

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
CHOTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA Y ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6 A
24 MESES DEL P.S. CAÑAFISTO – CHOTA, 2021**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTORA

Bach. SÁNCHEZ ROJAS THALÍA

ASESOR

Mg. OBLITAS GONZALES ANIBAL

CHOTA – PERÚ

2022


COMITÉ CIENTÍFICO



.....
Mg. Anibal Oblitas Gonzales
Asesor



.....
Mg. Edwin Barboza Estela
Presidente del Comité Científico



.....
Mg. Elisa Ramos Tarrillo
Miembro del Comité Científico



.....
Mg. José Uberli Herrera Ortiz
LIC. ENFERMERÍA
C.E.P. 70953

.....
Mg. José Uberli Herrera Ortiz
Miembro del Comité Científico

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por bendecirme la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a mis padres: Claudio y Dorila; por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado, también a mi hermano por estar atento y presto a ayudar.

Agradezco a los docentes de la Escuela de Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de mi profesión. De manera especial a mi tutor de tesis, por haberme guiado, en la elaboración de este trabajo de tesis.

A Dios, fuente de inspiración y fortaleza.

A mi hija, motivo especial de superación por sus pequeñas pero significativas palabras.

A mis padres y mi hermano, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

A mi esposo, por estar siempre presente, acompañándome, por su paciencia y amor que me brinda día a día.

Thalía.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	viii
ABSTRACT	lx
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	4
MARCO TEÓRICO	4
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Bases conceptuales	8
2.3. Definición de términos básicos	17
CAPÍTULO III	18
MARCO METODOLÓGICO	18
3.1. Ámbito de estudio	18
3.2. Diseño de investigación	19
3.3. Población, muestra y unidad de estudio	19
3.4. Operacionalización de las variables	21
3.5. Descripción de la metodología	21
3.6. Procesamiento y análisis de datos	23
CAPÍTULO IV	24
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	24
4.1. Caracterizar a las madres con niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021.	24
4.2. Nivel de conocimiento materno sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021, según dimensiones.	27
4.3. Anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021.	30
4.4. Relación que existe entre nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021.	32
CAPÍTULO V	35
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	48

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Características sociodemográficas de las madres con niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021.	24
Tabla 2.	Nivel de conocimiento materno sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021, según dimensiones.	27
Tabla 3.	Anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021.	30
Tabla 4.	Relación que existe entre nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021.	32

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

OMS	: Organización Mundial de la Salud
ALC	: América Latina y el Caribe
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	: Ministerio de Salud
UNICEF	: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
CRED	: Crecimiento y Desarrollo
AC	: Alimentación Complementaria
AF	: Anemia Ferropénica
MPS	: Modelo de Promoción de la Salud
SIS	: Seguro Integral de Salud
MIDIS	: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses del puesto de salud de Cañafisto – Chota, 2021; investigación de enfoque cuantitativo, nivel relacional y diseño no experimental, ejecutado con 37 madres. Se utilizó un cuestionario para determinar el nivel de conocimiento materno y una ficha de observación para identificar la presencia de anemia en niños. Encontrándose que: las características maternas más frecuentes incluyen las edades de entre 18 y 29 años, con un 43,2%; el 91,9% fueron ser casadas o convivientes; el 73% eran católicas; el 37,8% contaban con instrucción primaria y el 73% eran beneficiarias de al menos un programa social. Según el nivel de conocimientos, 59,5% de las madres evidenciaron un conocimiento medio sobre alimentación complementaria, el 32,4% bajo y el 8,1% alto; en tanto, el 13,5% de los niños presentaron anemia ferropénica. Conclusión: No existe relación estadística significativa entre nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses.

Palabras clave: Conocimientos maternos, alimentación complementaria, anemia ferropénica.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship between the level of maternal knowledge about complementary feeding and iron deficiency anemia in children from 6 to 24 months of the Cañafisto - Chota health post, 2021; quantitative approach research, relational level and non-experimental design, carried out with 37 mothers. A questionnaire was used to determine the level of maternal knowledge and an observation sheet to identify the presence of anemia in children. Finding that the most frequent maternal characteristics include ages between 18 and 29 years, with 43.2%; 91.9% were married or cohabiting; 73% were Catholic; 37.8% had primary education and 73% were beneficiaries of at least one social program. According to the level of knowledge, 59.5% of the mothers showed average knowledge about complementary feeding, 32.4% low and 8.1% high; meanwhile, 13.5% of the children had iron deficiency anemia. Conclusion: There is no significant statistical relationship between the level of maternal knowledge about complementary feeding and iron deficiency anemia in children aged 6 to 24 months.

Keywords: Maternal knowledge, complementary feeding, iron deficiency anemia.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La anemia es la concentración hemoglobina inferior a los valores normales según a edad [1]. Constituye un problema de salud pública generalizado, tanto en áreas urbanas y rurales, debido a su elevada prevalencia durante los primeros años de vida, la cual está asociada al bajo consumo de fuentes de hierro hemático, así como al deficiente conocimiento materno respecto a alimentación [2].

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo existe aproximadamente 273,2 millones de niños anémicos [3]. Siendo Burkina Faso (86,2%), Yemen (83,5%) y Mali (83,4%), los países a nivel mundial con mayor prevalencia de anemia en niños [4], mientras que en América Latina y el Caribe (ALC) representa el 28,4% [5].

En nuestro País (Perú), según el “Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)” al primer semestre de 2019, cuatro de cada diez menores de tres años tuvieron anemia, representando el 42,2%, siendo más prevalente en la zona rural (49,0%), en comparación a la zona urbana (39,6%) [6]. Según el Ministerio de Salud (MINSA), la anemia en menores de tres años se presentó más en los departamentos de Ucayali (54,5%), Madre de Dios (50, %) y Puno (41,9); y la menor proporción en Tacna (16,8%) y Huánuco (16.6%); mientras que Cajamarca alcanzó un 30,1%; en tanto que la provincia de Chota presenta un 29,9% [7].

Diversos estudios indican que la anemia ferropénica tiene graves repercusiones sobre la maduración del sistema nervioso, por ende, dificulta su capacidad de aprendizaje y desarrollo intelectual. Asimismo, afecta la madurez y el funcionamiento del sistema inmunitario, predisponiéndole a desarrollar sobre todo enfermedades infectocontagiosas. Por otro lado, la anemia gestacional incrementa el riesgo de abortos, mortinatalidad y prematuridad, repercutiendo en su crecimiento y desarrollo [8].

La alimentación saludable ayuda a conservar la salud biopsicosocial de los niños [9]. Por lo tanto, la alimentación hasta los meses será solo con leche materna, sin

embargo, conforme avanza la edad (a partir de 6 meses) la lactancia materna ya no satisface las necesidades nutricionales del niño, siendo necesario la alimentación complementaria (AC) desde los 6 a los 24 meses de edad. Por tal razón, el proceso de consumir la alimentación, la consistencia, los conocimientos y las prácticas de alimentación son fundamentales para contribuir con el buen estado nutricional [10].

A nivel mundial, existe 155 millones de niños que sufren atraso en el crecimiento, 52 millones tienen peso bajo, y 41 millones tienen sobrepeso u obesidad, estadísticas que evidencian que la AC no es adecuada; pues solo, 25% de los lactantes cumplen con los criterios de diversidad y frecuencia alimentaria de acuerdo a su edad [11].

En Ecuador un estudio sobre conocimiento materno sobre alimentación complementaria, muestra que el 78,2% presenta conocimiento alto [12]. Asimismo, en Perú, un estudio sobre alimentación complementaria, muestra que el 61.7% presentan nivel medio de conocimiento, 33.3% nivel alto y el 5% nivel bajo [13].

Por otro lado, el “Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)”, establece que solo el 44% de niños iniciaron la lactancia materna en la primera hora después del nacimiento, 41% recibió lactancia materna exclusiva y el 66% continuó con la lactancia materna exclusiva entre su primer y segundo año de vida; además, la tasa de diversidad alimentaria complementaria mínima aceptable alcanzó el 41% [14].

En el Perú, según la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)” 2017, 16,9% recibieron fórmula infantil y leche materna; 30,4% tomó leche fresca o en polvo, de vaca u otro animal y el 55,1% recibió otro tipo de líquido. Además, el 78,1% de niños amamantados recibió algún alimento sólido o semisólido, en base a carne de ave, pescado y huevo (70%), cereal (67%); mientras que, de los niños que no lactaban, 99% consumieron alimentos sólido o semisólido; seguido por los alimentos de origen animal como las carnes y los huevos (94,2%) [15].

Así mismo la ENDES, menciona que existe un alto porcentaje de niños que recibieron alimentos antes de empezar a lactar: Moquegua (75,8%), Tacna (65,8%) y Arequipa (62,2%), mientras que Cajamarca 34,8 [16].

Una AC inadecuada, puede conllevar a malnutrición tanto por déficit como por exceso, la cual produce consecuencias negativas en los niños, en relación con sus habilidades y desarrollo cognitivo a lo largo del ciclo de vida. Asimismo, afecta su sistema de defensa, aumentando el riesgo de morbimortalidad

Para el acceso a una alimentación adecuada, el Ministerio de Salud (MINSA), se adhiere a las Objetivos del Desarrollo Sostenible, específicamente al objetivo 2, el cual tiene por finalidad poner fin al hambre, es decir promover una alimentación y nutrición saludable [17]. Así mismo el “Plan Nacional para la reducción y control de la anemia infantil y la desnutrición crónica en los niños durante el periodo 2017 – 2021”, está orientado a la reducción de la AF en menores de 36 meses al 19%, y al 6,4% en desnutrición crónica infantil [2]; sin embargo, su implementación es lenta debido a que el presupuesto asignado por el estado no cubrió las necesidades nutricionales de los niños.

A pesar que el gobierno peruano ha implementado diversas estrategias que busquen disminuir la anemia y malnutrición infantil, no se ha logrado revertir significativamente, puesto que estos trastornos son multicausales, por lo que es necesario replantar las políticas e intervención por parte del Estado, donde se mejore el acceso a agua y saneamiento, entrega de micronutrientes y/o del sulfato ferroso, además de fortalecer los conocimientos sobre AC de las madres, la familia y la comunidad.

