS
Anemia severa.	3	76% – 100%	Los (as) niños (as) niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud Jorge Chávez son diagnosticados con anemia severa.	Del 1 – 20 Puntaje máximo 20.
Anemia moderada.	2	51% – 75%	Los (as) niños (as) niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud Jorge Chávez son diagnosticados con anemia moderada.	
Anemia leve.	1	26% – 50%	Los (as) niños (as) niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud Jorge Chávez son diagnosticados con anemia leve.	
Normal.	0	0% – 25%	Los (as) niños (as) niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud Jorge Chávez no presentan anemia.	

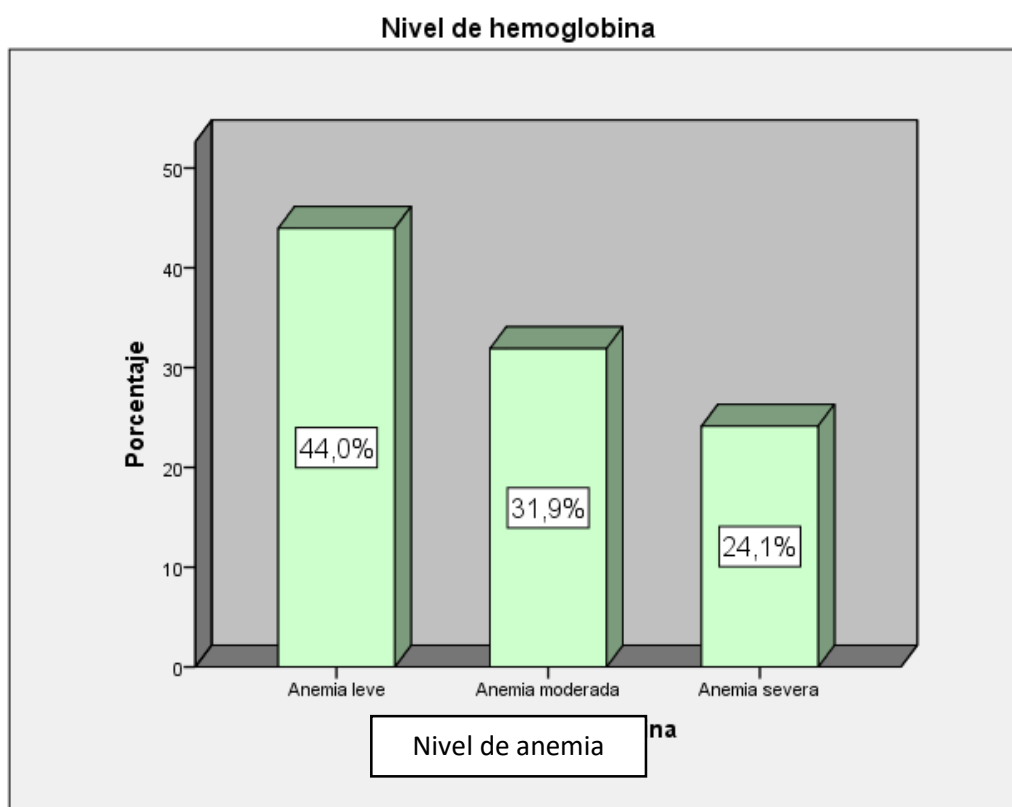
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9. Resultados generales de la variable: Nivel de anemia.

Nivel de anemia					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Anemia leve	51	44,0	44,0	44,0
	Anemia moderada	37	31,9	31,9	75,9
	Anemia severa	28	24,1	24,1	100,0
	Total	116	100,0	100,0	

Fuente: Niños (as) niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

Gráfico 7. Resultados generales de la variable: Nivel de anemia.



Fuente: Niños (as) niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

Según el gráfico, el 44,0% de los niños atendidos en el Centro de Salud tienen anemia leve. El 31,9% de los niños atendidos en el Centro de Salud tienen anemia moderada. Y el 24,1% 44,0% de los niños atendidos en el Centro de Salud Jorge Chávez tienen anemia severa.

PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL:

$H_1: p \neq 0$:

Existe una relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en relación a anemia en Madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

$H_0: p = 0$:

No existe una relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en relación a anemia en Madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

Nivel de significación:

$\alpha=0.05$.

