

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y PRESENCIA DE ANEMIA
FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES, CENTRO DE SALUD SANTA**

ANA, HUANCAVELICA, 2018

TESIS PRESENTADA POR:

BACH. EDITH KENYA PAITAN CCORA

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

ASESORA:

MG.MARIA DEL PILAR FAJARDO CANAVAL

HUACAVELICA - PERÚ

2018

Dedicatoria

En primer lugar agradecer a Dios por su inmenso amor y cuidar de mí y a mi madre Josefina por su apoyo incondicional y sin pedir nada a cambio que me da a diario, A mi padre Juan

A mis hermanos María y Cesar, que sin ellos nada de esto sería posible.

A mis sobrinos Nicol y Luis.

Agradecimiento

Agradecer a DIOS , a mi madre Josefina, mis hermanos María, Luis, mis sobrinos Nicol y Luis , por la confianza que me tuvieron a mí , mg Pilar Fajardo por dedicarme la paciencia para guiarme durante el proceso de mi elaboración de tesis.

Al centro de salud Santa Ana, Huancavelica, por la colaboración de toda la realización de mi proyecto de tesis.

RESUMEN

La presente tesis se realizó con el objetivo de determinar la relación que existe entre alimentación complementaria y la anemia ferropénica en niños de 6 meses a 12 meses que acuden al centro de salud de Santa Ana, Huancavelica, 2018. El método fue inductivo, se aplicó el diseño no experimental – transeccional o transversal correlacional, de tipo correlacional. La muestra fue 60 niños de 6 a 12 meses. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario y una ficha de observación, con jueces de expertos. Los resultados arrojaron que el 40% tuvieron una alimentación adecuada y el 60 % una alimentación inadecuada, de la variable presencia de anemia ferropénica se registra un 35,0% sin anemia, 26,7 % anemia leve, 38,3% anemia moderada. Se concluyó que la variable alimentación complementaria está relacionada directa y positivamente con la variable anemia ferropénica según el valor calculado de la prueba chi cuadrado ($\chi^2 = 34,786$; sig. = 0,000) es estadísticamente significativo al nivel de $p < 0,01$. Se aprecia un mayor porcentaje de casos de niños con anemia leve y anemia moderada en coincidencia con el nivel inadecuado de alimentación complementaria en niños de 6 a 12 meses del centro de salud de Santa Ana, Huancavelica, 2018. Por lo cual se recomendó, sensibilizar a las madres de familia que acuden al centro de salud santa Ana De Huancavelica, sobre la magnitud del problema en la población infantil, a fin de fortalecer la información sobre la alimentación complementaria y las graves consecuencias de la anemia.

Palabras clave: Alimentación, anemia, hemoglobina, nutrientes.

ABSTRACT

The present thesis was carried out with the objective of determining the relationship between complementary feeding and iron deficiency anemia in children from 6 months to 12 months who attend at the health center of Santa Ana in Huancavelica, 2018. The method used was inductive, it was applied the non-experimental – crosswise correlational design, of correlational type. The study sample was consisted by 60 children who are from 6 to 12 months old. In addition, a questionnaire and an observation form were used to collect data with expert judges. The results showed that 40% had an adequate diet and 60% an inadequate diet. In the other hand, the variable presence of iron deficiency anemia showed that 35.0% had no anemia, 26.7% mild anemia, and 38.3% moderate anemia. So, it was concluded that the complementary feeding variable is directly and positively related to the variable ferropenic anemia according to the calculated value of the chi square test ($\chi^2 = 34.786$, sig = 0.000) is statistically significant at the level of $p < 0.01$. However, there is a higher percentage of cases of children with mild anemia and moderate anemia coinciding with the inadequate level of complementary feeding in children from 6 to 12 months at the health center of Santa Ana in Huancavelica, 2018. Therefore, it was recommended to raise awareness to the mothers of families who come to the Santa Ana health center of Huancavelica, about the magnitude of the problem in the child population, in order to strengthen the information on complementary feeding and the serious consequences of anemia.

Key words: Feeding, anemia, hemoglobin, nutrients.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUCCION.....	viii
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	9
1.2 Definición del problema.....	10
1.3. Objetivos de la investigación.....	10
1.4. Finalidad e importancia.....	11
CAPÍTULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
2.1. Marco histórico.....	12
2.2. Estudios previos.....	16
2.3. Marco conceptual.....	18
CAPITULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	20
3.1. Formulación de hipótesis.....	20
3.1.1. Hipótesis general.....	20
3.1.2. Hipótesis específicas.....	20
3.2. Identificación de variables.....	20
3.2.1. Clasificación de variables.....	20
3.2.2. Definición conceptual de variables.....	20

3.2.3. Definición operacional de variables.....	21
CAPITULO IV METODOLOGÍA.....	22
4.1 Tipo de investigación.....	22
4.2 descripción del método y diseño.....	22
4.3 población, muestra y muestreo.....	22
4.4. Consideraciones éticas.....	24
CAPÍTULO V TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
5.1 técnicas e instrumentos.....	25
5.2 plan de redacción procesamiento y presentación de datos.....	25
CAPÍTULO VI RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	26
6.1 presentación, análisis e interpretación de datos.....	26
6.2 conclusiones.....	46
6.3 recomendaciones.....	47
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	
ANEXOS	
VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	
MATRIZ DE CONSISTENCIA	
INSTRUMENTO	
DATOS GENERALES	

INTRODUCCIÓN

UNICEF explica que muchas veces la alimentación con leche materna no es suficiente para la nutrición de los niños, por lo que la sustitución con nuevos alimentos que complementen a la leche materna se le da en la alimentación al niño de 6 a 12 meses, la primera etapa de la alimentación complementaria al niño es a partir de los 6 meses de edad, en el cual se le adiciona nuevos alimentos en la dieta del niño, la alimentación complementaria consiste en una adecuada nutrición del niño , es por ello, que los alimentos complementarios son necesarios para evitar que posteriormente los niños desde los 6 a 12 meses puedan tener la anemia ferropénica, reforzando así, los conocimientos y/o sabiduría heredada ,los alimentos complementarios que deberán cumplir con estándares de frecuencia, consistencia, cantidad y contenido nutricional. (UNICEF 2013)

El presente trabajo se dividido por capítulos, en el capítulo i está el planteamiento del problema , incluye descripción de la realidad problemática , la definición del problema , los objetivos y la finalidad e importancia de la investigación , capitulo ii fundamentos teóricos , bases teóricas , los estudios previos , el marco conceptual y la definición de términos básicos , capitulo iii hipótesis y variables , formulación de hipótesis general y las hipótesis específicas y por último la identificación de variables , cuadro operacional de variables , la definición constructiva de variables ; capítulo v técnicas e instrumentación de recolección de datos , conformado por técnicas e instrumentos , plan de recolección , procesamiento y la presentación de datos por último , capítulo vi los resultados , donde está incluido análisis e interpretación de datos y finalmente las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La Organización De La Salud (2017), define que la anemia es un problema de gran importancia no solo en el Perú sino también a nivel mundial, esta causa se debe a la falta de hierro durante nuestra etapa de crecimiento y desarrollo. (OMS 2017)

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2017), en el Perú, la relación de anemia en niñas y niños de 6 a 24 meses de edad hay considerable cantidad en el área rural (47,8%) informa una disimilitud de 10% con relatividad al área urbana (46,2%). La región natural, es la sierra y presenta una considerable cantidad de niñas y niños con anemia (65,2%), la región selva (54,6%); en tanto, la costa relaciona la menor cantidad (41,3%). A nivel departamental, los altos índice de anemia en niños y niñas están ente los 6 a 24 meses y se presentan en puno (79,3%), Huancavelica (76,4 %), Huánuco (65,5%) y Ucayali (64,3%). La información tiene simultaneidad de que estos departamentos tienen considerable cantidad de pobreza. (INEI 2015)

La dirección regional de salud Huancavelica (2017), hasta la fecha subió el índice a unos 177 casos más de niños menores de 1 año.

En la visita y por referencia de las madres en el Centro De Salud De Santa Ana en el presente año 2018 se observa que los niños menores de 3 años reciben suplementos nutricionales (chispitas, sulfato ferroso) con el fin de prevenir la anemia ferropénica se brinda conocimiento a las madres sobre la alimentación y lo oportuno que es la suplementación de nutrientes.

Así mismo, las madres refieren “le doy de desayuno avena con pan”, “quinua con keke”, “sopa sin carne”, “segundo con arroz con papa sin carne “, “un vaso de

avena” en el almuerzo refiere: “sopa de verduras”, “arroz con pollo frito”, “papa con guiso rojo sin carne”, “tallarín con atún”, “arroz con papa frita”, “arroz con palta”, “sopa con hueso de res”, en la cena refiere: “guiso rojo sin carne”, “te con un pan”, “sopa sin carne”, “arroz con huevo frito”. Lo que implica que ellas por desconocimiento no están realizando una alimentación complementaria correcta, conllevando esto a una mala alimentación por tanto niño por ende a la desnutrición y anemia en sus niños menores de un año.

Motivado por la problemática existente en el departamento de Huancavelica se definió el siguiente problema:

1.2 Definición del problema

1.2.1 problema general

¿Qué relación existe entre alimentación complementaria y presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018?

1.2.2 problemas específicos

1. ¿Qué relación existe entre alimentación complementaria dimensión inicio y presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018?
2. ¿Qué relación existe entre alimentación complementaria dimensión cantidad y presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018?
3. ¿Qué relación existe entre alimentación complementaria dimensión contenido nutricional y presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 objetivo general

Determinar la relación que existe entre alimentación complementaria y presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud de Santa Ana, Huancavelica, 2018.

1.3.2 objetivos específicos

1. Identificar la relación que existe entre alimentación complementaria dimensión inicio y presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica ,2018.
2. Identificar la relación que existe entre alimentación complementaria dimensión cantidad y presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018.
3. Identificar la relación que existe entre alimentación complementaria dimensión contenido nutricional y presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018.