Por ello, es necesario promover el trabajo coordinado y articulado entre los distintos sectores del gobierno nacional involucrados, así como entre los gobiernos regionales, locales y actores sociales. A fin obtener el máximo nivel posible de salud, y poder alcanzar el pleno desarrollo integral de los niños.

Por lo expuesto se cuestionó sobre ¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021?; proponiéndose como hipótesis (H₁): La relación entre nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y anemia ferropénica, es significativa; misma que fue rechazada para aceptar la hipótesis (H₀).

El objetivo general ayudó a determinar la relación entre nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021; y cumplir con los objetivos específicos de: Caracterizar a las madres de los niños sujetos del estudio, identificar el nivel de conocimiento materno sobre la alimentación complementaria; determinar la anemia ferropénica; y relacionar nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y anemia ferropénica.

El estudio aporta información actualizada y confiable sobre conocimientos maternos de AC y anemia ferropénica (AF); además, permitirá encaminar acciones conjuntas enfocadas a concienciar a los actores sociales y padres de familia para optimizar su salud.

Se encontró que la mayor frecuencia de las características sociodemográficas maternas esta entre los 18 a 29 años (el 43,2%), casadas o convivientes (91,9%), religión católica (73%), educación primaria (37,8%) y en quienes son beneficiarias de al menos un programa social (73%); el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria es medio (59,5%) y bajo (32,4%); el 13,5% de los niños tuvo anemia y no existió relación estadística significativa entre nivel de conocimiento materno sobre AC y AF.

La investigación incluye: Capítulo I, Introducción (el problema de estudio). Capítulo II, Marco Teórico (antecedentes, bases teóricas y conceptuales). Capítulo III, Marco Metodológico (métodos y materiales del estudio). Capítulo IV resultados y discusión. Capítulo V conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Al-Suhiemat AA. (Jordania, 2022), en el estudio “Nivel de educación materna y prácticas nutricionales con respecto a la anemia por deficiencia de hierro entre niños en edad preescolar en Jordania”, se plantearon como objetivo “Evaluar el nivel educativo y las prácticas nutricionales maternas para determinar los factores de riesgo relacionados con la anemia ferropénica”; investigación descriptiva correlacional y transaccional, llevada a cabo con 100 niños. Resultados: 53% de la muestra fueron varones y 47% féminas; 47% presentaron anemia moderada, 53% leve; 60% de madres tuvieron educación primaria, 10% eran iletradas; 30% de los niños con anemia leve y el 24% con anemia moderada iniciaron su AC antes de los seis meses. Concluyendo que existe relación significativa entre nivel educativo de la madre, inicio temprano de la AC y AF; además demostraron la ausencia de relación entre LME y AF [18].

Acosta D. (Ecuador, 2019), en el estudio “Conocimiento de las madres acerca de una alimentación adecuada para la prevención de anemia ferropénica en lactantes de 6 a 24 meses y su relación con la prevalencia de anemia en la Unidad Metropolitana de Salud Sur”, a fin de “Relacionar el nivel de conocimiento que poseen las madres de niños lactantes de 6 a 24 meses”; estudio descriptivo, relacional y transversal, desarrollado con 100 madres; se obtuvieron como resultados que, el 62% de los niños fueron menores de un año; el 8% presentó anemia (7% anemia leve y 1% moderada); el 34% de las participantes mostraron conocimiento alto, el 54% conocimiento medio y el 12% bajo; concluyendo que no existe relación significativa entre conocimientos sobre AC y AF [19].

Moreno LR, et al. (El Salvador, 2016) realizaron una investigación que tuvo por objetivo “Determinar el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que presentan las madres de niños menores 1 año de edad

que consultan a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Llano Los Patos, Las Tunas; Conchagua y Bobadilla; La Unión, El Salvador, Centro América. Año 2016”. investigación descriptiva y transversal, realizada con 315 madres, a quienes se les aplicó un cuestionario estructurado con 32 preguntas mediante una entrevista que permitió determinar su nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria. Se encontró que 43% de las madres presentó un conocimiento sobre AC poco aceptable, 40% un conocimiento no aceptable y 17% un conocimiento aceptable [20].

Quispe A. (Perú, 2019) desarrollo la investigación “Conocimiento de madres sobre alimentación complementaria y relación con la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses de edad, Centro de Salud Crucero 2017”. Cuyo objetivo fue “determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria y su relación con el grado de anemia ferropenia en niños de 6 a 24 meses de edad”. Estudio descriptivo transversal y diseño correlacional, llevado a cabo con 42 madres cuyos niños presentaron anemia. Utilizó como técnicas una encuesta y el análisis documental de las historias clínicas, a fin determinar el nivel de conocimiento; se utilizó un cuestionario validado y confiable y una ficha de observación para determinar el nivel de hemoglobina. Resultados: el nivel de conocimiento materno regular alcanzó 69%, deficiente 24% deficiente y bueno 7%; en cuanto a anemia: 60% leve y 40% moderada; además, el 48 y 21% de niños con anemia leve y moderada, respectivamente tuvieron una madre con conocimiento medio. Se determinó una relación significativa entre nivel de conocimiento y anemia ($p=0.005$) [21].

Mejía RS, et al. (Perú, 2017) realizaron el estudio titulado “Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED Centro Salud Parcona 2016”, cuyo objetivo fue “Determinar la relación entre los conocimientos maternos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses”. Investigación cuantitativa, descriptiva-correlacional y transaccional, con 150 madres con sus respectivos niños. Los resultados indicaron que 47% de las madres mostraron conocimiento bajo, 40% nivel medio y 13% nivel alto. En cuanto al estado nutricional de los niños el

30.4% esta normal, 17% tiene desnutrición y sobrepeso, concluyeron que existe una relación significativa entre ambas variables ($X^2 = p < 0,05$) [22].

Enriquez YC y Calvo G. (Perú, 2017) estudiaron “Conocimiento sobre alimentación complementaria y la anemia en niños del Centro de Salud Jorge Chávez, 2016”, para “Determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en relación a anemia en madres de niños de 6 a 24 meses”. Investigación prospectiva y de tipo correlacional, llevado a cabo con una muestra probabilística de 116 madres y con sus respectivos hijos. Empleó como técnicas la entrevista y la observación y como instrumentos un cuestionario estructurado y una guía de observación. Los resultados: 70% de las madres alcanzaron un nivel de conocimiento regular, 2% nivel bueno y 28% nivel bajo. En cuanto a anemia, 44% tenía anemia leve, 32% moderada y 24% anemia severa. Conclusión: el nivel de conocimiento sobre AC y AF se relacionan significativamente [23].

Arista Y (Perú, 2017) en el trabajo “Nivel de conocimiento de madres sobre alimentación complementaria y presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses – Hospital Laredo. Junio – diciembre 2015”, cuyo objetivo de “Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres y la presencia de anemia ferropénica en niños de 6 meses a 12 meses de edad”. Estudio descriptivo-correlacional, desarrollado con 180 madres; a quienes se les realizó una encuesta por medio de un cuestionario que midió los conocimientos sobre la AC y una ficha de interpretación para obtener el grado de anemia. Resultados: 63% de las madres tuvieron conocimiento medio, 35% bajo y 2% alto. Respecto a la anemia, 71% de niños la presentaron, de estos más del 80% presento anemia leve. Concluye que hay una relación ($p < 0.05$) entre conocimiento y AC [24].

Portal AD (Cajamarca, 2018) estudió sobre “Conocimiento y práctica de las madres de niños y niñas de 6 a 11 meses sobre alimentación complementaria. Centro de Salud Pachacútec 2018”, objetivo fue “determinar el conocimiento y la práctica sobre alimentación complementaria que tienen las madres de niños y niñas de 6 a 11 meses”, estudio relacional y de corte transversal. Resultados:

el 70% de madres de niños de 6 meses conocen de AC, el 50% de madres de niños de 7 a 8 meses no conocen sobre AC, y el 56,5% de madres de niños de 9 a 11 meses conocen acerca de AC [25].

A nivel local, tras la revisión bibliográfica en base de datos y repositorios, no se ha logrado encontrar estudios previos sobre las variables de estudio.

2.2. Bases conceptuales

2.2.1. Bases teóricas

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (1996)

El sustento teórico del presente estudio es el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender [26]; citado por Aristizábal GP et al [25], el MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud.

Está inspirado en dos sustentos teóricos: el primero es la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura, el cual establece la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

El segundo sustento teórico, es el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather, el cual afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.

En este espacio, el profesional de enfermería se convierte en un agente de cambio a través del desarrollo de diversas actividades, sobre todo en AC en los niños a partir de los seis meses de edad, generando en las madres de familia conductas que promuevan y fortalezcan la salud del niño, previniendo problemas de malnutrición (desnutrición crónica, sobrepeso y obesidad), producto de prácticas alimentarias inadecuadas [27].

El MPS, se relaciona con nuestro estudio, puesto que, el nivel de conocimiento materno sobre AC refleja las “conductas generadoras de salud” – conductas que Pender plantea en su MPS como algo aprendido –, y la anemia vendría a ser un posible resultado de esta conducta.

2.2.2. Conocimiento sobre alimentación complementaria

A. Conocimiento

a) Definición

Según Cerón AU [28], hay cuatro tipos de conocimiento:

1. Conocimiento científico

Conocimiento básico que se adquiere producto de la vida cotidiana, es decir este conocimiento se adquiere en el curso de la historia individual y con la práctica diaria [28].

2. Conocimiento precientífico

Este tipo de conocimiento se basa en el conocimiento pseudocientífico y el conocimiento proto-científico. El primero carece de rigurosidad y es basado en las creencias y prácticas cultivadas; mientras que el segundo tiene un objeto de estudio, pero sin una base teórica ni experimental [28].