Estadístico de prueba:

El estadístico de prueba de distribución chi-cuadrado, cuya ecuación es:

$$x_c^2 = \sum \frac{(f_0 - f_e)^2}{f_e}$$

Región Crítica:

Si $\alpha=0.05$ la región crítica para 4 grados de libertad está dada por:

$$X^2_T = \{x^2: x^2 > |9,4877|\}$$

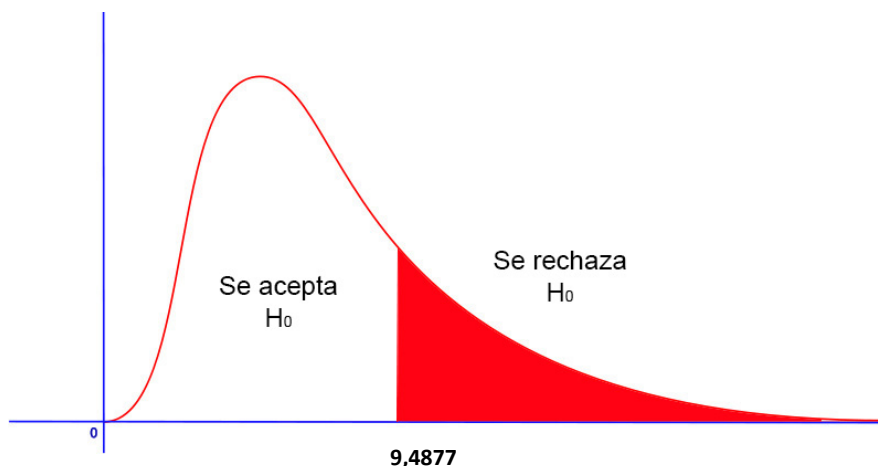


Tabla 10. Resumen del procesamiento de los casos de las variables Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y Nivel de anemia.

Resumen de procesamiento de casos						
	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria * Nivel de anemia	116	100,0%	0	0,0%	116	100,0%

Fuente: Madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

Según la tabla, se puede apreciar que los datos han sido procesados en 100%, es decir los 116 participantes de la muestra.

Tabla 11. Contingencia de las variables Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y Nivel de anemia.

Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria*Nivel de anemia tabulación cruzada						
			Nivel de anemia			Total
			Anemia leve	Anemia moderada	Anemia severa	
Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria	Bajo nivel de conocimiento	Recuento	13	11	9	33
		Recuento esperado	14,5	10,5	8,0	33,0
	Buen nivel de conocimiento	Recuento	0	1	1	2
		Recuento esperado	,9	,6	,5	2,0
	Regular nivel de conocimiento	Recuento	38	25	18	81
		Recuento esperado	35,6	25,8	19,6	81,0
Total		Recuento	51	37	28	116
		Recuento esperado	51,0	37,0	28,0	116,0

Fuente: Madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

Según la tabla, tienen frecuencia esperada inferior a 5 y la frecuencia esperada mínima es 0,48; lo que significa que los datos cumplen con la condición de la prueba a través del estadístico CHI-CUADRADO.

Tabla 17. Pruebas de CHI-CUADRADO para las variables nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y nivel de anemia.

Pruebas de chi-cuadrado				
		Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	de	22,262 ^a	4	,008
Razón de verosimilitud		22,979	4	,001
N de casos válidos		116		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es ,48.

Fuente: Madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

Conclusión:

Analizando la tabla anterior, el valor de CHI-CUADRADO es 22.262, con una significatividad menor que 0.05 (Sig. Asintótica = 0.008) es mayor a $X^2_T = 9,4877$ con 4 grados de libertad, se concluye que la relación encontrada es estadísticamente significativa a nivel de significación de 5%, y hay evidencias para rechazar la H_0 y aceptar H_1 , es decir, el nivel de correlación para las variables nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y nivel de anemia que existe es positivo y significativo, lo que significa que el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria influye en el nivel de anemia de niños (as) niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA DESCRIPTIVA 1:

Hi: El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud “Jorge Chávez” es regular.

Ho: El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud “Jorge Chávez” es bueno.

Tabla 8. Resultados generales de la variable: Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria.

Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo nivel de conocimiento	33	28,4	28,4	28,4
	Regular nivel de conocimiento	81	69,8	69,8	100,0
	Buen nivel de conocimiento	2	1,7	1,7	30,2
	Total	116	100,0	100,0	

Fuente: Madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

Según la tabla, se puede apreciar que 81 de las madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”, que representa el 69,8% del total, tienen regular conocimiento sobre la alimentación complementaria.

Por otro lado, se puede apreciar que en otras categorías el porcentaje es menor con relación a la categoría regular conocimiento sobre la alimentación complementaria.

Conclusión: Las madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”, tienen regular conocimiento sobre la alimentación complementaria, en un 69,8%. Con la cual se acepta la hipótesis alterna y queda demostrada la primera hipótesis específica.

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA DESCRIPTIVA 2:

Hi: El nivel anemia mediante el dosaje de hemoglobina de los niños de 6 a 24 meses que reciben atención en el Centro de Salud “Jorge Chávez” es mayoritariamente leve.

Ho: El nivel anemia mediante el dosaje de hemoglobina de los niños de 6 a 24 meses que reciben atención en el Centro de Salud “Jorge Chávez” es mayoritariamente grave.