1.4. Finalidad e importancia

El presenta trabajo de investigación tuvo por propósito determinar si existe relación entre alimentación complementaria y la anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro De Salud De Santa Ana, Huancavelica, 2018; se vio que estos últimos años el caso de anemia ferropénica ha incrementado notoriamente , así mismo las madres no asumen la responsabilidad en la alimentación complementaria, siendo esto trascendental en esta etapa de vida, el cual sería un probable factor muy importante para la prevalencia de la anemia.

El estudio acredita un aporte significativo en enfermería, ya que la enfermera detecta y hace el seguimiento de anemia, educa a las madres con el objetivo de dar una adecuada alimentación y así los niños mejores su estado nutricional y eleve la hemoglobina.

Una buena alimentación adecuada asegura un óptimo desarrollo y crecimiento en las etapas del niño y por tanto un buena salud.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Marco histórico

2.1.1 Alimentación complementaria

A. Definición de la alimentación complementaria

La Organización Mundial De La Salud (2017) la alimentación complementaria es la que suplementa la lactancia materna sin dejarla, se inicia a los 6 meses ya que es una etapa precisa en el desarrollo del lactante, los dos o tres primeros años, son esenciales para un buen desarrollo físico y mental, que una inadecuada alimentación en esta etapa del niño podría afectar no solo el desarrollo físico y mental, sino también el sistema inmunitario. (OMS 2017)

B. Importancia de la alimentación complementaria

El ministerio de salud (2015) La alimentación durante la niñez es muy importante para la salud y la buena calidad de vida. (MINSA 2015).

La Organización Mundial De La Salud (2017), nos dice que la lactancia materna tiene que ser exclusivamente durante los 6 meses y seguida la alimentación con componentes de origen animal, origen vegetal y origen mineral.

Al inicio de los 6 meses él bebe ya adquirió un buen desarrollo en el sistema digestivo, renal y el suficiente desarrollo neuro- madurativo para simular nuevos alimentos. (OMS 2017).

C. Beneficios de la alimentación complementaria

Los beneficios que consume un bebe a los seis meses deben aportar proteínas, minerales y vitaminas, estos cubren las necesidades del niño en su crecimiento además de la leche materna.

La Organización Mundial De La Salud dice que una mala nutrición es responsable a más de la mitad de muertes infantiles. (MINSA, Consejería nutricional en el marco de la salud, 2010)

Objetivos de la alimentación complementaria.

1. Iniciar con proteínas, hierro, energía y nutrientes.
2. Tener un horario y rutina de sus alimentos.
3. Incorporar a la vida familiar.

D. Características de la alimentación complementaria

a) Dimensión inicio de la alimentación complementaria:

Ministerio de Salud (2015) entre los 6 a 9 meses es el tiempo más decisivo de la alimentación complementaria por la convención de sabores que va experimentar el niño y si no tiene una buena nutrición se convierte en el principal desencadenante de la mala nutrición, ya que algunas madres por falta de información destetan a sus niños antes de los 6 meses.

- Lácteo: El mayor aporte de energía y nutrientes proviene de la leche.
- De transición: Donde los alimentos se convierten en suplementos de la alimentación láctea.
- Modificada de adulto: Consiste en el empalme con la alimentación habitual de la familia.

b) Dimensión cantidad

La cantidad es el volumen de alimentos que se proporciona al niño, se empieza con proporciones pequeñas y se va aumentando progresivamente.

- Niños de 6-8 meses: Servir $\frac{1}{4}$ de plato mediano de comida espesa. Debe iniciar con 2 o 3 cucharadas.
- Niños de 9-11 meses: Servir $\frac{1}{2}$ de plato mediano de comida picada. 5 a 7 cucharadas.

- Niños de 12 meses: 1 plato mediano de comida. 7 a 10 cucharadas. El niño o niña tiene que tener sus propios utensilios para ver la cantidad que consume cada vez que se alimenta de acuerdo a la edad.

c) Dimensión contenido nutricional

Los nutrientes cumplen una función específica en el organismo y así asegurar que el niño consuma los nutrientes esenciales en ella comida variada y deben ser consumidas diariamente, para el buen desarrollo físico, desarrollo y formación del cerebro. (Asociación kallpa, 2012)

- Niños de 6-8 meses: Hígado, sangrecita, carnes, menestras, verduras y frutas.
- Niños de 9-11 meses: Agregar pescado, clara de huevo, cítricos, vitamina a, minerales.
- Niños de 12 meses: Agregar derivados de la leche, yema de huevo, miel, suplementos de vitamina.

2.1.2 Anemia ferropénica

Definición

Define que la anemia es una alteración de glóbulos rojos, es la deficiencia de hierro o llamada también anemia ferropénica. (UNICEF 2013).

Metabolismo del hierro

La Organización Mundial De La Salud (2010), es importante para la hematopoyesis, forma parte de la hemoglobina y es fundamental en el transporte de oxígeno a las células. (OMS 2010)

Clasificación

Según el Ministerio De Salud (2017), define la anemia ferropénica en niños como:

Anemia leve: los niños menores de un año con anemia leve es poco común presentar síntomas.

Síntomas frecuentes de la anemia leve: sueño, fatiga, palpitaciones.

- Anemia leve: hemoglobina mayor de 10 g/dl y un índice de hematocrito de 33 – 27%.

Anemia moderada: son sintomáticos en reposo y la disminución de apetito y la característica más frecuente es la disminución del apetito, la palidez es el signo que más presenta en este tipo de anemia.

- Anemia moderada: hemoglobina entre 8-10 g/dl y un índice de hematocrito de 26 – 21%.

Anemia grave: en este tipo de anemia se extienden los síntomas a otros sistemas orgánicos.

- Síntomas frecuentes: mareos, cefaleas, irritabilidad sueño esto se debe a la poca aportación del flujo sanguíneo.
- Anemia grave: hemoglobina menor de 8 g/dl y un índice de hematocrito menor a 20%.

Signos y síntomas

Connell et al. (2005), los signos y síntomas de la anemia ferropénica es habitual de carácter leve, los síntomas poco evidentes: hay palidez de la piel y mucosas, fatiga, irritabilidad, poco apetito, sueño.

Diagnóstico

Connell et al. (2005), el método más efectivo la aspiración de la medula ósea, en ello verificamos el hierro que se encuentra en niveles bajo o ausente, en el laboratorio miden los niveles de hemoglobina.

La Organización Mundial De La Salud (2010), en primer lugar un revisión estricta de la historia clínica, nos permite conocer si hay antecedentes de anemia, también podemos observar cómo ha sido la alimentación del niño y la familia, realizar un examen físico para ver si hay síntomas clínicos, solicitar examen de

laboratorio, hemoglobina y hematocrito, esto nos ayudara a distinguir a la anemia ferropénica ya la anemia debido a infecciones crónicas.

En los niños menores de 5 años se considera anemia a una hemoglobina menor de 11gr/dl y hematocrito menor que 33%.

Tratamiento

La Organización Mundial de Salud (2010), administración oral, preparados de hierro (sulfato de hierro, gluconato de hierro) dosis de 3mg/kg peso corporal 2 a 3 tomas, no debe administrarse con leche ya que disminuye su absorción.

El control de la hemoglobina y hematocrito deberá ser de 15 q 30 días, de iniciado el tratamiento ahí se observara el aumento de 1g/día de hemoglobina o 3% de hematocrito por mes.

Los niños con anemia deben ser evaluados cada mes y si los niños durante los 30 días no elevan la hemoglobina deberán ser derivados a un especialista.

Para evitar efectos secundarios se recomienda tomar las tabletas o gotas con posterioridad a una de las comidas al día. (OMS 2010).

Prevención de la anemia ferropénica

La OMS (2010), una buena lactancia materna exclusiva los 6 primeros meses de vida y a partir de los 6 meses complementar con alimentos se sólidos en la dieta del niño.

2.2. Estudios previos

2.2.1. Antecedentes a nivel nacional

Zavaleta (2013), "conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asiste al consultorio CRED, en el p.s. Cono norte 1er trimestre 2012", los resultados fueron el 76% de madres tiene un nivel de conocimiento bueno y solo un 24% un conocimiento regular y sobre la relación entre el nivel de conocimiento de la madre se observa que el

71% de los niños evaluados con estado nutricional normal y el 6,0% con sobrepeso , sus madres tienen un nivel de conocimiento regular sobre alimentación complementaria.

Castañeda (2014). Perú. “características del consumo de hierro estado de anemia y su relación con el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 36 meses del distrito de palca, provincia y departamento de Huancavelica”. Resultados fueron el 81% de niños tienen niveles bajos en hemoglobina. El consumo de alimentos fuente de hierro es escaso para ambos grupos y la dieta solo cubre el 57% de sus requerimientos.

Espinoza (2015). Perú. “relación entre prevalencia de desnutrición y anemia ferropénica en menores de 14 años de la comunidad santa maia baja , Carapongo, chosica,205” resultados 11.7% tuvo desnutrición global y 71.7% desnutrición crónica, el 36.6% son del sexo femenino y 61.6% en edad escolar y el 71.7% presento anemia.

Escobar (2014). Ayacucho –Perú. “relación entre calidad de alimentación complementaria y anemia ferropénica en menores de 2 años en el centro de salud de luricocha – huanta, Ayacucho 2014”; cuyos resultados fueron: el 75% de los niños recibieron alimentación complementaria de deficiente calidad en componente hierro y el 72% presentaron anemia ferropénica; por otro lado el 25% tuvieron alimentación complementaria de buena calidad en el componente hierro y el 18% de los niños no presentan anemia ferropénica ; lo que implicó que la calidad de alimentación complementaria se relaciona significativamente en la presencia de anemia ferropénica; por lo tanto se debe priorizar cantidades suficientes de aporte nutricional de hierro en la alimentación complementaria para prevenir anemia ferropénica.

Huamán (2013). Pasco – Perú. “representaciones sociales sobre la alimentación en madres de niños menores de 2 años: yanacancha – cerro de Pasco, 2012” los resultados fueron factores psicosociales y socioculturales influenciaron en las decisiones que las madres tomaron para continuar o interrumpir la lactancia materna.