3. Conocimiento científico

Conocimiento que se basa en un conjunto de propiedades y leyes propias, además, es sistemático, metódico, riguroso, explicativo y

hasta predictivo, que conlleva a tomar actitudes entre sí, que posee el reconocimiento de científicos [28].

4. Conocimiento meta-científico

Conocimiento basado en la realidad científica que asemeja y narra los mecanismos de una investigación, que incluye “la formulación del problema, el marco teórico, las hipótesis, las variables, los diseños de investigación, las unidades de análisis y la población objetiva [28].

b) Niveles de conocimiento

Según Rodas [29] existe 3 niveles de conocimiento:

- 1. Nivel alto:** este tipo de conocimiento se basa en “la realidad inmediata, a través de un análisis exhaustivo y profundo sobre el tema en cuestión”.
- 2. Nivel medio:** se basa en el razonamiento con soporte empírico, es decir, establece la relación causa-efecto, susceptibles de experimentación.
- 3. Nivel bajo:** conocimiento natural, producto de la práctica cotidiana, por lo que el raciocinio es en ocasiones inexacto y erróneo.

c) Conocimiento materno sobre AC

Noción y experiencia que la madre ha alcanzado a través del tiempo, y este se refleja mediante la aplicación de un cuestionario [30]. Es importante que la madre considere al aporte calórico-energético como el suficiente nutrimento requerido por el niño según su edad, dado que le permitirá lograr el óptimo crecimiento y desarrollo [31].

B. Lactante

a) Definición

Periodo que va desde los 28 días hasta los 24 meses [32]:

- Lactante Menor: etapa comprendida desde los 28 días hasta el primer año.
- Lactante Mayor: etapa que abarca desde los 12 meses hasta los 2 años.

b) Características fisiológicas del lactante

- Maduración digestiva

Entre los 4 a 6 meses de edad es frecuente el reflejo de extrusión, va desapareciendo, mientras que los reflejos de succión y deglución cada vez son mejores. A nivel del esófago, el peristaltismo es mucho menor que en los adultos, hay inmadurez del esfínter cardias y el vaciamiento gástrico es más lento, por lo que a esta edad es frecuente las regurgitaciones, que irán mejorando con el paso del tiempo.

A nivel gastrointestinal, aumenta la producción enzimática favoreciendo la digestión y absorción de nutrientes; además, de la maduración del microbiota intestinal [32].

- Desarrollo neuromuscular

Hacia el sexto mes el niño se sienta solo, facilitando la alimentación y el buen control del cuello. Por otro lado, la maduración de los reflejos de “masticación y deglución”, favorecen la fono-articulación durante el habla [32].

C. Alimentación complementaria

Incorporación de “alimentos adicionales a la leche materna” a partir del sexto mes de edad [32]; este proceso de transición se prolonga hasta los dos primeros años de vida, siendo un periodo de alto riesgo, puesto

que los infantes si no son alimentados adecuadamente empieza la malnutrición.

La AC debe iniciarse en el momento adecuado, es decir debe recibir alimentos a partir de los 6 meses, por eso, la AC debe ser suficiente, variedad y administrada en cantidades y en frecuencias adecuadas, para cubrir las necesidades nutricionales del niño. Además, debe ser de forma apropiada, lo cual significa que deben tener una textura adecuada para la edad del niño.

La adecuación de la AC (suficiencia, seguridad y de adaptación) depende no solo de la disponibilidad de alimentos, sino también de las prácticas de alimentación de los padres de familia [34]. Por otro lado, los alimentos a utilizarse en la AC del niño desde los 6 meses hasta los 24 meses se sujetan en las siguientes normas: iniciar la AC a partir de los 6 meses y los alimentos usados deben ceñirse a las normas vigentes, desde la preparación, hasta el transporte de condiciones adecuadas [35].

D. Características de la alimentación complementaria

Entre ellas tenemos:

a) Tipo de alimentos

Debe iniciarse con “papillas de arroz, avena o verduras como ñame, plátano o papa, luego carnes de pollo y res, seguido de los lácteos y las grasas” [33].

b) Consistencia de la comida

De acuerdo a la edad se debe incluir alimentos tipo puré, picados o normales; en cuanto a la consistencia picada o puré, no se debe descuidar el aporte energético, pues si son muy líquidos, estos saciarán al niño más pronto y el aporte calórico/energético se verá reducido [33].

c) Cantidad de comida

Las calorías requeridas por el niño deben ser adecuada: de 6 a 8 meses = 403 kcal, de 9 a 11 meses = 543 kcal, y de 12 a 24 meses = 760 kcal; además, la capacidad gástrica del menor de dos años es de 500 ml [33].

d) Frecuencia de comida

Entre los 6 y los 8 meses, el niño debe ingerir dos comidas principales al día; a los 9 a 11 meses, 3 comidas al día; y a partir de los 12 meses de 4 a 5 veces al día, más lactancia hasta los dos años [34, 35].

E. Alimentación de acuerdo a edad del niño

a) De 6 a 8 meses:

Ingerir alimentos de consistencia aplastados (papillas, mazamoras o purés); deben consumir 2 cucharadas de: “alimentos de origen animal, como hígado, sangrecita; cereales y tubérculos; fideos, papa, camote, sémola, maicena, etc. Además, agregar a todas las papillas una cucharada de zapallo, zanahoria”, así como una cucharadita de aceite o mantequilla. Consumir de 3 a 5 cucharadas de papilla = 1/2 plato mediano, con frecuencia de 3 comidas por día [36].

b) De 9 a 11 meses:

Ingerir alimentos de consistencia picada: dos cucharadas de alimentos de origen animal, cereales y tubérculos; además agregar zapallo, zanahoria, espinaca. El niño debe consumir 5 a 7 cucharadas de alimento = 3/4 plato mediano y con una frecuencia de 4 comidas por día (media mañana, almuerzo, media tarde y cena) [36].

c) De 12 a 23 meses:

A esta edad, los niños deben consumir de “7 a 10 cucharadas de alimento= plato Mediano y con frecuencia de 5 comidas por día (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena” [36].

2.2.3. Anemia ferropénica

A. Definición

Trastorno en el cual la hemoglobina se encuentra por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género y edad, a causa de la carencia de hierro [37].

B. Causas

- Bajas fuentes de contenido y/o baja biodisponibilidad de hierro.
- Consumo de leche de vaca, sobre todo en menores de 1 año.
- Dificultades en la absorción de hierro, por procesos inflamatorios.
- Incremento de necesidades de hierro (menor de 2 años).
- Parasitosis intestinal, gastritis, entre otros procesos inflamatorios.
- Paludismo, así como las infecciones crónicas.
- Prematuridad y bajo peso al nacimiento.
- Corte inmediato de cordón umbilical (disminución en la transferencia de hierro durante el parto) [37].

C. Valores normales de concentración de hemoglobina y grados de anemia en niños 5 años

Cuadro N° 1. Valores normales y grados de anemia en niños.

Población	Normal (g/dl)	Anemia por niveles de hemoglobina (g/dl)		
		Leve	Moderada	Severo
Niños de 6 a 59 meses de edad	11,0 - 14,0	10,0 – 10,9	7 – 9,9	< 7,0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2007 [37].

D. Signos y síntomas

- Alteraciones del sueño, debilidad, “inapetencia, anorexia, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, fatiga, vértigos, mareos, cefaleas y alteraciones del crecimiento. Palidez de piel y mucosas, piel seca, caída del cabello, pelo ralo y uñas quebradizas, platoniquia o coiloniquia. Modificación del desarrollo psicomotor, del aprendizaje y/o la atención. Alteraciones de las funciones de memoria y débil respuesta a los estímulos” [38].

E. Diagnóstico

a) Clínico

Incluye la anamnesis y el examen físico, permitiendo evaluar el cuadro clínico de AF, utilizando para ello la historia clínica del infante [37].

b) Laboratorio

Basado en la determinación de concentración de hemoglobina o el hematocrito, el cual se realiza desde los establecimientos de salud desde el primer nivel de atención de salud [37].

F. Tratamiento

El MINSA indica que “el tratamiento con hierro en los niños, que tienen entre 6 meses y 11 años de edad, y han sido diagnosticados con anemia, se realiza con una dosis de 3mg/kg/día. Se administrará el suplemento de hierro durante 6 meses continuos; además del control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro” [38].

Cuadro N° 2. Tratamiento con hierro para niños de 6 meses a 11 años de edad con anemia leve o moderada

Edad de administración	Dosis (vía oral)	Producto	Duración	Control de Hb
Niños de 6 a 35 meses de edad	3m/kg/día Máxima Dosis: 70mg/kg/día	Jarabe de Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico o gotas de sulfato ferroso o de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento
Niños de 3 a 5 años de edad	3m/kg/día Máxima Dosis: 90mg/kg/día	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico		
Niños de 5 a 11 años	3m/kg/día Máxima Dosis: 120mg/kg/día	Jarabe de Sulfato Ferroso o de Complejo Polimaltosado Férrico o 1 tableta de Sulfato ferroso		

Fuente: MINSA. Norma técnica – manejo terapéutico de anemia en niños, 2017 [38].

G. Complicaciones

- Generalmente la anemia en su forma leve no produce complicaciones, sin embargo, si se acrecienta puede producir problemas cardíacos (taquicardia, angina de pecho, entre otras) [39].
- Retraso el crecimiento físico, el movimiento y el habla, predisponiéndoles a las infecciones) [39].

H. Prevención de la anemia por deficiencia de hierro

- Alimentación balanceada, que incluya alimentos de origen animal ricos en hierro.
- Lactancia materna exclusiva y prolongada más allá de los dos años.

- Iniciar la AC a seis meses, considerando en la dieta alimentos de origen animal con alto contenido de hierro.
- Cumplir la suplementación preventiva o terapéutica de hierro en gestante y puérperas.
- Corte tardío del cordón umbilical (2 – 3 minutos posterior al nacimiento) [37].