Tabla 9. Resultados generales de la variable: Nivel de anemia.

Nivel de anemia					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Anemia leve	51	44,0	44,0	44,0
	Anemia moderada	37	31,9	31,9	75,9
	Anemia severa	28	24,1	24,1	100,0
	Total	116	100,0	100,0	

Fuente: Niños (as) niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

Según la tabla, se puede apreciar que 51 de niños (as) niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”, que representa el 44,0% del total, son diagnosticados con anemia leve.

Por otro lado, se puede apreciar que en otras categorías el porcentaje es menor con relación a la categoría anemia leve.

Conclusión: De lo que se concluye que los niños (as) niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud “Jorge Chávez”, son diagnosticados con anemia leve, en un 44,0%. Con lo cual, se acepta la hipótesis alterna y queda demostrada la segunda hipótesis específica.

CONCLUSIONES

- La muestra de estudio estuvo compuesta por madres que tenían mayoritariamente educación secundaria en 62,1%, con 2 hijos en 32,8%, amas de casa en 64,7% y con niños con edades predominantes entre 1 y 2 años, que representaban el 59,5%.
- El nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria fue regular en 69,8% y solo un 1,7% tuvo buen nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria. Las madres de niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”, tienen regular conocimiento sobre la alimentación complementaria, en un 69,8%. Con la cual se acepta la hipótesis alterna y queda demostrada la primera hipótesis específica.
- Respecto al nivel de anemia el 44% tenía un nivel de anemia leve, el 31,9% tenía moderado nivel de anemia y 24,1% una anemia severa. De lo que se concluye que los niños (as) niños de 6 a 24 meses atendidas en el Centro de Salud “Jorge Chávez”, son diagnosticados con anemia leve, en un 44,0%. Con lo cual, se acepta la hipótesis alterna y queda demostrada la segunda hipótesis específica.
- Al relacionar las variables de estudio se comprueba las hipótesis planteadas siguientes: existe una relación estadísticamente significativa con un nivel de significación de 5%, y hay evidencias para rechazar la H_0 y aceptar H_1 , es decir, el nivel de correlación para las variables nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y nivel de anemia que existe es positivo y significativo, lo que significa que el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria influye en el nivel de anemia de niños (as) niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud “Jorge Chávez”.

SUGERENCIAS

A FUTUROS INVESTIGADORES

Se sugiere ampliar estudios del tipo cuasi experimental, para determinar si los conocimientos que son brindados por el personal de salud, en especial de enfermería tienen efectos en el mejoramiento de los conceptos que manejan las madres, es decir si logran el objetivo., del mismo modo sobre estudios relacionada a anemia y aspectos relacionados a la alimentación complementaria.

AL PERSONAL DE SALUD

Continuar brindando atención preventivo-promocional a los niños y educando a sus madres o cuidadoras en la forma correcta de alimentar a los niños, en especial en el tránsito entre lactancia materna y alimentación complementaria, pues de una dieta adecuada dependerá que el niño tenga el aporte suficiente de nutrientes para un óptimo crecimiento.

A LAS MADRES CON HIJOS EN ETAPA DE VIDA NIÑO

Asistir al establecimiento de salud a los controles de crecimiento y desarrollo, administrar suplementos nutricionales e incorporar los consejos del personal de salud en la atención diaria de los niños menores de 36 meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2016[cited 2016 Junio 19]. Available from: http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/.
2. Kopper G, Calderón G, Shnerider S, Domínguez W, Gutiérrez G. Enfermedades transmitidas por alimentos y su impacto socioeconómico Rosell C, editor. Roma: Fondo de las Naciones Unidas para Agricultura y la Alimentación; 2009.
3. Dirección de Salud del Cusco. Guía del facilitador de sesiones demostrativa. Cusco: Direccion de Salud del Cusco; 2004.
4. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Ministerio de Salud. Lineamiento de nutrición materno infantil del Perú Lima: Ministerio de Salud; 2004.
5. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y el niño pequeño. [Online].; 2010[cited 2016 Junio 17]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf.
6. CEPAL – UNICEF. Pobreza infantil en Latinoamérica y el Caribe 2010.. [Online].; 2010[cited 2016 Junio 11]. Available from: <http://es.scribd.com/doc/63609095/pobreza-infantil-america-latina-2010-cepal-unicef>.
7. Gorosito M, Cisaruk E, Piotto S, Casas D, Zivcovich M, Crapanzano A, et al. Problemas vinculados al desarrollo en el marco de la atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI). Libro de resúmenes del 33 congreso de pediatría de lo prevalene a lo prevenible. [Online].; 2003 [cited 2016 Junio 4]. Available from: www.sao.org.ar/staticfiles/conarpe/libro_resumenes.pdf.
8. Centro Nacional de alimentación y Nutricion. Ministerio de Salud. Lineamientos de alimentación y nutrición materno infantil Lima: Ministerio de Salud; 2004.
9. Instituto Nacional de Salud. Anemia en la población infantil de Perú. Aspectos clave para su afronte. [Online].; 2015 [cited 2016 Junio 14]. Available from: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/ier/evidencias/ANEMIA%20FINAL_v.03mayo2015.pdf.
10. García de León CM. “Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de un año de edad, de la Comunidad del Tablón del Municipio de Sololá. Tesis de titulación en Nutrición. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar; 2011.
11. Román Mata G. Alimentación complementaria en niños y presencia de obesidd en niños chihuhenses menores de 7 años. Tesis de Titulación en Nutrición. Juárez: Universidad Autónoma de la ciudad de Juárez, Departamento de Ciencias de la Salud; 2010.