2.2.2. Antecedentes a nivel internacional

Calle, morocho, y otavalo (2013). Ecuador. “conocimiento materno sobrealimentación, nutrición y su relación con el estado nutricional de niños (as) menores de 2 años que acuden al sub centro de salud de san pedro de cebollar” los resultados fueron 56% de niños tienen bajo de peso y el 1% sobrepeso. El 43% de niños tienen normal, estado nutricional que está ligado al conocimiento materno.

Winocur (2016). Colombia. “prevalencia de anemia ferropénica en niños preescolares y escolares con necesidades básicas insatisfechas” el resultado fue, 2.5% de los niños presentaron anemia ferropénica y el 4.4% déficit de fe.

Pérez (2015). Cuba. “anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 m y de 6 a 12 años de edad, Guantánamo – cuba- 2013” los resultados fueron en niños hasta 2 años fue 35.8% y escolares 22% presento anemia grave.

Zurita (2015). Bolivia. “lactancia materna, alimentación complementaria y factores asociados a su práctica, en niños menores de 2 años” resultados 39% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva hasta las 6 meses y un 41% en aparición de edas y 43% en iras y el 16% de los que recibieron lactancia materna están desnutridos.

Jácome (2013), quito. “relación entre las prácticas de alimentación complementaria y el estado nutricional y el estado nutricional de las niñas y niños de 6 a 24 meses de edad que 15 asisten al centro de salud n°10 Rumiñahui de la ciudad de quito durante abril del 2015”. Los resultados fueron las prácticas de alimentación complementaria, tiene influencia en el estado nutricional.

2.3. Marco conceptual

Alimentación complementaria.- Cubre las necesidades, junto con la leche materna. (Quispe 2016).

Alimentos.- Tiene fines nutricionales y son ingeridos por el ser humano. (Quispe 2016).

Alimentación.- Son hábitos dietéticos del ser humano. (Quispe 2016).

Anemia.- Alteración de glóbulos rojos sanos. (Minsa 2015).

Anemia ferropénica.-Minoración de hemoglobina y glóbulos rojos. (Minsa 2015).

Anemia leve.- Hemoglobina menor de 10gd/dl. (Minsa 2015).

Anemia moderada.- Hemoglobina entre 8- 10 g/dl. (Minsa 2015).

Anemia grave.- Hemoglobina menor de 8g/dl. (Minsa 2015).

Cantidad.- Se designa a todo aquello que es medible y susceptible, pues es capaz de aumentar o disminuir. (Quispe 2016).

Conocimiento.- Cantidad de hechos que se obtiene a lo largo de los años. (Coronado 2014).

Consistencia de alimentos.- Se dice como son los alimentos, solido, liquido, gaseoso. (Valencia 2014).

Frecuencia.- Capacidad del estómago. (Minsa 2015).

Hematopoyesis.- Formación de glóbulos rojos de la sangre. (Smeltzer 2005).

Hemoglobina.- Proteína que está en los glóbulos rojos. (Smeltzer 2005).

Hierro.- Es un mineral. (Smeltzer 2005).

Lactantes.- Niños menores de 24 meses. (Minsa 2015).

Metabolismo.- Conjunto de reacciones bioquímicas. (Smeltzer 2005).

Niño.- Se dice a la persona que no alcanzado la madurez suficiente para tener autonomía. (Minsa 2015).

Nutriente.- Nos produce energía y las empleamos en las funciones del crecimiento. (Minsa 2015).

Población.- Población estadística, de los cuales se desea estudiar una o varias características. (Valencia 2014).

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Formulación de hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre alimentación complementaria y la presencia de anemia ferropénica en niños de 6 12 meses que acuden al centro de salud de santa Ana, Huancavelica, 2018.

3.1.2. Hipótesis específicas

1. Existe relación significativa entre alimentación complementaria dimensión inicio y presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018.
2. Existe relación significativa entre alimentación complementaria dimensión cantidad y presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses, centro de salud santa Ana, Huancavelica, 2018.
3. Existe relación significativa entre alimentación complementaria dimensión contenido nutricional y presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018.

3.2. Identificación de variables

3.2.1. Clasificación de variables :

Variable independiente (x) alimentación complementaria.

Variable dependiente (y) presencia de anemia ferropénica.

3.2.2. Definición conceptual de variables

Variable alimentación complementaria: Fondo De Las Naciones, cuando la leche materna ya no es suficiente por sí sola, está considerado de los 6 a 24 meses. (UNICEF 2011).

Variable presencia anemia ferropénica: Organización Mundial De La Salud ,carencia de niveles de hemoglobina y los glóbulos rojos debajo de los valores normales. (OMS 2010).

3.2.3. Definición operacional de variables

Variable	Dimensión	Indicadores
V.i. Alimentación Complementaria	Inicio	<ul style="list-style-type: none"> - láctica. - Intermedia. - Final.
	Cantidad	<ul style="list-style-type: none"> - Niños de 6-8 meses. - Niños de 9-11 meses. - Niños de 12 meses.
	Contenido nutricional	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentos que contengan hierro. - Uso suplemento de vitaminas y minerales. - Vitaminas a.
V.ii. Presencia de Anemia Ferropénica	Anemia ferropénica leve	- Hemoglobina mayor de 10 g/dl y un índice de hematocrito de 33 – 27%.
	Anemia ferropénica moderada	- Hemoglobina entre 8-10 g/dl y un índice de hematocrito de 26 – 21%.
	Anemia ferropénica grave	- Hemoglobina menor de 8 g/dl y un índice de hematocrito menor a 20%.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

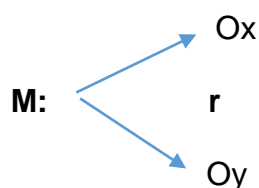
Es una investigación de nivel descriptivo, ya que su objetivo lleva a indagar y presentar la situación del estado o fenómeno en estudio. (Sánchez y reyes, 2006).

4.2 descripción del método y diseño

Método fue inductivo ya que se usó la recolección de datos para probar la hipótesis, con base en el análisis estadístico (Hernández, Fernández y baptista, 2014).

También el diseño no experimental – transeccional o transversal correlacional, el diseño busca determinar el grado de relación entre variables (Sánchez y reyes, 2006).

El diagrama es el siguiente:



Donde:

M: Muestra.

Ox: Observación De La Variable Alimentación Complementaria

Oy: Observación De La Variable Presencia De Anemia Ferropénica

R: Índice De Correlación.

4.3 Población, muestra y muestreo

4.3.1. Población

La población está constituida por niños de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud Santa Ana hacen un total de 87.

4.3.2. Muestra

Para determinar la muestra se aplicará la siguiente fórmula

$$n = \frac{Z^2 (p)(q)}{E^2 (N-1) + Z^2 (p)(q)}$$

Leyenda:

n: es el tamaño de la muestra.

Z: es el nivel de confianza.

P: es la variabilidad positiva.

Q: es la variabilidad negativa.

N: es el tamaño de la población.

E: es la precisión o el error.

Hallando el tamaño de la muestra:

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5)(0,5)(87)}{(87)(0,07)^2 + (1,96)^2 (0,5)(0,5)}$$

n= 60 niños menores

La muestra fue seleccionada con 60 niños menores de 12 meses aplicando criterios de inclusión.

4.3.3. Tipo de muestreo

Es muestreo probabilístico intencionado.

4.4. Consideraciones éticas

En el trabajo se aplica principios bioéticos que van de la mano con el profesional de enfermería.

4.4.1. Criterios de inclusión

- Todas las madres que acuden al centro de salud independientemente del sexo, raza, credo, política.
- Todas las madres voluntarias que acuden al centro de salud.

4.4.2. Criterios de exclusión

- Madres que no deseen participar en la investigación.

A. Principio de autonomía: Las madres participaron en forma voluntaria de acuerdo a su propia elección, poner sus propias leyes y regir por ellas a la hora de tomar decisiones.

B. Principio de beneficencia: El estudio se realiza en beneficio de las madres para sus menores hijos por tanto los resultados de la investigación ayudara a la tranquilidad, disminuyendo los riesgos de daño, que puedan causar como: físicos o psicológicos.

C. Principio de la no maleficencia: El estudio se realizara a las madres para sus menores hijos y través de la presente investigación se deberá prevenir el daño físico, moral, social y psicológico de los profesionales de enfermería.

D. Principio de justicia: El estudio a las madres para sus menores hijos comprende el uso racional de los recursos disponibles que permita el derecho pleno a la salud, obligada a una macrobiótica justa de la responsabilidad frente a la vida amenazada.

CAPÍTULO V

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1 Técnicas e Instrumentos

Para la variable alimentación complementaria se utilizó la técnica del cuestionario y como instrumento el cuestionario, que previamente será validado por expertos, en el cual se aplicaron 7 preguntas.

Para la variable presencia de anemia ferropenia la técnica de observación en el cual se utilizó una ficha de recolección de datos de la hemoglobina, se obtuvo de la historia clínica.