2.2. Definición de términos básicos

- a) **Conocimiento materno:** noción y experiencia que la madre ha alcanzado a través del tiempo, y este se refleja mediante la aplicación de un cuestionario [31].
- b) **Anemia ferropénica:** déficit de los valores de hemoglobina circulante, producto de la deficiencia de hierro [37].
- c) **Alimentación complementaria:** introducción de alimentos adicionales a parte de lactancia materna, iniciándose a partir de los 6 meses de edad [33].
- d) **Hemoglobina:** proteína globular presente en los eritrocitos y contiene cuatro átomos de hierro responsable de transportar el oxígeno desde los pulmones a todos los tejidos del organismo [38].
- e) **Hierro:** mineral que se encuentra dentro de los glóbulos rojos y es indispensable para producir la hemoglobina, responsables de transportar oxígeno a nivel celular y tisular [38].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. **Ámbito de estudio**

El estudio se realizó en la comunidad de Cañafisto, perteneciente al distrito y provincia de Chota, ubicada en el centro de la región Cajamarca; su capital se sitúa en la meseta de Acunta a una altitud de 2,388 msnm, a 150 km de Cajamarca y a 219 km de Chiclayo; limita por el norte con los distritos de Chiguirip y Conchán, por el oeste con el distrito de Lajas, por el sur con la provincia de Bambamarca, y por el este con el distrito de Chalamarca; su temperatura anual promedio es de 17,8°C, con climas que varían de templados en los valles interandinos a fríos en las zonas altoandinas [40].

La institución donde se desarrolló el proyecto fue el Puesto de salud Cañafisto, adscrito a la “Dirección Subregional de Salud -Chota”, específicamente en el servicio de CRED; es un establecimiento de salud de primer nivel de atención, categoría I-1, no cuenta con internamiento; brinda prestación a la población de los siguientes servicios los cuales son: Admisión y triaje, CRED, obstetricia, medicina general, psicología, farmacia y tóxico. Proporciona a sus usuarios seguro integral de salud (SIS) de manera gratuita a personas especialmente aquellos de bajos recursos y que no se encuentran afiliados a EsSalud de la provincia de Chota, dicho establecimiento está ubicado en el centro poblado de Cañafisto, comunidad perteneciente al Centro Poblado de Cuyumalca.

El servicio de CRED es el ámbito donde se realiza un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas llevadas a cabo por el profesional de la salud de enfermería y/o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada, oportuna e individual el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, con el fin de detectar de forma precoz los riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos, las deficiencias y discapacidades e incrementando las oportunidades y los factores protectores. Es individual, integral, oportuno, periódico y secuencial [41].

3.2. Diseño de investigación

Estudio de enfoque cuantitativo sustentado en datos numéricos; de nivel relacional, puesto que permitió determinar la relación entre conocimiento materno sobre AC y AF en niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota.

Investigación observacional, debido a que no se manipularon las variables, y transaccional, donde la información se obtuvo en un solo momento [42].

Esquema del diseño:

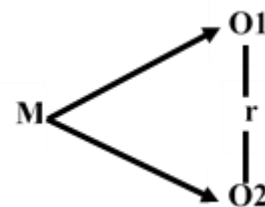
Donde:

M: Muestra

O1: Variable 1: Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria.

O2: Variable 2: Anemia ferropénica.

r: Relación de variables



3.3. Población, muestra y unidad de estudio

La población estuvo constituida por todas las madres con niños de 6 a 24 meses que se atendieron en el P.S. Cañafisto Chota que a la fecha de recolección fueron de 37.

Se trabajó con la población total por ser reducida y manejable; además de ser representativa para fines de investigación; estuvo constituida por 37 madres, con sus respectivos niños de 6 meses a 24 meses de edad del P.S Cañafisto.

Unidad de análisis

Cada madre con niños de 6 meses a 24 meses que acudieron al control CRED del Puesto de Salud Cañafisto. La selección muestral contempló los siguientes criterios de:

Criterios de inclusión:

- Madre que firmaron el consentimiento informado.

- Madres que asistió regularmente al puesto de salud.
- Madre mayor de 18 años de edad.
- En el caso de la existencia de dos niños con edades de entre 6 y 24 meses se consideró el de menor edad, pues está demostrado que a menor edad más riesgo de AF.

Criterios de exclusión

- Madre con discapacidad auditiva y/o trastorno mental diagnosticado.

3.4. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final
Nivel de Conocimiento sobre alimentación complementaria	Valor alcanzado de un conjunto de ideas y conceptos relacionados, claros y precisos sobre introducción de alimentos relacionados con las practicas sobre la alimentación de los niños, a partir de los 6 meses de edad [43].	Aspectos generales	<ul style="list-style-type: none"> - Edad de inicio - Duración - Entorno - Higiene - Tipos - Combinación de alimentos - Cantidad - Frecuencia - Consistencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento alto: 12 – 15 puntos - Conocimiento medio: 8 – 11 puntos - Conocimiento bajo: 0 – 7 puntos
		Características	<ul style="list-style-type: none"> - Crecimiento - Desarrollo 	
Anemia ferropénica	Trastorno en el cual la hemoglobina se encuentra por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género y edad, por carencia de hierro (37).	Información obtenida de las historias clínicas de los niños de 6 a 24 meses en del área CRED del P.S. Cañafisto.	<p>con anemia ferropénica.</p> <p>Sin anemia ferropénica.</p>	<p>Anemia: Hb < 11 g/gl</p> <p>Sin anemia: Hb > 11 g/dl.</p>

3.5. Descripción de la metodología

3.5.1. Métodos

Se utilizaron como técnicas la encuesta y el análisis documental; la primera se aplicó en madres de familia para recolectar información sobre alimentación complementaria, y la segunda, recogió información

de las historias clínicas de los niños que acudieron al consultorio de CRED.

Para la recolección de datos, se solicitó permiso al Jefe del P.S Cañafisto y a la licenciada en enfermería responsable del área de crecimiento y desarrollo; quienes además firmaron la autorización y facilitaron la información necesaria. Una vez identificados los domicilios se procedió con la visita domiciliaria. Paso seguido se les informó a las madres participantes sobre los objetivos del estudio y que su participación voluntaria se plasmaría con la firma del consentimiento informado (Anexo 1), luego de ello se realizó la aplicación del cuestionario sobre alimentación complementaria, cumpliendo con todos los protocolos de bioseguridad anti COVID-19.

3.5.2. Materiales

Para la recolección de datos se utilizó dos instrumentos:

El primero, fue un cuestionario de conocimientos maternos sobre la AC elaborado por Cárdenas [43] en el 2010 , que permitió medir el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria; consta de instrucciones, datos generales, y el cuestionario (Anexo 2), constituido por 15 preguntas de respuesta múltiple divididas en dos dimensiones (Aspectos generales (13 ítems) y características (2 ítems) de la alimentación complementaria); a cada respuesta correcta se le asignó un puntaje de 1 (uno) y a cada incorrecta un puntaje de 0 (cero). El puntaje total se obtuvo mediante la Escala de Estanones en la Curva de Gauss, llegándose a determinar: Conocimiento alto: 12 – 15 puntos; Conocimiento medio: 8 – 11 puntos; Conocimiento bajo: 0 – 7 puntos.

El instrumento fue sometido a validez de contenido y constructo por medio del juicio de 8 (ocho) expertos en el que participaron: 2 docentes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 5 profesionales de enfermería que laboraban en consultorios de crecimiento y desarrollo y 1 nutricionista. La tabla de concordancia

sometida a prueba binomial arrojó una concordancia significativa ($p < 0.05$) [41]. La prueba piloto en 10 madres, obteniéndose una confiabilidad con Kuder Richardson de $K.R > 0.6 =$ aceptable [43].

La confiabilidad del cuestionario se realizó en 15 madres y niños que se atendieron en el Centro de Salud Patrona de Chota. Arrojando un instrumento aceptable para su aplicación, con un Alfa de Cronbach de 0,770 (Anexo 04).

El segundo instrumento, fue una ficha de observación que permitió recolectar información de las historias clínicas de los niños de 6 a 24 meses de edad, lo que ayudó a determinar la presencia o ausencia de anemia en los niños (Anexo 03)

Recursos: fueron el investigador y madres participantes. Los recursos financieros fueron asumidos por el investigador en su totalidad.

3.6. Procesamiento y análisis de datos

Después de haber concluido con la aplicación del cuestionario y la recolección de la información documental, se procedió a codificar y elaborar una matriz de datos para facilitar el ingreso de la información en el programa SPSS versión 25.0. La estadística descriptiva (frecuencia absoluta y relativa) es presentada en tablas simples y de contingencia.

La estadística inferencial permitió determinar la relación entre las variables, empleando para ello la prueba de Chi Cuadrado de independencia, a un nivel de confianza del 95% y un p-valor ($p < 0.05$). Concluyendo en la no existencia de relación estadística significativa.

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Caracterizar a las madres con niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las madres con niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021.

Características	N	%
Edad		
< 18 años	7	18,9
18 a 29 años	16	43,2
30 a 39 años	11	29,7
40 a más años	3	8,1
Estado civil		
Casada/conviviente	34	91,9
Soltera/divorciada/viuda	3	8,1
Religión		
Católica	27	73,0
Evangélica	6	16,2
Otra	4	10,8
Grado de instrucción		
Iletrada	4	10,8
Primaria	14	37,8
Secundaria	11	29,7
Superior	8	21,6
Programas sociales		
Si	27	73,0
No	10	27,0
Total	37	100,0

Fuente: Características maternas, puesto de salud, Cañafisto 2021.

En la tabla 1, se observa que la mayor frecuencia según características sociodemográficas de las madres participantes se encuentra entre aquellas que tienen de 18 a 29 años (el 43,2%), casadas o convivientes (91,9%), entre las que profesan la religión católica (73%), las que tienen educación primaria (37,8%) y quienes son beneficiarias de al menos un programa social (73%).