12. Núñez Arbildo M, Ulloa García DI. Anemia y desarrollo cognitivo en niños de 3 a 5 años de la institución educativa 06 "Cuadritos" Distrito Laredo diciembre 2010. Tesis de Titulación de Nutricionista. Trujillo: Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias de la Salud; 2011.
13. Huamán L, Aparco J, Núñez E, Gonzales E, Pillaca J, Mayta P. Consumo de suplementos con multimicronutrientes chispitas® y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Perú. Revista Peruana de Medicina experimental y Salud Pública. 2012 Julio/Setiembre; 29.
14. Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Evolución de los indicadores del programa articulado nutricional y los factores asociados a la desnutrición crónica y anemia. Lima, 2012.. [Online].; 2012 [cited 2016Junio10.Availablefrom:http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/je/vin_ninos/Evoluci%C3%B3n20de%los%.
15. Blog nutrición y vida. Como alimentarse según nuestra edad y el tipo de trabajo. Los alimentos y sus componentes. [Online].; 2014 [cited 2016 Mayo 30. Available from: <http://trabajoalimentacion.consumer.es/documentos/compo.php>.
16. Martínez J. Dietética. Única ed. Lima; 2004.
17. Ministerio de Salud. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud y nutrición materno infantil Lima: Ministerio de Salud; 2003.
18. Whaley A, Wong E. Enfermería pediátrica México; 2010.
19. AEPAP. ¿Cómo calcular lo que come un niño? [Online].; 2012. Available from: http://www.aepap.org/familia/alimentación.htmlas_raciones..
20. Organización Panamericana de la Salud. Guía de alimentación infantil. [Online].; 2012.Availablefrom:http://www.paho.org/spanish/ad/fch/un/guiding_principles_cf.htm.
21. ALANREVISTA. Alimentación adecuada del infante. [Online].; s.f. Available from: http://www.alanrevista.org/ediciones/20051/creencias_maternas_alimentación_estado_nutricional.
22. UNICEF. Situación de la infancia. [Online].; 2014. Available from: http://www.unicef.org/perú/spanish/children.html_la_infancia.
23. Meneghello R, Marge J. Pediatría Buenos Aires; 2012.
24. Ministerio de Salud. Perú. Conocimiento y prácticas en población objetivo con relación a su salud y nutrición en la DIRESA- Cusco Cusco: Direccion Regional de Salud del Cusco; 2002.

25. Pozada G, Ramírez A, Puelles D, Gómez J. El niño sano. Lineamiento de nutrición materno infantil del Perú. Tercera ed. Nutrición CNAy, editor. Lima: Editorial Médica Panamericana; 2005.
26. Alimentación Sana.com. Nutrición infantil. Necesidades básicas.. [Online].; 2014 [cited 2016Junio1. Available from: <http://www.alimentacionsana.com.ar/informaciones/novedades/infantil.htm>.
27. Alimentación Sana.com. Alimentación para la inteligencia. [Online].; 2014 [cited 2016Mayo26. Available from: <http://www.alimentacionsana.com.ar/portal%20nuevo/actualizaciones/alimneuronas.htm>.
28. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante. [Online].; 2015 [cited 2016 Mayo 18. Available from: www.who.int/nutrition/publications/guide_infant_feeding_text_spa.pdf.
29. Nutriguia.org. Nutriguía: alimentación para personas sanas. [Online].; 2014 [cited 2016Mayo22. Available from: www.nutriguia.com.uy/index.php?seccion=personas_sanas&articulo.
30. Morranes A. Ciencia, tecnología e industria de los alimentos. [Online].; 2015 [cited 2016Mayo22. Available from: <http://alfonsomonarrez.blogspot.com/2011/06/libro-ciencia-tecnologia-e-industria-de.html>.
31. Hernández Aguilar MT. Alimentación Complementaria Actualización Cd, editor. Madris: AEPap ; 2006.
32. Zagaceta Guevara Z. Efectos de la ingesta de hígado de res o pollo en estudiantes de obstetricia con Anemia Ferropénica - Universidad Nacional Mayor De San Marcos – 2011. Tesis de Doctorado en Salud Pública. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2012.
33. Efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en los cuidadores de niños de 12 - 36 meses que asisten al programa “sala de educación temprana”. Lima Cercado, 2011. Tesis optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2011.
34. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 028-2015/MINSA. [Online].; 2015 [cited 2016Noviembre15. Available from: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM028-2015-MINSA_guia.pdf.
35. Organización Panamericana de la Salud. Consulta para Mejorar la Nutrición en la Región de las Américas – OPS. [Online].; 2011 [cited 2016 Junio 4. Available from: www.ops.org.