5.2 Plan de redacción procesamiento y presentación de datos

Etapas a seguir en la recolección de datos:

- A)** Se coordinó con la dirección del centro de salud.
- B)** Se coordinó con la jefatura del departamento de enfermería.
- C)** Se aplicó el consentimiento informado a los usuarios.
- D)** Se aplicaron los instrumentos de recolección de datos a los usuarios y sus respectivas historias clínicas en el momento en que se encontraron hospitalizados.
- E)** Se pasaron los datos al software estadístico a través de la codificación, para su respectivo análisis estadístico.
- F)** Se procesó los datos estadísticamente haciendo uso de software ibm spss statistics 23 y microsoft office excel 2016, luego se pasamos a la sección de resultados en el informe de tesis haciendo uso del software microsoft word 2016.
- G)** Con los resultados obtenidos a través de tablas y gráficos estadísticos se realizó la síntesis, análisis, descripción, e interpretación de los datos en función a los requerimientos necesarios, luego se procedió con la discusión de los resultados obtenidos para luego llegar a las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Presentación, análisis e interpretación de datos

Tabla 1

Distribución de datos según grupo etario de las madres

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
17 – 19 años	3	5,0%
20 – 29 años	29	48,3%
30 – 39 años	24	40,0%
40 años – más	4	6,7%
Total	60	100,0%

Fuente: Encuesta elaboración propia

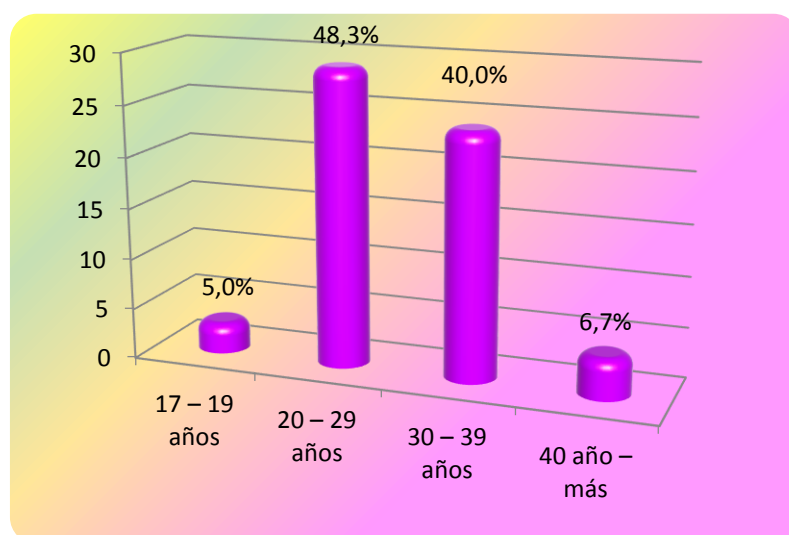


Figura 1. Distribución de porcentajes según grupo etario de las madres de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica

El 48,3% de las madres encuestadas tiene edades entre 20 y 29 años, mientras que el 40,0% está entre los 30 y 39 años. Asimismo, en reducido porcentaje, apenas el 5% son madres de entre 17 y 19 años; y solo el 6,7% se encuentra con 40 años o más.

Tabla 2

Frecuencias y porcentajes según grado de instrucción de las madres

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	1	1,7%
Primaria completa	7	11,7%
Secundaria incompleta	2	3,3%
Secundaria completa	14	23,3%
Superior técnica	18	30,0%
Superior universitaria	18	30,0%
Total	60	100,0%

Fuente: Encuesta elaboración propia

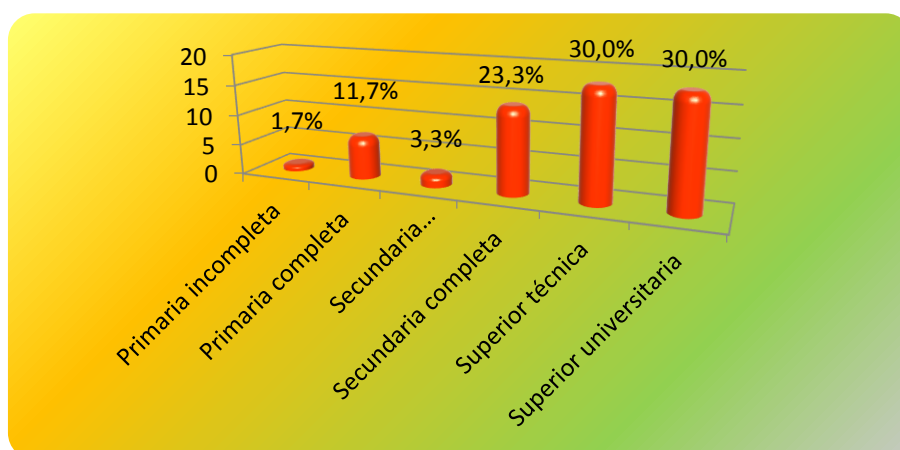


Figura 2. Distribución de porcentajes según grado de instrucción de las madres de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica

En similar proporción, el 30,0% de las madres entrevistadas tiene grado de instrucción tanto superior técnica como superior universitaria. Además, el 23,3% completó la instrucción secundaria; y el 11,7% terminó la primaria. Solo el 3,3% está con secundaria incompleta; y únicamente el 1,7%, con primaria incompleta.

Tabla 3

Frecuencias y porcentajes según ocupación de instrucción de las madres de la muestra de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Docente	1	1,7%
Empleada	12	20,0%
Estudiante	7	11,7%
Su casa	40	66,7%
Total	60	100,0%

Fuente: Encuesta elaboración propia

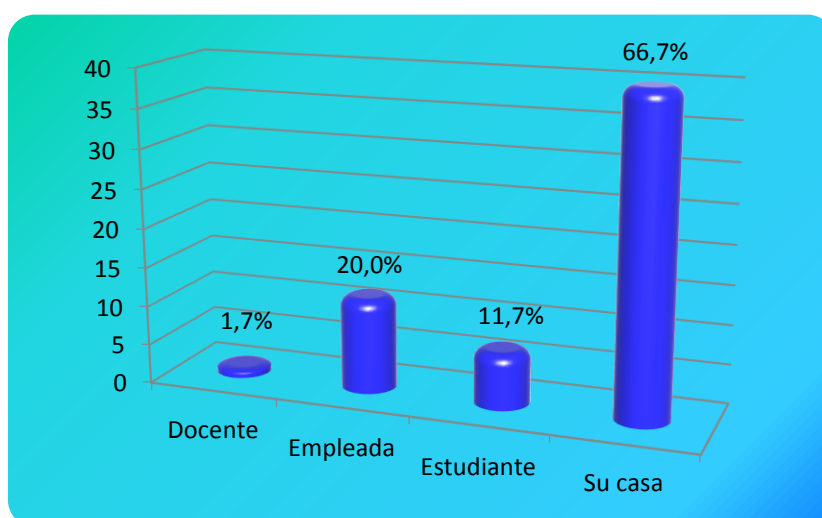


Figura 3. Distribución de porcentajes según ocupación de las madres de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica

El mayor porcentaje de madres (66,7%) se encuentra dedicada a su casa. Le sigue un 20,0% de madres que se desenvuelven como empleadas. En menor porcentaje, el 11,7% se ocupa como estudiante; y solo el 1,7% se desempeña como docente.

Tabla 4

Frecuencias y porcentajes según número de hijos de las madres de la muestra de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Un hijo	26	43,3%
Dos hijos	14	23,3%
Tres hijos	14	23,3%
Cuatro hijos	5	8,3%
Cinco hijos	1	1,7%
Total	60	100,0%

Fuente: Encuesta elaboración propia

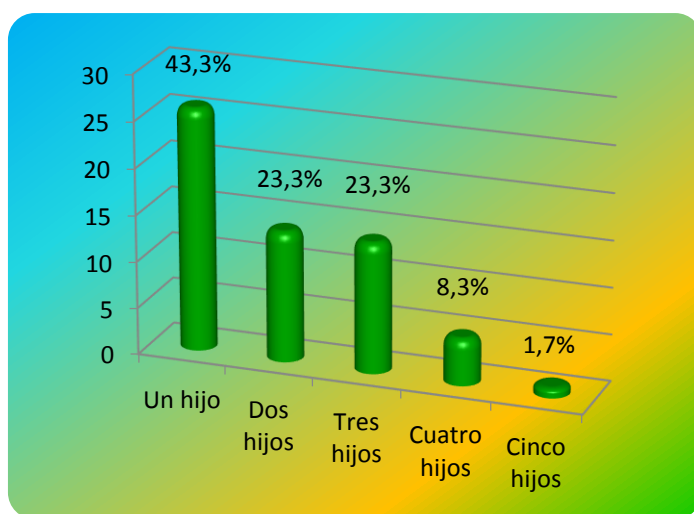


Figura 4. Distribución de porcentajes según número de hijos de las madres de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica

El 43,3% de las madres evaluadas tiene actualmente un hijo, en tanto que, en igual proporción, 23,3% tiene dos y tres hijos. Del mismo modo, solo el 8,3% de las madres tiene cuatro hijos; y apenas el 1,7%, se encuentra con cinco hijos. Y un 66,6% acumulado es de madres que tienen entre uno y dos hijos.

Tabla 5

Frecuencias y porcentajes, según sexo, en la muestra de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	35	58,3%
Femenino	25	41,7%
Total	60	100,0%

Fuente: Encuesta elaboración propia

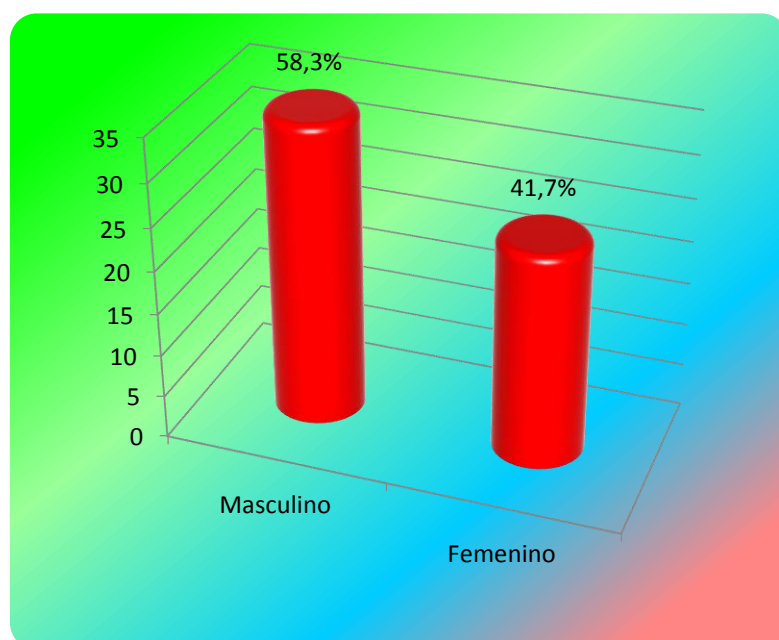


Figura 5. Distribución de porcentajes, según sexo, en la muestra de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica

El 58,3% de los niños de la muestra de estudio considerada corresponde al sexo masculino; mientras que el 41,7% es del sexo femenino

6.1.2 Resultados descriptivos de la variable de estudio: Alimentación complementaria

Tabla 6

Frecuencias y porcentajes de la variable: Alimentación complementaria

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	36	60,0%
Adecuado	24	40,0%
Total	60	100,0%