Cifras parecidas a las reportadas por el INEI [44], quien refiere que al 2021 existían en el país más de 8 millones de madres con niños menores de cinco años, 69% de ellas tenían de 20 a 34 años y 1,6% menos de 20 años; el 63,5% eran casadas o convivientes; 76% profesaban la religión católica y 14% la religión evangélica [45]. Asimismo, los datos de educación primaria en las madres son inferiores al 41,2% reportado por el INEI [46], esto debido a las características propias de la zona rural, donde las mujeres tienen menos posibilidades de continuar estudios de secundaria o superior y a la menor edad de compromiso conyugal, lo que se corresponde con las edades relativamente jóvenes encontradas en el estudio (18 a 29 años).

Mención aparte merece el 10,8% de madres iletradas encontradas en el estudio, estos valores son 10,5% menores a los reportados por el INEI [47] en el censo 2017, donde el 21,3% de las mujeres cajamarquinas fueron iletradas (tercera región con mayor analfabetismo); al igual que, el 18,6% de encontrado en la provincia de Chota (segunda provincia con mayor analfabetismo de la región). Cifras previsibles dado que más de los 2/3 de las madres participantes tienen entre 18 y 29 años, edades relativamente jóvenes que les ha permitido acceder por lo menos a una educación básica (primaria y secundaria).

El porcentaje de madres que son parte de los programas sociales identificados en el estudio, es parecido a lo indicado por el “Ministerio de desarrollo e inclusión social” (MIDIS) en el 2018 [48], donde las $\frac{3}{4}$ partes de los hogares rurales del país, recibían al menos un programa social; además, la región Cajamarca, es la que cuenta con el mayor número de beneficiarios, por ser la región con los mayores índices de pobreza y pobreza extrema [49]. Si bien es cierto, los programas sociales están ligados a las condiciones de pobreza de las familias, estos se convierten en factores protectores del estado nutricional

del niño [2], pues al ser beneficiarias tienen mayor oportunidad de adquirir alimentos (programa juntos) nutritivos y acceder a micronutrientes y proteínas (vaso de leche) que ayudarán a prevenir la AF.

Las características de las madres reportadas son parecidas a las encontradas en diversos estudios de conocimiento sobre AC y AF, como el de Moreno LR, et al. [18], donde, el 75,2% de madres tenían entre 18 y 35 años, el 64,1% eran casadas o convivientes y el 40,3% tenían educación primaria; pero dos veces inferior (25,7% evangélica) respecto a la religión que profesaban. El estudio de Quispe A. [21], evidenció que más de la mitad de madres tenían educación primaria y las 2/3 partes eran menores de 30 años.

Pero cifras diferentes a las de Mejía RS, et al. [22], quienes encontraron datos mayores (45,7%) respecto a la edad materna (21 a 30 años) y muy superiores al 3,3% de madres con educación primaria, esto posiblemente vinculada a la población urbana donde se realizó la investigación; también son inferiores a las de Arista Y. [24], donde el 65% de las madres eran menores de 30 años y 74,4% vivían con una pareja, pero superiores al 24,4% que tenían educación primaria. Además, inferiores a las edades de 17 a 29 años y al 13,8% de educación primaria encontrada por Portal AD. [25].

Asimismo, algunos estudios determinaron que las madres jóvenes, iletradas o con escaso grado de instrucción, y sin pareja o apoyo conyugal tienen mayor riesgo de presentar un conocimiento deficiente sobre AC [50-52]; características sociales y demográficas que pueden condicionar un mayor riesgo del niño a sufrir alteraciones del estado nutricional (desnutrición, sobrepeso, obesidad) y déficit de micronutrientes que pueden resultar en AF.

4.2. Identificar el nivel de conocimiento materno sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021, según dimensiones.

Tabla 2. Nivel de conocimiento materno sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021.

Nivel de conocimiento	N	%
Alto	3	8,1
Medio	22	59,5
Bajo	12	32,4
Total	37	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento materno sobre alimentación complementaria, 2021.

En la tabla 2, se muestra que la mayor frecuencia del nivel de conocimientos sobre AC en madres participantes es medio (59,5%), seguido del nivel bajo (32,4%).

Cifras parecidas a las encontradas en estudios sobre conocimientos maternos en AC, como los de Quispe A. [21], donde de un total de 42 madres, 69% tuvieron un conocimiento regular y 24% deficiente; por su parte Moreno LR, et al. [20], evidenciaron que, de 315 madres, 43% presentaron conocimiento poco aceptable y 40% no aceptable. Asimismo, Enriquez YC y Calvo G. [23], en su estudio realizado con 116 madres, encontraron que, el 70% de ellas tenían un conocimiento regular sobre AC y el 28% un nivel bajo; mientras Arista Y. [24], identificó que, de 180 madres, 63% presentaron un nivel de conocimiento medio y 35% un nivel medio.

Pero difieren con los estudios de Mejía RS, et al. [22], quienes encontraron que, 47% de las madres (n = 150) tenían un nivel de conocimiento bajo sobre AC y 40% un nivel medio; por su parte Portal AD. [25], encontró que 50% de madres con menores de 5 años desconocen sobre AC. En todos los casos el

nivel de conocimiento materno sobre AC estuvo entre el 9 y 12%, revelando que, a pesar de la diversidad de estadísticas, el conocimiento materno sobre AC, aún sigue siendo alto.

El nivel medio de conocimiento materno sobre AC encontrado en el estudio, estaría vinculado a que nueve de cada diez madres tienen algún grado de instrucción, la mayoría acceden a programas sociales, tienen una pareja, y son jóvenes (18 a 29 años). Al respecto, se conoce que el nivel de conocimiento sobre AC se ve beneficiado cuando la madre tiene mayor grado de instrucción [50], puesto que es más conocedora y consciente de la importancia de la alimentación del niño; además, el ser parte de los programas sociales (juntos, vaso de leche) ayuda a tener una mayor capacidad adquisitiva alimentaria y mayor acceso a micronutrientes [13].

Por otro lado, aquellas madres que cuentan con una pareja (casadas o convivientes), no solo tienen el apoyo en la crianza de los hijos, sino también mejores ingresos económicos que contribuyen a mejorar la dieta alimenticia del niño [53-55]; en tanto, las madres jóvenes muestran mejores prácticas y actitudes de alimentación [52, 56]. Estas características sociales, económicas y comportamentales positivas de las madres, podrían estar vinculadas, a que más de la mitad de las madres participantes tienen un conocimiento medio sobre AC; convirtiéndose en una oportunidad que debe ser aprovechada por el sector salud y demás actores sociales para empoderarlas en materia de alimentación infantil.

Sin embargo, se debe resaltar que más de un tercio participantes presentan conocimiento bajo sobre AC, lo que sugiere que el sector salud y las autoridades competentes deben continuar empoderando a las madres en materia de alimentación y nutrición infantil; dado que las investigaciones sugieren que, incrementando el nivel de educación y conocimiento materno se lograra reducir alteraciones en el desarrollo y el estado nutricional del niño [57, 58].

La AC es la incorporación de alimentos distintos a la leche materna y que según la OMS [33] y el MINSA [59] lo recomiendan a partir de los seis meses; “este proceso de transición al destete es fundamental para introducir en el niño hábitos positivos de alimentación y disminuir riesgos en el estado nutricional”, pero también un periodo donde la madre debe poner a disposición del niño, prácticas, experiencias, conductas y actitudes de alimentación saludables [60]; por lo que requerirán de adecuados conocimientos sobre AC.

Por otro lado, para que la AC sea adecuada se debe cumplir con ciertas características que la madre debe conocer al momento de iniciar la alimentación del niño, tales como: iniciarlo a partir de los 6 meses, tener en cuenta su consistencia, cantidad y frecuencia, ser oportuna, contener todos los tipos de alimentos necesarios para satisfacer nutricionalmente al niño y de un entorno social apropiado para la alimentación y lactancia materna [34, 61].

El escaso o nulo conocimiento de la madre sobre AC, se ve reflejado en el inicio precoz o tardío de la alimentación, consumo de “agüitas o sopitas” como platos principales de alimentación, platos con alto contenido de carbohidratos, déficit o exceso en la cantidad y frecuencia de alimentación considerando su edad, o el escaso consumo de alimentos ricos en hierro; además de las características sociales y demográficas de la madre y el entorno donde vive [59]. Todo esto se traduce en la presencia de altos porcentajes de niños menores de cinco años con problemas en su estado nutricional (desnutrición) o déficit de micronutrientes (anemia) [9, 15, 21]; factores que podrían explicar los niveles medios y bajos de conocimiento sobre AC encontrados.

Por tanto, los niveles de conocimiento materno encontrados en el estudio indican que las madres participantes tienen escaso o nulo conocimiento sobre: qué es AC; edad de inicio de la introducción de los alimentos, a qué edad se le debe dar cierto tipo de alimentos; el lugar adecuado para alimentar al niño; qué alimentos protegen al niño de enfermarse, les proporcionan energía o les ayudan a formar masa muscular (proteínas); cuál debe ser la cantidad, consistencia y frecuencia de alimentación; además de los beneficios que traería al niño una correcta AC.

4.3. Determinar la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021.

Tabla 3. Anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021.

Anemia ferropénica	N	%
Sin anemia	32	86,5
Con anemia	5	13,5
Total	37	100,0

Fuente: Ficha de observación, 2021.

La tabla 3, muestra que el 13,5% de los niños que se atendieron en el Puesto de Salud de Cañafisto en el año 2021 presentan anemia. Cifras muy por debajo del 35% de lo reportado por la OMS [3, 4] o la UNICEF [5] alrededor del mundo; o al 40% de lo encontrado en el Perú por el INEI [6], en niños menores de tres años, con mayor incidencia en la zona rural (48,8%); y tres veces menos que la AF reportada en la región Cajamarca (30,1%) al 2020 [7]. Estas diferencias se pueden explicar por las edades de medición de hemoglobina, pues el INEI considera niños de entre seis y 35 meses, en tanto el estudio recoge datos en niños de dos a cinco años. Al respecto, se debe tener en cuenta que la AF es más frecuente entre los menores de dos años [5, 7].