36. Psicopedagogía.com. Alimentacion infantil. [Online].; 2016 [cited 2016 Junio 2. Available from: www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=443.
37. Hinostroza A. Enfoque filosofico de la pedagogia Huamanga: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga; 2007.
38. Pérez L, Acosta A. Guía teorías del aprendizaje Funlam. [Online].; 2012 [cited 2016 Junio 4. Available from: <http://www.slideshare.net/adrysilvav/modulo-teorias-aprendizaje-funlam-479922>.
39. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño. [Online].; 2011 [cited 2016 Junio 4. Available from: http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO Nro. 01.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Variables	Escala de medición	Hipótesis	Diseño de investigación
<p>Cuál es el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en relación a anemia en madres de niños de 6 a 24 meses. Centro de Salud "Jorge Chávez", 2016?</p>	<p>Objetivo general</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en relación a anemia en madres de niños de 6 a 24 meses. Centro de Salud "Jorge Chávez", 2016 <p>Objetivo específico</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres niños de 6 a 24 meses que reciben atención en el Centro de Salud "Jorge Chávez" Establecer el nivel anemia mediante el dosaje de hemoglobina de los niños de 6 a 24 meses que reciben atención en el Centro de Salud "Jorge Chávez". 	<p>Variable independiente</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria <p>Variable dependiente</p> <ul style="list-style-type: none"> Anemia <p>Variables intervinientes</p> <ul style="list-style-type: none"> Edad de la madre Grado de instrucción Número de hijos Ocupación de la madre Edad del niño 	<p>Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria</p> <ul style="list-style-type: none"> Buen nivel de conocimiento Regular nivel de conocimiento Mal nivel de conocimiento <p>Anemia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Normal Anemia leve Anemia Moderada Anemia severa 	<p>Hipótesis general</p> <ul style="list-style-type: none"> Hi: Existe una relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en relación a anemia en madres de niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud "Jorge Chávez". Ho: No existe una relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en relación a anemia en madres de niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud "Jorge Chávez" <p>Hipótesis específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> Hi: El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud "Jorge Chávez" es regular. Ho: El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud "Jorge Chávez" es bueno. Hi: El nivel anemia mediante el dosaje de hemoglobina de los niños de 6 a 24 meses que reciben atención en el Centro de Salud "Jorge Chávez" es mayoritariamente leve. Ho: El nivel anemia mediante el dosaje de hemoglobina de los niños de 6 a 24 meses que reciben atención en el Centro de Salud "Jorge Chávez" es mayoritariamente grave. Hi: Existe una relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en 	<p>Estudio correlacional simple</p> <p>Población referencial: 548 niños de 6 a 24 meses asignados para el presente año en el Centro de Salud "Jorge Chávez"</p> <p>Muestra: 116 madres con sus niños.</p> <p>Tipo de muestreo: Probabilístico</p> <p>Técnica: Entrevista y observación.</p> <p>Instrumento: Cuestionario y</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y anemia en madres niños de 6 a 24 meses que reciben atención en el Centro de Salud "Jorge Chávez". 			<p>relación a anemia en madres de niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud "Jorge Chávez"</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ho: No existe una relación directa y significativa entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en relación a anemia en madres de niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud "Jorge Chávez" 	<p>formato de registro de hemoglobina</p>
--	---	--	--	--	---

ANEXO NRO 2 CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES:

El siguiente instrumento es de carácter anónimo, tiene por finalidad recabar información acerca de los conocimientos de las madres acerca de alimentación complementaria. De acuerdo a su respuesta, marque la alternativa que corresponde.