Fuente: Encuesta de elaboración propia

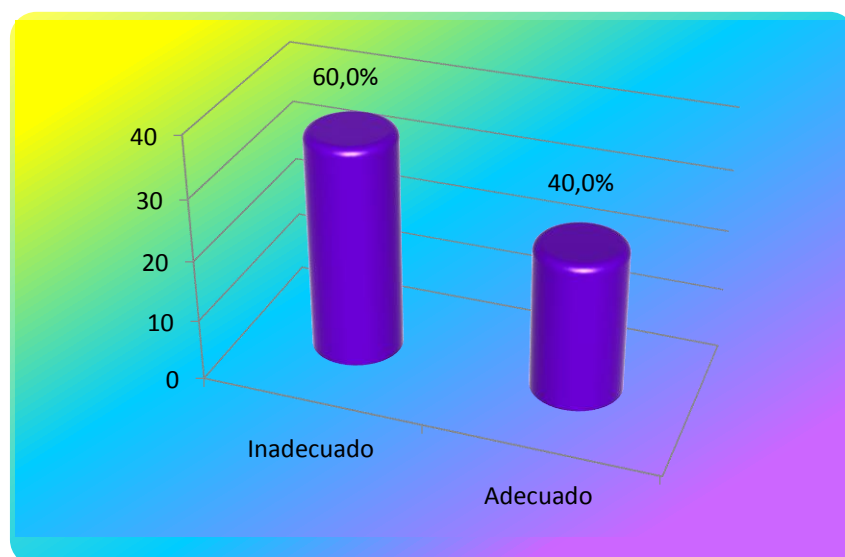


Figura 6. Distribución de porcentajes de la variable: Alimentación complementaria

Con relación a la escala total de la variable: Alimentación complementaria, se aprecia que el 60,0% de las madres lo practica en un nivel adecuado, en tanto que el 40,0% lo hace en un nivel adecuado

Tabla 7

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Inicio

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	28	46,7%
Adecuado	32	53,3%
Total	60	100,0%

Fuente: Encuesta de elaboración propia

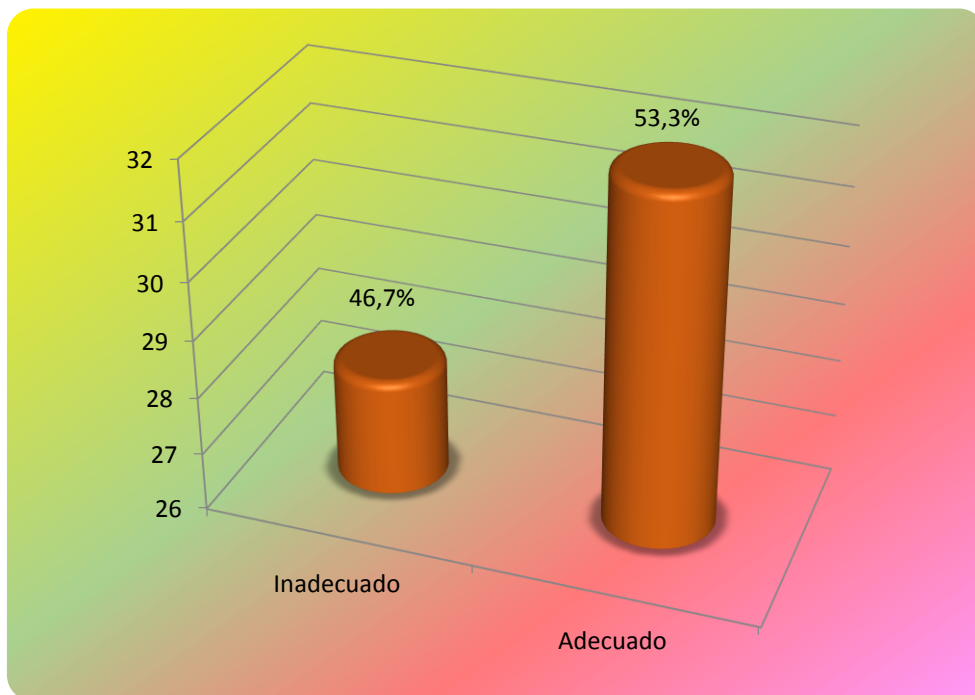


Figura 7. Distribución de porcentajes en la dimensión: Inicio en la muestra de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica

Respecto a la alimentación complementaria, en su dimensión: Inicio, se observa que el 53,3% de las madres lo conoce en nivel adecuado, mientras que el 46,7% está al tanto, pero en un nivel inadecuado.

Tabla 8

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Cantidad

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	37	61,7%
Adecuado	23	38,3%
Total	60	100,0%

Fuente: Encuesta de elaboración propia

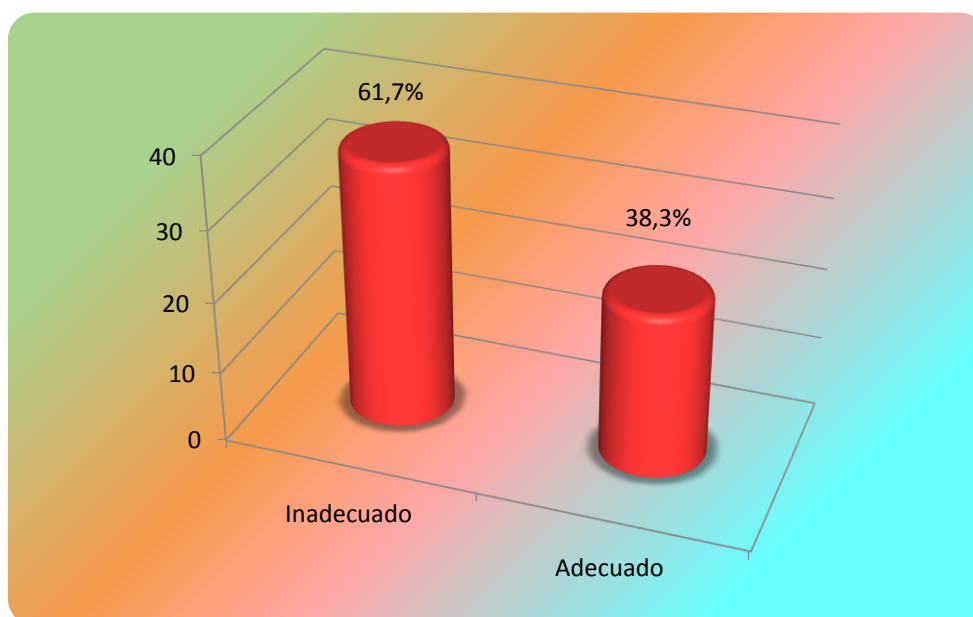


Figura 10. Distribución de porcentajes en la dimensión: Cantidad en la muestra de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica

Respecto a la alimentación complementaria, en su dimensión: Cantidad, en la tabla se registra un 61,7% de madres que lo emplea en un nivel inadecuado; mientras que el 38,3% de madres lo utiliza en un nivel adecuado.

Tabla 9

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Contenido nutricional

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	22	36,7%
Adecuado	38	63,3%
Total	60	100,0%

Fuente: Encuesta de elaboración propia

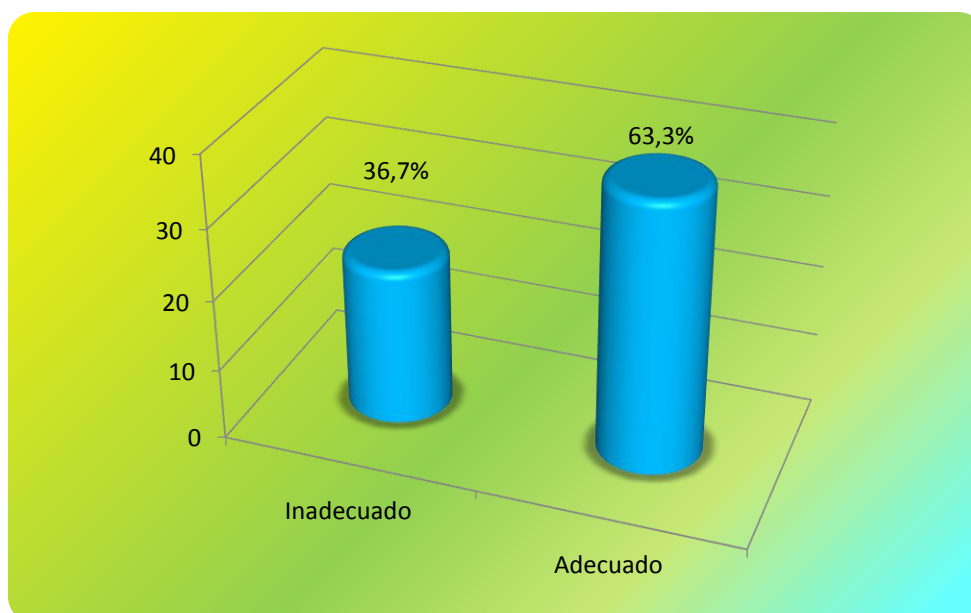


Figura 11. Distribución de porcentajes en la dimensión: Contenido nutricional en la muestra de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica

Teniendo en cuenta la dimensión: Contenido nutricional, de la alimentación complementaria, se advierte que el 63,3% de las madres encuestadas lo considera en un nivel adecuado; por el contrario, el restante 36,7% lo practica en un nivel inadecuado.