Los resultados también son distintos a los estudios de Quispe A. [19], donde el 50% de los niños, a cuyas madres se les evaluó el nivel conocimiento sobre AC presentaron algún tipo de AF; por otra parte, Enriquez YC y Calvo G. [23] encontraron que, el 44% de niños tenían anemia; al igual que el 71% de anemia encontrada por Arista Y. [24].

Los datos inferiores encontrados en el estudio, nos hacen suponer que las características sociodemográficas maternas, están ejerciendo un efecto protector y reductor de la anemia ferropénica [62], lo que podría vincularse con la edad de la madre y su cierto grado de instrucción; dos factores necesarios

para promover prácticas adecuadas de AC en la madre [63, 64], reduciendo estados nutricionales mórbidos y previniendo la anemia ferropénica.

La AF es catalogada como la carencia de hierro en sangre que provoca, en el niño que la padece, una serie de trastornos de tipo físicos (palidez, cansancio), neurológicos (confusión, sueño), metabólicos (anorexia, vómitos), mentales (irritabilidad) y cognitivos (aprendizaje, atención) [37, 38]. Situación que en la mayoría de casos, es producto de un inadecuado aporte de alimentos con alto contenido de hierro, debido entre otros, al escaso conocimiento que tiene la madre sobre AC adecuada.

Por tanto, las bajas frecuencias de AF encontradas en el estudio deben verse como una oportunidad para fomentar y promover un mayor conocimiento materno sobre AC, facilitando el acceso oportuno a los servicios de salud y brindando cuidados integrales en materia de alimentación y nutrición infantil. Al respecto Al-Suhiemat, et al [18] y Acosta [19], refieren que la forma más efectiva de mejorar el conocimiento en salud de los individuos, familias y comunidades, acercándolos a los servicios de salud y ofertando, entre otros, personal sanitario competitivo.

4.4. Determinar la relación entre nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021.

Tabla 4. Relación que existe entre nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021.

Nivel de conocimiento materno	Anemia ferropénica				Total	
	Sin anemia		Con anemia		N	%
	N	%	N	%		
Bajo	11	29,7	1	2,7	12	32,4
Medio	18	48,6	4	10,8	22	59,5
Alto	3	8,1	0	0,0	3	8,1
Total	32	86,5	5	13,5	37	100,0

Prueba de hipótesis

Nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y anemia ferropénica	Valor	p-valor
Chi cuadrado de independencia (X^2)	0,154	0,561*

* Relación no significativa $p > 0,05$.

En la tabla 4, cerca de la mitad (48,6%) de madres con nivel de conocimiento medio sobre AC tienen niños sin anemia, al igual que el 29,7% de las que presenta conocimiento bajo. Asimismo, el 10,8% de las madres que muestran un nivel de conocimiento medio sobre AC tienen un niño con algún tipo de AF.

Además, no se observa relación estadística entre nivel de conocimiento materno sobre AC y AF en la población de estudio, aceptándose, por tanto, la hipótesis nula (H_0) planteada. Hallazgos evidentes, pues se observa que los porcentajes de conocimiento medio y bajo no se corresponden con los porcentajes de niños sin anemia, explicando de manera fehaciente la ausencia

de relación entre variables. Escenario que podría estar asociado al tamaño muestral y a la no inclusión en el estudio de variables como suplementación con micronutrientes, determinación de la adherencia a la suplementación, al manejo terapéutico de la AF que el niño haya tenido en el pasado o esté llevando, etc.

Cifras que coincide con el estudio realizado en Huánuco por Suárez Y y Yarrow K [65], donde se estableció la ausencia de relación significativa entre nivel de conocimiento materno en AC y AF. Indicando que la anemia no solo está vinculada con el conocimiento materno y la calidad de alimentación que recibe el niño, sino también a factores como el acceso a servicios de salud, agua y saneamiento, parasitosis, etc.

Sin embargo, difieren con lo reportado por Quispe A. [21], quién encontró que el 34,5% de las madres con nivel de conocimiento medio tenían niños con AF, determinando la presencia de relación significativa entre el nivel de conocimiento materno y la anemia. Arista Y. [24], reportó que el 67% de las madres que mostraron un conocimiento medio sobre AC, tenían niños con AF, al igual que el 30% de las que tuvieron un conocimiento bajo, concluyendo la existencia de una relación significativa entre conocimientos y anemia ferropénica. Por su parte, Condori MP [66], encontró que el 33% de los niños tenían madres con conocimiento medio sobre AC; estableciendo una relación significativa entre ambas variables. Asimismo, Alvarez G, et al. [67]; Flores S. [68]; y Hualca M. [69], reportaron relación estadística entre conocimientos maternos sobre alimentación y AF, debido a conocimientos, prácticas y actitudes inadecuadas sobre alimentación.

Si bien es cierto, las madres tienen un conocimiento medio y bajo sobre AC, y la frecuencia de AF no alcanza los puntos críticos para ser declarada como problema social -a nivel de ámbito de estudio-; entonces es posible que las características sociodemográficas maternas estén contribuyendo a la ausencia de esta relación estadística entre variables; además, del reducido tamaño de la muestra ($N = n = 37$) y de la edad de los niños participantes del

estudio. En este último, los estudios indican los menores de 24 meses tienen mayor riesgo para desarrollar AF [3-7].

Además, los resultados encontrados nos muestran que las madres participantes, a pesar del nivel de conocimiento sobre alimentación (medio y bajo), llevan a la práctica sus conocimientos de AC, lo que se ve evidenciado en los bajos porcentajes de AF encontrados en la población de estudio. Surgiendo así una oportunidad para empoderar a las madres sobre alimentación y prevención de AF, incidiendo directamente en sus factores causales, a fin de que la madre muestre conocimientos claros sobre AC, evite problemas nutricionales y/o alteraciones en el desarrollo del niño.

En este espacio, el profesional de enfermería se convierte en un agente de cambio a través del desarrollo de diversas actividades, sobre AC (consejería, sesiones demostrativas, suplementación con sulfato ferroso, control CRED, etc.), generando en las madres conductas que promuevan la salud infantil, previniendo problemas de malnutrición (desnutrición crónica, sobrepeso y obesidad), producto de conocimientos y prácticas alimentarias inadecuadas [27].

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Las características maternas más frecuentes son: edad de 18 a 29 años, casadas o convivientes, católicas, con educación primaria y beneficiarias de al menos un programa social.
- El nivel de conocimientos materno sobre alimentación complementaria, en su mayoría es medio.
- Uno de cada diez niños atendidos en el puesto de salud Cañafisto presentan anemia ferropénica.
- No existe relación estadística entre nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses del Puesto de Salud de Cañafisto en el año 2021.

5.2. Recomendaciones

La comunidad universitaria de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota:

- Continuar incentivando en los estudiantes la investigación hacia los problemas maternos vinculados a la alimentación complementaria y la anemia, priorizando los estudios de nivel aplicativo.

A los directivos de la DISA Chota y Red de Salud Patrona de Chota:

- Diseñar e implementar estrategias más efectivas en el primer nivel de atención que busquen incrementar el conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y anemia ferropénica.

Al personal de salud del Puesto de Salud Cañafisto:

- Seguir promoviendo el empoderamiento cognitivo de las madres que le permita elevar su nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria, a fin de reducir problemas nutricionales como la anemia.

A las madres participantes del estudio:

- Reforzar y poner en práctica sus conocimientos y experiencias sobre alimentación complementaria, enfatizando en la ingesta de alimentos con alto contenido de hierro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Documento normativo sobre anemia. [Internet]. Ginebra - Suiza, 2017. [citado 23 de octubre de 2020]. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255734/WHO_NMH_NHD_14.4_spa.pdf?ua=1
2. Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021. [Internet]. Lima – Perú, 2017. [citado 23 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>
3. The prevalence of anaemia in 2011. Geneva: World Health Organization; 2015. https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/global_prevalence_anaemia_2011/en/
4. Organización Mundial de la Salud. Anemia en niños <5 años. Repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud, 2017. [Internet]. [citado 20 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.ANEMIACHILDRENREGv?lang=en>
5. Organización de Las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura/Organización Panamericana de la Salud/ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe. [Internet]. Santiago de Chile, 2019. [citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/ca6979es/ca6979es.pdf>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer semestre. [Internet]. Lima - Perú, 2019. [citado 22 de octubre de 2020]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2019.pdf
7. Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Salud/Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Informe Gerencial: Estado Nutricional de Niños y Gestantes que acceden a Establecimientos de Salud. [Internet]. Lima - Perú, 2019. [citado 22 de octubre de 2020]. Disponible en:

https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/informes/2019/informe_gerencial_sien_his_2019.pdf

8. Consejo Regional III Lima – Colegio Médico del Perú. La anemia infantil en el Perú. [Internet]. Lima - Perú, 2018. [citado 22 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://cmplima.org.pe/wp-content/uploads/2018/06/Reporte-Anemia-Peru-CRIII.pdf>
9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe. [Internet]. Santiago de Chile, 2018. [citado 23 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lactancia y nutrición de niñas, niños y mujeres. [Internet]. Lima - Perú, 2018. [citado 23 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/pdf/cap010.pdf
11. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. [Internet]. Agosto, 2020. [citado 23 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
12. Cárdenas N, Paredes k. Factores de riesgo que influyen e las prácticas y conocimientos de alimentación complementaria de las responsables de la alimentación de los niños de 6 a 11 meses del Centro de Salud “La Rumiñahui” en el periodo de octubre 2017 a enero 2018. [Tesis de titulación]. [Internet]. Ecuador: Pontifica Universidad Católica del Ecuador; 2018. [Consultado 10 de mayo 2021]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15150/Disertaci%C3%B3n%20de%20Junio%20del%202018%20Cardenas%20%26%20Paredes%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Rodríguez H, Bringas BG. Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante. [Tesis de titulación]. [Internet]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2019. [Consultado 10 de mayo 2021]. Disponible en:

<https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/13208/1887.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14. Organización de Las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura/Organización Panamericana de la Salud/ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe. [Internet]. Santiago de Chile, 2019. [citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/ca6979es/ca6979es.pdf>
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lactancia y nutrición de niñas, niños y mujeres. [Internet]. Lima - Perú, 2017. [citado 23 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/pdf/cap010.pdf
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lactancia y nutrición de niñas, niños y madres. [Internet]. Lima - Perú, 2016. [citado 23 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/pdf/cap010.pdf
17. Ministerio de Salud. Anemia y desnutrición crónica infantil. [Internet]. Lima - Perú, 2018. [citado 23 de octubre de 2020]. Disponible en: https://storage.servir.gob.pe/gerentes-publicos/eventos/trujillo2018/1Combate_contra_anemia_y_desnutricion.pdf
18. Al-Suhiemat AA, Shudifat RM, Obeidat H. Maternal Level of Education and Nutritional Practices Regarding Iron Deficiency Anemia Among Preschoolers in Jordan. *J Pediatr Nurs.* 2020;55:e313-e319 disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32933806/>
19. Acosta D. Conocimiento de las madres acerca de una alimentación adecuada para la prevención de anemia ferropénica en lactantes de 6 a 24 meses y su relación con la prevalencia de anemia en la Unidad Metropolitana de Salud Sur [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Quito, Perú: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2019 [Consultado 01 de agosto 2019]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16217>
20. Moreno LR, Zelayandía MA, Alvarez PE. Nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que presentan las madres de niños menores de

- 1 año de edad que consultan a las unidades comunitarias de salud familiar Llano Los Patos, Las Tunas; Conchagua y Bobadilla; La Unión, El Salvador, Centro América. Año 2016. [Tesis de titulación]. [Internet]. El Salvador: Universidad de El Salvador; 2016 [Consultado 05 de noviembre 2020]. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/17142/>
21. Quispe A. Conocimiento de madres sobre alimentación complementaria y relación con la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses de edad, Centro De Salud Crucero 2017. [Tesis de titulación]. [Internet]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2019 [Consultado 20 de noviembre 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/10708>
 22. Mejía RS, Meza YM, Morales LB. Conocimientos Maternos sobre Alimentación Complementaria y su Relación con el Estado Nutricional del Niño de 6 a 12 meses que Asisten al Consultorio CRED Centro Salud Parcona 2016. [Tesis de titulación]. [Internet]. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2017 [Consultado 20 de noviembre 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unica.edu.pe/handle/UNICA/2989>
 23. Enriquez YC, Calvo G. 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 de titulación]. [Internet]. Puerto Maldonado: Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios; 2017 [Consultado 20 de noviembre 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unamad.edu.pe/handle/UNAMAD/252>
 24. Arista Y. Nivel de conocimiento de madres sobre alimentación complementaria y presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses – Hospital Laredo. Junio – Diciembre 2015. [Tesis de maestría]. [Internet]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2017 [Consultado 21 de noviembre 2020]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/12577>
 25. Portal ADC. Conocimiento y práctica de las madres de niños y niñas de 6 a 11 meses sobre alimentación complementaria. Centro de Salud Pachacútec 2018. [Tesis de titulación]. [Internet]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2018. [Consultado 10 de mayo 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/3728/TESIS%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

26. Pender NJ, Pender AR. Illness prevention and health promotion services provided by nurse practitioners: predicting potential consumers. Am J Public Health [internet] 1980 [consultado el 26 de marzo del 2011]; 70(8):[798-803]. Disponible en: <http://1.usa.gov/xPja5l>
27. Aristizábal GP, Blanco M, Sánchez A, Ostiguín RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM [internet] 2011 [consultado el 19 de noviembre del 2021]; 8(4):pp12 Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
28. Cerón AU. Cuatro niveles de conocimiento en relación a la ciencia: Una propuesta taxonómica. Ciencia ergo-sum [internet] 2017 [consultado el 20 de noviembre del 2021]; 24(1):83-90. Disponible en: [file:///C:/Users/accer/Downloads/Dialnet-CuatroNivelesDeConocimientoEnRelacionALaCienciaUna-5888348%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/accer/Downloads/Dialnet-CuatroNivelesDeConocimientoEnRelacionALaCienciaUna-5888348%20(1).pdf)
29. Rodas J. La Ciencia y Evaluación del Hombre. México: Séneca; 2007.
30. Zamora YM, Ramírez E. Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad. Enferm. investig. desarro. vol 11(1). [Internet]. Ecuador: Pontifica Universidad Católica del Ecuador; 2018. [Consultado 10 de mayo 2021]. Pg. 38-44. Disponible en: <file:///C:/Users/accer/Downloads/59-33-PB.pdf>
31. Ministerio de Salud. Lineamientos de nutrición infantil. [internet]. Lima – Perú, 2018. [citado 10 de mayo del 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/bvsite/wp-content/uploads/2018/11/RM-610-2004-MINSA.pdf>
32. Lactante menor y mayor. [internet]. [citado 10 de mayo del 2021]. Disponible en: http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/lactante/lactante.htm#:~:text=El%20per%C3%ADodo%20de%20Lactante%20se,meses%20hasta%20los%2024%20meses.
33. Ministerio de Salud de Panamá. Documento técnico: Guías alimentarias para los menores de 2 años. 1ra Edición. [internet]. Panamá, 2018. [citado 16 de noviembre del 2020]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/CA1014ES/ca1014es.pdf>

34. Ministerio de Salud. Reglamento de Alimentación Infantil: Directiva sanitaria para la implementación de lactarios en establecimientos y dependencias del Ministerio de Salud [internet]. Lima – Perú, 2019. [citado 28 de octubre del 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4922.pdf>
35. Organización Mundial de la Salud. Nutrición: alimentación complementaria. [internet]. Ginebra, Suiza. [citado 28 de octubre del 2020]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
36. Ministerio de Salud. Rotafolio: Alimentación complementaria a partir de los 6 meses. [internet]. Lima – Perú, 2014. [citado 16 de noviembre del 2020]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/402799/ROTAFOLIO001.pdf>
37. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención. [internet]. Lima – Perú, 2016. [citado 16 de noviembre del 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3932.pdf>
38. Ministerio de Salud. Norma técnica – manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. 1° Edición. [Internet]. Lima, Perú. Abril, 2017. [citado 12 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
39. Giménez S. Anemias. Elsevier. [internet]. 2004. [citado 10 de mayo del 2021]. Pg. 62-69. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-anemias-13061904>
40. Municipalidad Provincial de Chota, Ubicación Geográfica [Internet]. Chota, Perú: Municipalidad provincial de Chota; 2020 [citado 02 de noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.munichota.gob.pe/index.php/municipalidad/ubicacion>
41. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años [Internet]. Lima – Perú. Ministerio de Salud; 2017 [citado 03 de noviembre 2020]. Disponible en: <http://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/dais/ppan/normast/CRE D.pdf>
42. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill; 2018.

43. Cárdenas LN. Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2009. [Tesis de licenciatura]. [Internet]. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010. [citado el 20 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/251/Cardenas_al.pdf?sequence=1&isAllowed=y
44. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú. En el Perú hay 8 millones 664 mil madres [internet]. Lima, Perú: INEI; 2021 [Consultado 4 abril 2022]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-hay-8-millones-664-mil-madres-12868/>
45. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Perfil Sociodemográfico, informe nacional: Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2018 [Consultado 5 abril 2022]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
46. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe técnico: Condiciones de vida en el Perú [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2021 [Consultado 1 abril 2022]. <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-condiciones-de-vida-abr-may-jun-2021.pdf>
47. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Nota de prensa: tasa de analfabetismo del Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2018 [Consultado 01 agosto 2022]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-194-2018-inei.pdf>
48. Ministerio de desarrollo e inclusión social. La pobreza e inclusión: aporte desde los Programas Sociales del MIDIS [Internet]. Lima, Perú: MIDIS; 2019 [Consultado 5 abril 2022]. Disponible en: <https://sdv.midis.gob.pe/redinforma/Upload/publicacion/Boletin%20Pobreza.pdf>

49. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Pobreza monetaria alcanzó al 30,1% de la población del país durante el año 2020. [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2021 [Consultado 3 abril 2022]. Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/pobreza-monetaria-alcanzo-al-301-de-la-poblacion-del-pais-durante-el-ano-2020-12875/>
50. Izquierdo SY. Nivel de conocimiento y práctica de alimentación complementaria de madres de niños de 6 a 12 meses, Centro de Salud Materno Infantil Santa Luzmila II, Comas, 2018. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Lima: Universidad Privada César Vallejo; 2018 [consultado 05 marzo 2022]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/17344>
51. Sierra MF, Holguín C, Mera A, Delgado-Noguera M. Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria en Latinoamérica: revisión narrativa. *Revista Facultad Ciencias de la Salud*. 2017;19(2): 20-28. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6226402.pdf>
52. Rojas-Guerrero N, Espinoza-Bernardo S. Prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquitos. *An Fac med*. 2019;80(2):157-162. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000200003
53. Barzola M. Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses que acuden a un centro de salud en San Juan de Miraflores [Tesis de Licenciatura][Internet]. Lima: Universidad Nacional de San Marcos;2019 [Consultado 09 de noviembre 2019]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/10269>
54. Burgos LL, Vallejo LA. Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses en un centro de salud de SMP – 2020. [Tesis de titulación] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Privada del Norte; 2021 [Consultado 07 abril 2022]. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/28786>
55. Cumbicus T. Conocimiento de los padres de familia sobre alimentación y hábitos nutricionales de los niños de 1 a 3 años que acuden a los Centros Infantiles Municipales de la Ciudad de Loja. [Tesis de titulación] [Internet]. Loja, Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2017 [Consultado 07 abril 2022].