I. SOBRE DATOS GENERALES

A. Edad de la Madre	<input type="checkbox"/> 15 a 19 años. <input type="checkbox"/> 20 a 35 años. <input type="checkbox"/> 36 a más años.
B. Grado de instrucción	<input type="checkbox"/> Sin instrucción. <input type="checkbox"/> Primaria. <input type="checkbox"/> Secundaria. <input type="checkbox"/> Superior/técnica.
C. Número de hijos	<input type="checkbox"/> Solo uno <input type="checkbox"/> 2 hijos. <input type="checkbox"/> 3 hijos <input type="checkbox"/> 4 a más hijos.
D. Ocupación de la madre	<input type="checkbox"/> Ama de casa. <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Comerciante. <input type="checkbox"/> Otra
E. Edad del niño	<input type="checkbox"/> Entre 6 meses a 11 meses y 29 días. <input type="checkbox"/> 1 -2 años.

II. SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Conocimientos sobre alimentación complementaria	
1. ¿Cuál es la definición que Ud., tiene acerca de alimentación complementaria?	<input checked="" type="checkbox"/> Consiste en alimentar paulatinamente al niño a partir de los 6 meses con comidas espesas e hipercalóricas. <input type="checkbox"/> Consiste en brindarle al niño algunos alimentos conforme se aprecie que el niño desea "comer". <input type="checkbox"/> Consiste en el retiro de la leche materna y la sustitución completa por alimentos de la olla familiar <input type="checkbox"/> Desconoce.
2. ¿A qué edad inicia la alimentación complementaria?	<input type="checkbox"/> De 3 a 5 meses de edad. <input checked="" type="checkbox"/> A los 6 meses de edad. <input type="checkbox"/> Más de 7 meses de edad. <input type="checkbox"/> A la edad que el niño desee comenzar a comer
3. ¿Cuál es la duración de la alimentación complementaria?	<input checked="" type="checkbox"/> Entre seis meses a dos años de edad. <input type="checkbox"/> No tiene inicio, por lo tanto tampoco fin. <input type="checkbox"/> Indefinida. <input type="checkbox"/> No conoce.

4. ¿Cuál es la consistencia del alimento para la alimentación complementaria?	<input type="checkbox"/> Espesa. <input type="checkbox"/> Aguada. <input type="checkbox"/> No interesa la consistencia. <input type="checkbox"/> Desconoce.
5. ¿Cuál es la frecuencia de la alimentación complementaria?	<input type="checkbox"/> Dependen de la edad, al ser complementaria paulatinamente se irán incrementando <input checked="" type="checkbox"/> Tres veces por día independientemente de la edad <input type="checkbox"/> Cada vez que el niño pida alimento <input type="checkbox"/> Desconoce
6. ¿Qué tipo de alimento debe brindarse como alimentación complementaria?	<input type="checkbox"/> Alimento especialmente preparado para el niño. <input type="checkbox"/> Papillas que venden con finalidad específica <input checked="" type="checkbox"/> Los alimentos de la olla familiar. <input type="checkbox"/> Desconoce
Prácticas de alimentación complementaria a niños de 6 a 8 meses	
7. ¿Qué cantidad de alimento al inicio del proceso (6 a 8 meses) de la alimentación complementaria?	<input checked="" type="checkbox"/> Dos a cinco cucharas por ración <input type="checkbox"/> Una cucharada por ración <input type="checkbox"/> Lo que el niño quiera <input type="checkbox"/> Desconoce
8. ¿Cuál es la consistencia del alimento sugerido entre los 6 a 8 meses de la alimentación complementaria?	<input checked="" type="checkbox"/> Mazamorra, puré o papilla <input type="checkbox"/> Licuado <input type="checkbox"/> Caldito <input type="checkbox"/> Desconoce
9. ¿Cuál es la frecuencia de alimentación entre los 6 a 8 meses de la alimentación complementaria?	<input type="checkbox"/> Una vez por día <input checked="" type="checkbox"/> Dos o tres veces al día <input type="checkbox"/> Cuando el niño desee comer <input type="checkbox"/> Desconoce
10. ¿Qué tipo de alimentos están sugeridos para iniciar el proceso de alimentación complementaria?	<input checked="" type="checkbox"/> Tubérculos, hígado de pollo, zapallo, plátano, aceite y mantequilla <input type="checkbox"/> Un poco de sopa de la olla familiar <input type="checkbox"/> Solo mazamoras de sobre <input type="checkbox"/> Desconoce
Prácticas de alimentación complementaria a niños de 9 y 11 meses	
11. ¿Qué cantidad de alimentos están sugeridos entre los 9 y 11 meses para la alimentación complementaria?	<input type="checkbox"/> Tres o menos cucharas por ración <input checked="" type="checkbox"/> Cinco a siete cucharas por ración <input type="checkbox"/> Lo que desee el niño <input type="checkbox"/> Desconoce
12. ¿Cuál es la consistencia del alimento entre los 9 y 11 meses destinado a la alimentación complementaria?	<input type="checkbox"/> Licuado <input type="checkbox"/> Mazamorra o puré <input checked="" type="checkbox"/> Triturado o desmenuzado <input type="checkbox"/> Desconoce
13. ¿Cuál es la frecuencia de alimentación complementaria entre los 9 y 11 meses?	<input type="checkbox"/> Una a dos comidas por día <input type="checkbox"/> Tres comidas por día <input checked="" type="checkbox"/> Cuatro comidas por día <input type="checkbox"/> Desconoce
14. ¿Qué tipo de alimentos complementarios se	<input checked="" type="checkbox"/> Todos los alimentos adicionando clara de huevo <input type="checkbox"/> Todos los alimentos indistintamente <input type="checkbox"/> Solo algunos alimentos seleccionados con cuidado <input type="checkbox"/> Desconoce