6.1.3 Resultados descriptivos de la variable: Presencia de anemia ferropénica

Tabla 10

Frecuencias y porcentajes en la variable: Presencia de anemia ferropénica

Nivel de anemia	Frecuencia	Porcentaje
Sin anemia	21	35,0%
Anemia leve	16	26,7%
Anemia moderada	23	38,3%
Total	60	100,0%

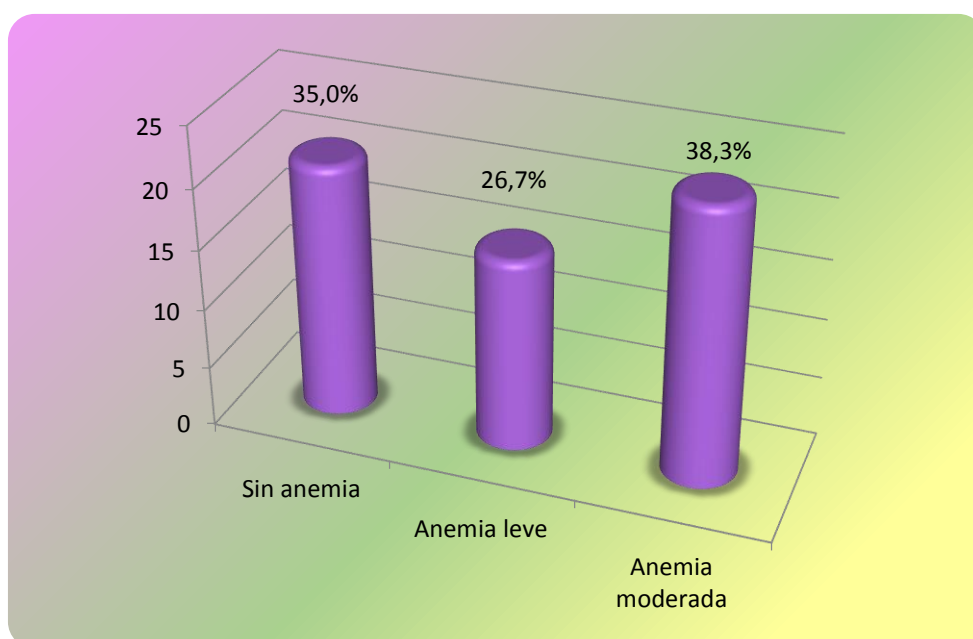


Figura 12. Distribución de porcentajes en la variable: Presencia de anemia ferropénica

Relativo a la variable: Presencia de anemia ferropénica, se registra un 35,0% de niños sin diagnóstico de anemia; el 26,7% presenta anemia leve; en tanto que el 38,3% se encuentra con anemia moderada

6.1.4 Contrastación de hipótesis

Se ha utilizado, como prueba estadística para la contratación de la hipótesis general y las específicas, la chi cuadrado de independencia, que permite determinar el grado de relación entre dos variables categóricas como son: Alimentación complementaria y Presencia de anemia ferropénica. Asimismo, se empleó esta prueba para establecer la asociación entre cada una de las dimensiones de Alimentación complementaria con la Presencia de anemia ferropénica.

Contrastación de la hipótesis general

Ha: Existe relación significativa entre la alimentación complementaria y la presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Santa Ana, Huancavelica.

Ho: No existe relación significativa entre la alimentación complementaria y la presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Santa Ana, Huancavelica.

Tabla 11

Contingencia de las variables Alimentación complementaria y Presencia de anemia ferropénica en la muestra de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica

		Presencia de anemia ferropénica			Total
		Sin anemia	Anemia leve	Anemia moderada	
Alimentación complementaria	Inadecuado	2 9,5%	15 93,8%	19 82,6%	36 60,0%
	Adecuado	19 90,5%	1 6,3%	4 17,4%	24 40,0%
Total		21 100,0%	16 100,0%	23 100,0%	60 100,0%

$X^2 = 34,786^{**}$

G. L. = 2

Sig. = 0,000

** Significativo al nivel de $p < 0,01$.

El valor calculado de la prueba chi cuadrado ($X^2 = 34,786$; Sig. = 0,000) es estadísticamente significativo al nivel de $p < 0,01$. Se aprecia un mayor porcentaje de casos de niños con anemia leve y anemia moderada en coincidencia con el nivel inadecuado de alimentación complementaria. En cambio, la proporción de niños sin anemia es alta cuando se asocia con el nivel adecuado de alimentación complementaria. Asimismo, los casos de niños con anemia leve y anemia moderada se ven reducidos considerablemente al confrontarlos con el nivel adecuado de alimentación complementaria. De acuerdo al resultado obtenido, se puede afirmar que se observa una relación significativa entre ambas variables de estudio.

Decisión: Por lo tanto, se decide rechazar la hipótesis nula de la hipótesis general de investigación.

Contrastación de las hipótesis específicas

H₁: Existe relación significativa entre la alimentación complementaria, dimensión **Inicio**, y la presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Santa Ana, Huancavelica.

H₀: No existe relación significativa entre la alimentación complementaria, dimensión **Inicio**, y la presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Santa Ana, Huancavelica.

Tabla 12

Contingencia de la dimensión: Inicio y la variable: Presencia de anemia ferropénica en la muestra de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica

		Presencia de anemia ferropénica			Total
		Sin anemia	Anemia leve	Anemia moderada	
Dimensión : Inicio	Inadecuado	3 14,3%	9 56,3%	16 69,6%	28 46,7%
	Adecuado	18 85,7%	7 43,8%	7 30,4%	32 53,3%
Total		21 100,0%	16 100,0%	23 100,0%	60 100,0%

$X^2 = 14,283^{**}$

G. L. = 2

Sig. = 0,001

** Significativo al nivel de $p < 0,01$.

El valor calculado de la prueba chi cuadrado ($X^2 = 14,283$; Sig. = 0,001) es estadísticamente significativo al nivel de $p < 0,01$. Se advierte un mayor porcentaje de casos de niños con anemia leve y anemia moderada en contingencia con el nivel inadecuado en la dimensión: Inicio, de la alimentación complementaria. En cambio, la proporción de niños sin anemia es alta cuando se asocia con el nivel adecuado en la dimensión: Inicio. Asimismo, los casos de niños con anemia leve y anemia moderada se ven reducidos notablemente al cotejarlos con el nivel adecuado en la dimensión: Inicio. Según el resultado obtenido, se puede establecer que existe una relación significativa entre la dimensión: Inicio y la presencia de anemia ferropénica.

Decisión: Por consiguiente, estimando el resultado significativo, se toma la decisión de rechazar la hipótesis nula de la primera hipótesis específica.

H₂: Existe relación significativa entre la alimentación complementaria, dimensión **Frecuencia**, y la presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Santa Ana, Huancavelica.

H₀: No existe relación significativa entre la alimentación complementaria, dimensión **Frecuencia**, y la presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Santa Ana, Huancavelica.

Tabla 13

Contingencia de la dimensión: Cantidad y la variable: Presencia de anemia ferropénica en la muestra de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica

		Presencia de anemia ferropénica			Total
		Sin anemia	Anemia leve	Anemia moderada	
Dimensión: Cantidad	Inadecuado	8 38,1%	10 62,5%	19 82,6%	37 61,7%
	Adecuado	13 61,9%	6 37,5%	4 17,4%	23 38,3%
Total		21 100,0%	16 100,0%	23 100,0%	60 100,0%

$X^2 = 9,208^*$

G. L. = 2

Sig. = 0,010

* Significativo al nivel de $p < 0,05$.

El valor calculado de la prueba chi cuadrado ($X^2 = 9,208$; Sig. = 0,010) es estadísticamente significativo al nivel de $p < 0,05$. Se aprecia un considerable porcentaje de casos de niños con anemia leve y anemia moderada en contingencia con el nivel inadecuado en la dimensión: Cantidad, de la alimentación complementaria. Sin embargo, la proporción de niños sin anemia es mucho mayor cuando se coteja con el nivel adecuado en la dimensión: Cantidad. Del mismo modo, los casos de niños con anemia leve y anemia moderada se ven reducidos claramente al confrontarlos con el nivel adecuado en la dimensión: Cantidad. De acuerdo al resultado obtenido, se establece que existe una relación significativa entre la dimensión: Cantidad y la presencia de anemia ferropénica.

Decisión: Por lo tanto, al contar con un resultado significativo, se rechaza la hipótesis nula de la cuarta hipótesis específica.

H₅: Existe relación significativa entre la alimentación complementaria, dimensión **Contenido nutricional**, y la presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Santa Ana, Huancavelica.

H₀: No existe relación significativa entre la alimentación complementaria, dimensión **Contenido nutricional**, y la presencia de anemia ferropénica en niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Santa Ana, Huancavelica.

Tabla 14

Contingencia de la dimensión: Contenido nutricional y la variable: Presencia de anemia ferropénica en la muestra de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Santa Ana de Huancavelica

		Presencia de anemia ferropénica			Total
		Sin anemia	Anemia leve	Anemia moderada	
Dimensión: Contenido nutricional	Inadecuado	4 19,0%	4 25,0%	14 60,9%	22 36,7%
	Adecuado	17 81,0%	12 75,0%	9 39,1%	38 63,3%
Total		21 100,0%	16 100,0%	23 100,0%	60 100,0%

$X^2 = 9,547^{**}$

G. L. = 2

Sig. = 0,008

** Significativo al nivel de $p < 0,01$.

El valor calculado de la prueba chi cuadrado ($X^2 = 9,547$; Sig. = 0,008) es estadísticamente significativo al nivel de $p < 0,01$. Se observa un apreciable porcentaje de casos de niños con anemia leve y anemia moderada en contingencia con el nivel inadecuado en la dimensión: Contenido nutricional, de la alimentación complementaria. En cambio, la proporción de niños sin anemia es bastante mayor cuando se confronta con el nivel adecuado en la dimensión: Contenido nutricional. De la misma manera, los casos de niños con anemia leve y anemia moderada se ven disminuidos claramente al cotejarlos con el nivel adecuado en la dimensión: Contenido nutricional. Según el resultado registrado, se puede concluir que existe una relación

significativa entre la dimensión: Contenido nutricional y la presencia de anemia ferropénica.

Decisión: Por consiguiente, al haberse obtenido un resultado significativo, se rechaza la hipótesis nula de la quinta hipótesis específica.