- Disponible en:
[https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19622/1/TESIS%20THALIA %20CUMBICUS.pdf](https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19622/1/TESIS%20THALIA%20CUMBICUS.pdf)
56. Brito E. Prácticas de alimentación complementaria de las madres y anemia en lactantes de 6 a 11 meses. [Tesis de segunda especialidad][Internet]. Lima, Perú: Universidad San Martín de Porras; 2019 [Consultado 07 abril 2022]. Disponible en:
<http://repositorio.usmp.edu.pe/browse?type=subject&value=Lactantes>
57. Cuadros-Mendoza, Vichido MA, Montijo E, Zárate F, Cadena JF, Cervantes, et al. Actualidades en alimentación complementaria. Acta Pediatr Mex. [Internet]. 2017 [consultado 20 octubre 2020]; 38(3):182-201. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v38n3/2395-8235-apm-38-03-0182.pdf>
58. Álvarez LG. Desnutrición infantil, una mirada desde diversos factores. Rev. Inv. Val. 2019;13(1):15-22. Disponible en:
<http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/riv/article/view/168/173>
59. Ministerio de Salud del Perú. Documento técnico: Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil [Internet]. 1ra ed. Lima, Perú: Editorial Súper Gráfica E.I.R.L.; 2013 [consultado 03 noviembre 2020]. Disponible en: <https://repositorio.ins.gob.pe/xmlui/handle/INS/227>
60. Jara EB, Reinoso MI. Evaluación de las prácticas de alimentación complementaria en los niños lactantes, usuarios de la Unidad Anidada del Hospital Moreno Vásquez, Gualaceo 2017 – 2018. [Tesis de Licenciatura][Internet]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2018 [consultado 25 de marzo 2022]. Disponible en:
[http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30091/1/Proyecto%20de %20Investigaci%c3%b3n.pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30091/1/Proyecto%20de%20Investigaci%c3%b3n.pdf)
61. La Orden E, Segoviano C, Verges C. Alimentación complementaria: qué, cuándo y cómo. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;18:e31-e35. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000100015
62. Quispe C, Gutierrez EL. Consumo de alimentos y anemia en adolescentes mujeres de un colegio nacional de Lima. Revista Cubana de Hematol, Inmunol y Hemoterapia. 2018;34(1):58-67. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892018000100007

63. Reyes SE, Contreras AM, Oyola MS. Anemia y desnutrición infantil en zonas rurales: impacto de una intervención integral a nivel comunitario. *Rev. investig. Altoandin.* 2019;21(3): 205-214. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2313-29572019000300006
64. Arroyo J. Hacia un Perú sin anemia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.* 2017;34(4):586-594. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.3279>
65. Suárez YS, Yarrow K. Conocimiento de las Madres sobre Alimentación Complementaria y su Relación con la Anemia Ferropénica de sus Niños de 6 meses a 2 años que acuden al Centro de Salud de San Cristobal-2013 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Huancavelica, Perú: Universidad Nacional de Huancavelica; 2015 [consultado 3 de abril 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/819>
66. Condori MP. Conocimientos sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses con relación anemia ferropénica centro de salud de Pampahalla Sicuani 2019. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Puño, Perú: Universidad Nacional del Altiplano; 2021 [consultado 15 de marzo 2022]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/16251/Condori_Aragon_Maria_Del_Pilar.pdf?sequence=1
67. Álvarez G, Huamani E, Montoya C. Prácticas de Alimentación y su relación con la Anemia Ferropénica en Niños de 6 a 24 meses Puente Piedra 2016. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017 [consultado 25 de marzo 2022]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/931/Practicas_AlvarezQui%C3%B1ones_Gaby.pdf?sequence=1&isAllowed=y
68. Flores S. Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional y anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses de la Provincia de San Martín, 2019. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Peruana Unión; 2021 [consultado 25 de marzo 2022]. Disponible en:

https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/4249/Zujey_Tesis_Maestro_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

69. Hualca M. Estrategias Preventivas de Factores de Riesgo de Anemia Ferropénica en niños entre 6 y 24 meses de edad que acuden al Centro de Salud rural Santa Rosa de Cuzubamba de Cayambe. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Tulcán, Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2016 [consultado 25 de marzo 2022]. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/3601>

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

Título de la investigación:

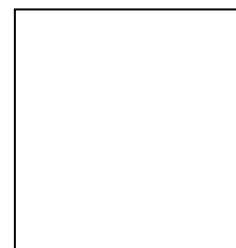
“Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021”

Objetivo de la investigación:

Determinar la relación que existe entre conocimiento materno sobre alimentación complementaria y anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses del P.S. Cañafisto – Chota, 2021.

Yo, identificado (a) con DNI N°, mediante la información dada por la Bachiller en Enfermería Sánchez Rojas Thalía acepto brindar la información solicitada por la investigadora de manera personal, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Chota.....de..... del 2021.



Firma

Huella

**Anexo 2:
Cuestionario**



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**
**Escuela Académico Profesional
de Enfermería**

*“Conocimientos materno sobre
alimentación complementaria y
anemia ferropénica en niños de 6 a
24 meses del P.S Cañafisto – Chota,
2021”*

**CUESTIONARIO
CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN
NIÑOS DE 6 A 24 MESES**

(Cárdenas LN. 2010)

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario es anónima y será utilizando solo para cuestiones de investigación científica; en tal sentido se le ruega que sea sincera en cuanto a sus respuestas. Gracias por participar.

I. DATOS GENERALES

- 1) Edad de la madre
 - a) Menor de 18 años
 - b) 18 a 29 años
 - c) 30 a 39 años
 - d) 40 a más años

- 2) Estado Civil de la madre
 - a) Casada/conviviente
 - b) Soltera/divorciada/separada
 - c) Viuda

- 3) Religión
 - a) Católico
 - b) Evangélico
 - c) Otros

- 4) Nivel de escolaridad materna
 - a) Illetrada
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior
- 5) ¿Participa en programas sociales?
 - a) Si
 - b) No

II. CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

- 1) La alimentación complementaria en el niño consiste en:
 - a) Leche materna y calditos
 - b) *Leche materna e introducción de otros alimentos.*
 - c) Leche materna y otro tipo de leches.
 - d) Alimentarlo con la comida de la olla familiar
 - e) Alimentarlo únicamente con papillas y calditos.
- 2) La edad en la que el niño debe iniciar el consumo de alimentos diferentes a la leche materna es:
 - a) Al mes
 - b) Dos meses
 - c) Cuatro meses
 - d) *Seis meses*
 - e) Al año
- 3) ¿A qué edad el niño debe comer todos los alimentos?
 - a) Menos de seis meses
 - b) Seis meses
 - c) *Al año*
 - d) Al año y medio
 - e) Dos años
- 4) La forma más correcta de dar de comer a su niño es:
 - a) *Integrarlo a la familia con amor, paciencia y mucha dedicación.*
 - b) Integrarlo a la familia, amor.
 - c) Integrarlo a la familia con paciencia.

- d) Paciencia y tranquilidad.
 - e) No sabe.
- 5) El lugar ideal donde se debe alimentar al niño es:
- a) En la cocina con muchos colores y juguetes
 - b) En la cama con juguetes y televisión prendida.
 - c) En el cuarto, con música y juguetes.
 - d) *En el comedor sin juguetes, ni televisión prendida.*
 - e) En el comedor con los juegos y televisor prendido.
- 6) Los alimentos que protegen de las enfermedades al niño son:
- a) Tubérculos, Cereales
 - b) Verduras, Leche
 - c) Frutas, Grasas.
 - d) *Frutas, verduras*
 - e) Carnes, Frutas
- 7) Los alimentos que dan más fuerza y / o energía al niño son:
- a) Frutas, verduras
 - b) Verduras, Leche
 - c) Frutas, Grasas.
 - d) *Tubérculos, Cereales*
 - e) Carnes, Frutas
- 8) Los alimentos que ayudan a crecer más al niño son:
- a) Frutas, verduras
 - b) Verduras, Tubérculos
 - c) Frutas, Grasas.
 - d) *Carnes, Leche*
 - e) Cereales, Frutas
- 9) La preparación que nutre más al niño es:
- a) Caldos
 - b) Sopas
 - c) *Segundos*
 - d) Mazamorras

- 10) La cantidad de alimento que debe ingerir el niño al iniciar la alimentación complementaria está dada por:
- a) Una tasa.
 - b) Media tasa
 - c) Cuarto de tasa
 - d) Unas cucharadas
 - e) *Una a dos Cucharaditas.*
- 11) La frecuencia que debe comer el niño al cumplir un año es:
- a) Según lo que pida.
 - b) Dos veces al día
 - c) Tres veces al día
 - d) Cuatro veces al día
 - e) *Cinco veces al día*
- 12) La consistencia de los alimentos de los niños menores de dos años debe ser:
- a) Bien Aguado.
 - b) Aguado
 - c) *Espeso*
 - d) Muy espeso
- 13) Para evitar que el niño se enferme es importante que en la preparación de los alimentos se debe tener en cuenta la:
- a) Higiene de utensilios
 - b) Higiene de los alimentos.
 - c) Higiene del niño.
 - d) *Todos*
 - e) Ninguno.
- 14) Los beneficios psicológicos de una adecuada alimentación complementaria están dados por:
- a) *Seguridad*
 - b) Dependencia
 - c) Inseguridad

15) Los beneficios físicos de una adecuada alimentación complementaria hacia el niño menor de dos años están dados por:

- a) *Mayor crecimiento*
- b) Menor peso
- c) Baja estatura
- d) Se enferma con facilidad

Anexo 3:
Ficha de observación



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**
**Escuela Académico Profesional de
Enfermería**

*“Conocimientos materno sobre
alimentación complementaria y
anemia ferropénica en niños de
6 a 24 meses del P.S Cañafisto
– Chota, 2021”*

**FICHA DE OBSERVACIÓN PARA DETERMINAR ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 24
MESES**

N°	N° Hcl	Edad (meses)	Anemia	
			Con anemia	Sin anemia
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Fuente: Historias Clínicas del P.S. Cañafisto de Chota, 2021

Anexo 4:
Confiabilidad del instrumento

**“CONOCIMIENTOS MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
Y ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS”**

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	“N” de elementos
0,770	15