brindan entre los 9 y 11 meses?	
15. ¿Cantidad de alimentación complementaria al inicio del proceso a niños mayores de 12 meses?	<input type="checkbox"/> Tres a cuatro cucharadas por ración <input type="checkbox"/> Cinco a siete cucharadas por ración <input checked="" type="checkbox"/> Siete a diez cucharadas por ración <input type="checkbox"/> Desconoce
16. ¿Cuál es la consistencia de la alimentación complementaria a mayores de 12 meses?	<input checked="" type="checkbox"/> Segundo o plato de fondo de la olla familiar <input type="checkbox"/> Sopas que se hacen en casa <input type="checkbox"/> Mazamoras preparadas en casa <input type="checkbox"/> Desconoce
17. ¿Cuál es la frecuencia de alimentación complementaria a mayores de 12 meses?	<input type="checkbox"/> Dos comidas por día <input checked="" type="checkbox"/> Tres a cuatro comidas por día <input type="checkbox"/> Cinco comidas por día <input type="checkbox"/> Desconoce
18. ¿Qué tipo de alimentos están sugeridos a niños mayores de 12 meses?	<input type="checkbox"/> Todos los alimentos exceptuando los que provocan alergias <input type="checkbox"/> Todos los alimentos exceptuando chocolate y huevo <input checked="" type="checkbox"/> Todos los alimentos que se consumen en el hogar <input type="checkbox"/> Desconoce
Sobre higiene	
19. ¿Qué tipo de higiene de manos debe practicarse para brindar la alimentación complementaria?	<input type="checkbox"/> Cada vez que se encuentran evidentemente sucias <input checked="" type="checkbox"/> Tras manipular cosas sucias y antes de manipular alimentos <input type="checkbox"/> Tres veces por día <input type="checkbox"/> Desconoce
20. ¿Qué se emplea para un buen lavado de manos?	<input type="checkbox"/> Uso de agua corriente <input checked="" type="checkbox"/> Uso de agua y jabón <input type="checkbox"/> Uso de desinfectantes para manos <input type="checkbox"/> Desconoce

III. SOBRE DOSAJE DE HEMOGLOBINA

INSTRUCCIONES: Verifique y registre el valor de hemoglobina que tiene el niño

DIMENSIÓN	INDICADORES	EXPRESIÓN FINAL
Valor de hemoglobina	> o = 11 g/dl De 10 a 10.9 g/dl De 7 a 9.9 g/dl < 7 g/dl	<input type="checkbox"/> Normal= 0 <input type="checkbox"/> Anemia leve=1 <input type="checkbox"/> Anemia Moderada=2 <input type="checkbox"/> Anemia severa=3



GOBIERNO REGIONAL MADRE DE DIOS
DIRECCION REGIONAL DE SALUD MADRE DE DIOS
"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"
"MADRE DE DIOS CAPITAL DE LA BIODIVERSIDAD DEL PERU"



Puerto Maldonado, 20 de julio del 2016

CARTA N° 335 - 2016 - GOREMAD/DIRESA-MDD/DEA - OP - ACAP

Señoritas:

Br. Yeny Carolina ENRIQUEZ MORA

Br. Gaby CALVO SUYO

Ciudad.-

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes, para saludarles cordialmente y a través de la presente comunicarles que con referencia a su solicitud se le concede permiso para aplicar el instrumento del estudio de investigación "Nivel Conocimiento sobre Alimentación Complementaria en Relación a Anemia en Madres de Niños de 6 - 24 meses. Centro de Salud Jorge Chávez 2016"; por lo tanto al concluir el trabajo de Investigación deberá presentar un ejemplar a la Coordinación de Capacitación y al C.S. de Salud Jorge Chávez.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
Dirección Ejecutiva de Administración

[Firma]
Abog. Marina Irene Salazar Bustiza
DIRECTORA DE PERSONAL

C.c
ARCHIVO
ACAP
INTERESADO

PERMISO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Puerto Maldonado, 8 de julio del 2016.