6.1.5 discusión de los resultados

Los resultados obtenidos con la chi cuadrado de independencia revelan que, en efecto, existe relación significativa entre la alimentación complementaria y la presencia de anemia ferropénica. En otros términos, mientras las madres brinden una alimentación complementaria de manera adecuada, menor será la presencia de casos de niños con algún nivel de anemia ferropénica. En tal sentido, una adecuada práctica de los procedimientos de alimentación complementaria no solo previene que el niño pueda presentar anemia, sino que favorece el normal desarrollo psicobiológico de acuerdo a su edad. En cierta forma, estos resultados tienen concordancia con lo reportado en nuestro medio por el estudio de Zavaleta (2013), que trata de la alimentación complementaria y el estado nutricional en niños de 6 a 24 meses, encontrando una estrecha relación entre el nivel conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño. Asimismo, los hallazgos aquí expuestos concuerdan con lo publicado por Escobar (2014), en cuyo trabajo sobre calidad de alimentación complementaria y anemia ferropénica en menores de 2 años, observó que el 75% de los niños recibieron alimentación complementaria de deficiente calidad en componente hierro; y, de igual modo, el 72% presentaron anemia ferropénica. Este resultado registrado permite deducir que, en tanto más deficiente sea la calidad de alimentación complementaria, mayor será la tendencia a que el niño sea diagnosticado con anemia ferropénica.

Otras investigaciones realizadas a nivel latinoamericano dan cuenta de la concordancia que se mantiene con las relaciones entre las variables de estudio aquí comprobadas. Tal es el caso de la llevada a cabo por

Jácome (2013), de Quito, quien encontró que las prácticas de alimentación complementaria (hábitos alimentarios e ingesta calórica) tiene una influencia en el estado nutricional de una manera positiva cuando se cumplen las recomendaciones sobre la alimentación del infante (porciones, cantidad, frecuencia, calorías), y de una manera negativa cuando no se aplica; pero su efecto se observa de manera conjunta, es decir, que una conducta individual no puede determinar la existencia o no de algún tipo de malnutrición. Asimismo, se confirma la concordancia con el estudio de Calle, Morocho, y Otavalo (2013), del Ecuador, quienes constataron que el 56% de los niños menores de 2 años tienen bajo peso; y el 1%, sobrepeso. Relacionaron estos resultados con el déficit de conocimientos maternos sobre nutrición, alimentación y con el deterioro de la condición socioeconómica familiar. El 43% de niños tienen peso normal, estado nutricional que está ligado al conocimiento materno, así como con una condición socioeconómica de mejor calidad.

Sin embargo, los resultados de este trabajo de investigación presentan discrepancia con los del estudio desarrollado por Huamán (2013), quien investigó acerca de las representaciones sociales sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años, que residen en Yanacancha, Cerro de Pasco. Este grupo de madres, por las connotaciones socioculturales que reviste la localidad en la que viven, suele tener costumbres arraigadas en cuanto a los alimentos que les brindan a sus menores hijos. Por lo general desconocen los procedimientos adecuados de la alimentación adecuada; no tienen la certeza de que algunos alimentos de origen animal (AOC) pueden ser nutritivos y ricos en hierro. Prepondera el consumo de alimentos básicos, de bebidas preparadas en base a infusiones, sin tener en cuenta la consistencia o la cantidad necesaria en la combinación de alimentos que garantice una alimentación saludable para su niño. Las actividades de alimentación que desarrolla este grupo de madres de familia tienen un arraigo atávico de siglos, pues no han tenido una transformación significativa que se traduzca en un mejor empleo de los alimentos que brinda la tierra, el río o que

proceden de los animales de crianza. Al respecto, Huamán (2013) encontró que algunos factores psicosociales (actitudes, percepciones, subjetividades y justificaciones) y socioculturales (sistemas de recompensas y creencias) influenciaron en las decisiones que las madres tomaron para continuar o interrumpir la lactancia materna, iniciar la alimentación complementaria, inclinarse por los alimentos de origen animal y otorgar algunas bebidas (remedios), lo que favoreció la resistencia para modificar las representaciones sociales relacionadas con ellas. Observó, además, que solo el sentido común permitió incorporar informaciones adaptándolas a un conocimiento cotidiano; esto se vio en situaciones como otorgar preparaciones de consistencia espesa a niños sin dentadura, evolucionar la consistencia de las preparaciones conforme avanza la edad del niño y valorar negativamente las preparaciones líquidas para el inicio de la alimentación complementaria, así como determinar la decisión de la edad de inicio de la alimentación complementaria.

En cuanto a la alimentación complementaria, se encontró en este trabajo que el 60% de las madres encuestadas muestra un nivel inadecuado; y el 40% restante lo presenta en nivel adecuado. Y con referencia a la presencia de anemia ferropénica, en esta investigación se estableció que el 38,3% de los niños examinados presentan anemia ferropénica en nivel moderado; el 26,7%, en nivel leve; y el 35,0% no tiene anemia; observándose un porcentaje acumulado de 65,0% de niños con anemia entre moderada y leve. Estos resultados indican, pues, que la mayoría de madres desconoce muchos aspectos de la alimentación complementaria o no se encuentra capacitada para brindarla a sus hijos menores de un año con los indicadores de calidad y aporte de hierro requeridos. En consecuencia, el niño está propenso a tener un hematocrito por debajo de lo necesario y ser diagnosticado con anemia ferropénica, a pesar de que tenga la talla y peso para su edad. Un niño con peso normal o sobrepeso puede dar la apariencia de no presentar desnutrición. Este resultado muestra concordancia con lo registrado por Pérez (2015), de Cuba, quien investigó sobre la anemia por deficiencia de hierro en niños de

6 a 24 meses y de 6 a 12 años de edad, observando que el 75% de los niños recibió alimentación complementaria de buena calidad en el componente hierro y el 18% de los niños no presentan anemia ferropénica, reconsiderando que se debe priorizar cantidades suficientes de aporte nutricional de hierro en la alimentación complementaria para prevenir la anemia ferropénica.

Respecto a la contrastación de las hipótesis específicas, los resultados permiten afirmar que la relación entre cada una de las dimensiones de la alimentación complementaria y la presencia de anemia ferropénica en los niños de 6 a 12 meses es significativa. A primera vista, estos resultados señalan la importancia que tiene la alimentación complementaria en cada una de sus dimensiones: conocer acerca del inicio adecuado, la cantidad mínima necesaria y el contenido nutricional de los productos empleados, resulta ser trascendental a la hora de brindar la dieta alimentaria al niño. Pero no es suficiente con que la madre conozca o esté al tanto de la importancia de la alimentación complementaria, sino que ponga en práctica a diario sus procedimientos, es decir, se halle capacitada en tales menesteres. Por tal razón, las intervenciones educativas del profesional de enfermería como actividades preventivo-promocionales contribuirían a consolidar las prácticas adecuadas de las madres acerca de la alimentación complementaria.

6.2 Conclusiones

- 1) El valor calculado de la prueba chi cuadrado ($X^2 = 34,786$; Sig. = 0,000) es estadísticamente significativo al nivel de $p < 0,01$. Se aprecia un mayor porcentaje de casos de niños con anemia leve y anemia moderada en coincidencia con el nivel inadecuado de alimentación complementaria. En cambio, la proporción de niños sin anemia es alta cuando se asocia con el nivel adecuado de alimentación complementaria.
- 2) El valor calculado de la prueba chi cuadrado ($X^2 = 14,283$; Sig. = 0,001) es estadísticamente significativo al nivel de $p < 0,01$. Se advierte un mayor porcentaje de casos de niños con anemia leve y anemia moderada en contingencia con el nivel inadecuado en la dimensión: Inicio, de la alimentación complementaria.
- 3) El valor calculado de la prueba chi cuadrado ($X^2 = 9,208$; Sig. = 0,010) es estadísticamente significativo al nivel de $p < 0,05$. Se aprecia un considerable porcentaje de casos de niños con anemia leve y anemia moderada en contingencia con el nivel inadecuado en la dimensión: Cantidad, de la alimentación complementaria.
- 4) El valor calculado de la prueba chi cuadrado ($X^2 = 9,547$; Sig. = 0,008) es estadísticamente significativo al nivel de $p < 0,01$. Se observa un apreciable porcentaje de casos de niños con anemia leve y anemia moderada en contingencia con el nivel inadecuado en la dimensión: Contenido nutricional, de la alimentación complementaria.

6.3 Recomendaciones

1) Se recomienda al personal directivo del Centro de Salud Santa Ana sensibilizar a las madres de familia que acuden al centro de salud, sobre la magnitud del problema en la población infantil, a fin de fortalecer la información sobre la alimentación complementaria y las graves consecuencias de la anemia.

2) A los profesionales de enfermería realizar capacitaciones semanales o mensuales a las madres de los niños menores de un año, que asisten al centro de salud Santa Ana De Huancavelica, con el propósito de instruirles en el inicio adecuado de la alimentación complementaria.

3) A los profesionales de enfermería reforzar permanentemente en las madres de familia que concurren al centro de salud Santa Ana De Huancavelica , en cuanto a los contenidos educativos sobre la alimentación, la dieta balanceada y las veces que deberá brindar las comidas a sus niños menores de un año.

4) Al personal de enfermería hacer un seguimiento a los niños con anemia, educar a las madres sobre lo importante que es la alimentación.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Calle, morocho, y otavalo (2013). Ecuador. “conocimiento materno sobre alimentación, nutrición y su relación con el estado nutricional de niños (as) menores de 2.
- Castañeda (2014). Perú. “características del consumó de hierro estado de anemia y su relación con el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 36 meses del distrito de palca, provincia y departamento de Huancavelica”.
- Conrado, Z. (2014). Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años. Quetzaltenango.
- Espinoza (2015). Perú. “relación entre prevalencia de desnutrición y anemia ferropénica en menores de 14 años de la comunidad santa maia baja , Carapongo, Chosica
- Hernández, Fernández y baptista ,2014.
- Huamán (2013). Pasco – Perú. “representaciones sociales sobre la alimentación en madres de niños menores de 2 años: yanacancha – cerro de Pasco, 2012”
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2015) “Perú: estado de salud y nutrición de las madres y niños menores de cinco años, ENDES 2012, 2013, 2014.
- Instituto nacional de estadística e informática (inei) (2015) “Perú: estado de salud y nutrición de las madres y niños menores de cinco años, endes 2012, 2013, semestre 2014”.
- Jácome (2013), quito. “relación entre las prácticas de alimentación complementaria y el estado nutricional y el estado nutricional de las niñas y niños de 6 a 24 meses de edad que 15 asisten al centro de salud n°10 Rumiñahui de la ciudad de quito durante abril del 2015.
- Kumar. F. (2005). Patología estructural y Funcional. España.
- Ministerio de salud, Unicef, organización panamericana de la salud (2006) “situación de deficiencia de hierro y anemia”.
- Ministerio de salud (2010). Consejería nutricional en el marco de la atención de salud materna infantil. Lima.