Sra. Licenciada Luisa Sutta Huamán,
Gerente de la Micro Red Jorge Chávez,
Puerto Maldonado.-

Asunto: Solicito autorización para realización de trabajo de investigación

De mi mayor consideración:

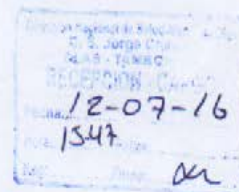
Por el presente me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que como Bachilleres en Enfermería, estamos realizando un estudio de investigación, para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería, por lo que recurro a su Autoridad, a fin de que pueda usted autorizar la realización, que consiste en la entrevista de madres de niños de 6 a 24 meses del centro de Salud Jorge Chavez.

El tema en estudio es NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN RELACIÓN A ANEMIA EN MADRES DE NIÑOS DE 6-24 MESES. CENTRO DE SALUD "JORGE CHÁVEZ", 2016

Sin otro particular, hacemos uso de la ocasión para saludarlo.

Atentamente,

Br. ENRIQUEZ MORA, Yeny Carolina
Br. CALVO SUYO, Gaby




Yeny E. M.


Gaby C.S.

PERMISO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Puerto Maldonado, 13 de julio del 2016.

Dra. Benedicta Emperatriz Morales Valdivia.

Directora de la Dirección Regional de Salud (DRSA)

Puerto Maldonado.

Asunto: Solicito autorización para realización de trabajo de investigación

De mi mayor consideración:

Por el presente me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que como Bachilleres en Enfermería, estamos realizando un estudio de investigación, para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería, por lo que recorro a su Autoridad, a fin de que pueda usted autorizar la realización, que consiste en la entrevista de madres de niños de 6 a 24 meses del centro de Salud Jorge Chávez.

El tema en estudio es NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN RELACIÓN A ANEMIA EN MADRES DE NIÑOS DE 6-24 MESES. CENTRO DE SALUD "JORGE CHÁVEZ", 2016

Sin otro particular, hacemos uso de la ocasión para saludarlo.

Atentamente

Br. ENRIQUEZ MORA, Yeny Carolina

Br. CALVO SUYO, Gaby



ANEXO Nro. 5

SOLICITUD DE VALIDACIÓN

Señor

Doctor(a)/Magister/Licenciada (o) de Enfermería.

Lic. Reyna Gutierrez Huallpa.....

De mi mayor consideración:

Presente.-

ASUNTO: SOLICITA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

Es grato dirigirme a Usted en su condición de profesional e la salud de prestigio, conocedor de Investigación en salud, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitarle su colaboración para validar el instrumento que acompaña a la presente, que es parte del estudio denominado "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN RELACIÓN A ANEMIA EN MADRES DE NIÑOS DE 6-24 MESES. CENTRO DE SALUD "JORGE CHÁVEZ", 2016".

Por favor consigne sus apreciaciones en la tabla que acompaña a la presente y además aquellas que Ud., considera mejorarían el trabajo de investigación. Agradeciendo por anticipado su colaboración.

Atentamente,

Br. ENRIQUEZ MORA, Yeny Carolina

Br. CALVO SUYO, Gaby

3. Con la información recolectada se logra el aporte esperado SI NO

IV. OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS

1. Metodológicas:
a) Acertado
b) _____
c) _____

2. De forma y redacción:
a) Coherente
b) _____
c) _____

3. De la especialidad según línea de investigación:
a) Coherente
b) _____
c) _____

V. OPINIÓN RESUMIDA DE EXPERTOS

1. Metodológicamente el instrumento es coherente SI NO
2. Los aspectos de forma y redacción son aceptables SI NO
3. En opinión generalizada el instrumento es válido SI NO

FECHA 16/7/16

Firma: _____


3. Con la información recolectada se logra el aporte esperado

SI NO

IV. OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS

1. Metodológicas:

- a) BIEN _____
- b) _____
- c) _____

2. De forma y redacción:

- a) BIEN _____
- b) _____
- c) _____

3. De la especialidad según línea de investigación:

- a) BIEN _____
- b) _____
- c) _____

V. OPINIÓN RESUMIDA DE EXPERTOS

- 1. Metodológicamente el instrumento es coherente SI NO
- 2. Los aspectos de forma y redacción son aceptables SI NO
- 3. En opinión generalizada el instrumento es válido SI NO

FECHA... 17/ julio/ 2016

Firma: _____


Lic. Paolo M. Durán Meza
NUTRICIONISTA
CNP: 5677

3. Con la información recolectada se logra el aporte esperado

SI NO

IV. OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS

1. Metodológicas:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

2. De forma y redacción:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

3. De la especialidad según línea de investigación:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

V. OPINIÓN RESUMIDA DE EXPERTOS

1. Metodológicamente el instrumento es coherente

SI NO

2. Los aspectos de forma y redacción son aceptables

SI NO

3. En opinión generalizada el instrumento es válido

SI NO

FECHA... 17/07/16

Firma: _____


Lic. Victor A. Milla Jesús