- Ministerio de salud (2015). Consejería nutricional en el marco de la atención de salud materna infantil. Lima.
- Ministerio de Salud, UNICEF, Organización Panamericana de la Salud (2013) “Situación de deficiencia de hierro y anemia”.
- Ministerio de salud (2017). Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud materno infantil. Lima.
- Organización mundial de la salud (2017). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington, d.c.
- Organización Mundial de la Salud (2017). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington, D.C.
- Quispe, A. (2016). “Estado Nutricional De Los Niños Menores De 5 Años De La Institución Educativa Inicial 608 De Tinta, Cusco 2015”. Cusco-Perú.
- Reyes, H. J., & Gallegos, M. J. (2012). La Desnutrición Infantil: Población Rural Del Programa Oportunidades. Revista Académica de Investigación, 1-23. Recuperado el 10 de 10 de 2017, de <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/09/rhgm.pdf>
- Sánchez y reyes 2006.
- Smeltzer s. & bare b. (2005).comell el all Enfermería medico quirúrgica. México. Editorial: mac graw-hill interamericana.
- UNICEF. (2013). Desnutricion InfantilL. España: UNICEF España. 80
- Winocur (2016). Colombia. “prevalencia de anemia ferropénica en niños preescolares y escolares con necesidades básicas insatisfechas”
- Valencia, P. (2014). Estado Nutricional de la población menor de 5 años adscrita al puesto de salud Aynaca en el 2013. Lima.
- Zavaleta, s. (2013). Tesis “conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio cred, en el p.s. Cono norte1er trimestre 2012”, tacna – Perú.
- Zurita (2015). Bolivia. “lactancia materna, alimentación con Zurita (2015). Bolivia. “lactancia materna, alimentación complementaria y factores asociados a su práctica, en niños menores de 2 años”

Anexos

Validez del instrumento alimentación complementaria

En cuanto al cuestionario utilizado para medir la alimentación complementaria, se procedió a confirmar su validez mediante el empleo del método de Juicio de Expertos, para lo cual se contó con la participación de tres especialistas en el tema, tanto respecto a la temática de la investigación como en cuanto a la construcción de las preguntas que conforman el cuestionario. De esta manera, los siguientes especialistas actuaron como jueces expertos que, luego de la revisión del instrumento, establecieron las valoraciones correspondientes a los ítems sobre alimentación complementaria: Ramiro Enríquez Mendoza, enfermero neonatólogo, CEP 34279; Gaby Guzmán Peña, licenciada en enfermería, CEP 24948; y Rosa Miranda Palomino, licenciada en enfermería, CEP 41588 . Estos tres profesionales laboran en el Hospital de la Maternidad.

Grado de concordancia entre los jueces según los criterios de constructo (C) y gramática (G)

ITEMS	J1		J2		J3		P.VALOR
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1			1		1		0.2734375
2	1		1		1		0.2734375
3	1		1		1		0.2734375
4	1		1		1		0.2734375
5	1		1		1		0.2734375
6	1		1		1		0.2734375
7	1		1		1		0.2734375

De acuerdo a las valoraciones otorgadas por los jueces expertos nombrados, según los criterios de evaluación de Constructo y Gramática, se elaboró una tabla de grado de concordancia para los ítems del cuestionario que mide alimentación complementaria, considerándose el valor 1 como respuesta positiva y el valor 0 como respuesta negativa. El resultado es el siguiente:

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

Donde:

Ta = N° total de acuerdos
Td = N° total de desacuerdos
b = Grado concordancia

Reemplazando por los valores obtenidos:

$$b = \frac{90}{90 + 0} \times 100$$

$$b = 100\%$$

De esta manera, el resultado indica que existe un alto grado de concordancia, pues los tres jueces expertos coincidieron en sus valores en cada uno de los quince ítems que conforman el cuestionario. Este porcentaje es corroborado con el p-valor alcanzado en cada ítem de la escala. Se afirma que si p-valor < 0.05, el grado de concordancia es significativo. Por consiguiente, los ítems del instrumento son válidos, según el grado de concordancia y los p-valores estimados.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN			MÉTODO	
			VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES		
<p>Problema general:</p> <p>¿Qué relación existe entre alimentación complementaria y presencia de anemia ferropénica en niños de 6 meses a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>1.- ¿Qué relación existe entre</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación que existe entre alimentación complementaria y la anemia ferropénica en niños de 6 meses a 12 meses que acuden al Centro de Salud de Santa Ana, Huancavelica, 2018</p> <p>Objetivos específicos:</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Existe relación significativa entre alimentación complementaria y la presencia de anemia ferropénica en niños de 6 meses a 12 meses que acuden al Centro de Salud de Santa Ana, Huancavelica, 2018.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>1.-Existe relación</p>	<p>V.I.</p> <p>ALIMENTACION</p> <p>COMPLEMENTARIA</p>	<p>INICIO</p>	<p>CANTIDAD</p>	<p>CONTENIDO</p> <p>O</p> <p>NUTRICIONAL</p>	<p>Método de investigación : inductivo</p> <p>Diseño de investigación : no experimental transaccional</p> <p>Tipo de investigación : básica</p> <p>Nivel de investigación : descriptivo</p> <p>Población: Está constituida por niños de 6 meses a 12 meses que acuden al centro de salud santa Ana hacen un total de 85.</p>
				<p>✓ Láctica</p> <p>✓ transición</p> <p>✓ Modificada de adulto</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Niños de 6-8 meses. ○ Niños de 9-11 meses.. ○ Niños de 12 meses. 	<p>✓ alimentos que contengan hierro</p>	

<p>alimentación complementaria dimensión inicio presencia de anemia ferropénica en niños de 6 meses a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018?</p> <p>2.-¿Qué relación existe entre alimentación complementaria dimensión cantidad presencia de anemia ferropénica en niños de 6 meses a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018?</p> <p>2.-Identificar la relación existe entre alimentación complementaria dimensión cantidad presencia de anemia ferropénica en niños de 6 meses a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018</p> <p>2.-Existencia de relación significativa entre alimentación complementaria dimensión cantidad presencia de anemia ferropénica en niños de 6 meses a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018</p>	<p>1.-Identificar la relación existe entre alimentación complementaria dimensión inicio presencia de anemia ferropénica en niños de 6 meses a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018</p> <p>2.-Identificar la relación existe entre alimentación complementaria dimensión cantidad presencia de anemia ferropénica en niños de 6 meses a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018</p>	<p>significativa entre alimentación complementaria dimensión inicio presencia de anemia ferropénica en niños de 6 meses a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018</p> <p>2.-Existencia de relación significativa entre alimentación complementaria dimensión cantidad presencia de anemia ferropénica en niños de 6 meses a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018</p>			<p>✓ uso suplemento de vitaminas y minerales</p> <p>✓ vitaminas A</p>	<p>Muestra: n = 60 niños menores</p> <p>Instrumento (s): Para la variable alimentación complementaria se utilizará la técnica de la encuesta en la cual se aplicará cuestionario. Para la variable presencia de anemia ferropénica la técnica de observación en el cual utilizare una ficha de recolección de datos.</p>
			<p>V.II. PRESENCIA DE ANEMIA FERROPENICA</p>	<p>Anemia ferropénica leve</p>	<p>✓ hemoglobina mayor de 10 g/dl y un índice de hematocrito de 33 – 27%.</p>	
			<p>Anemia ferropénica moderada</p>	<p>✓ hemoglobina entre 8-10 g/dl y un índice de hematocrito de 26 – 21%.</p>		

<p>Ana, Huancavelica, 2018? 3.-¿Qué relación existe entre alimentación complementaria dimensión contenido nutricional presencia de anemia ferropénica en niños de 6 meses a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018?</p>	<p>12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018 4.-Identificar la relación existe entre alimentación complementaria dimensión contenido nutricional presencia de anemia ferropénica en niños de 6 meses a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018</p>	<p>12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018 3.-Existe relación significativa entre alimentación complementaria dimensión contenido nutricional presencia de anemia ferropénica en niños de 6 meses a 12 meses, centro de salud Santa Ana, Huancavelica, 2018</p>		<p>Anemia ferropénica grave</p>	<p>✓ hemoglobina menor de 8 g/dl y un índice de hematocrito menor a 20%.</p>	
--	--	---	--	--	--	--

CUESTIONARIO PARA MEDIR ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

I. PRESENTACIÓN:

Egresada de la facultad de enfermería y estoy realizando un estudio sobre el nivel de la alimentación complementaria y la relación de la anemia ferropénica de sus niños de 6 meses a 12 meses. Este cuestionario es totalmente confidencial y no le tomará más de 10 minutos de su tiempo en contestar.

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

Caracterización de la muestra de estudio

- edad:

- grado de instrucción de la madre:

.....

- ocupación:

.....

- sexo: masculino () femenino () - n° de hijo (a):

.....

- edad:

.....

- fecha de nacimiento:

.....

- lugar donde vive:

.....
- cuantos hijos tiene:

.....

I.- ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

A) Dimensión Inicio

1.- ¿a qué edad le empezó a dar alimento, aparte de la leche materna?

A. 4 m o menos.

B. 5 m.

C. 6 m.

D. 7 m a más..

B) Dimensión Cantidad

2.- ¿qué cantidad al día se debe de brindar los alimentos al niño según su edad?

De 6 a 9 meses:

A) 2 v+ lactancia materna

B) 4 v+ lactancia materna

C) 7 v+ lactancia materna

D) 1 v+ lactancia materna

3.-de 9 y 12 meses:

A) 3 v+ lactancia materna

B) 5 v+ lactancia materna

C) 7 v+ lactancia materna

D) 2 v+ lactancia materna

4.-de 12 a 24 meses

- A) 3 v+ 1 refrigerio
- B) 2 v+ lactancia materna
- C) 7 v+ lactancia materna
- D) 3 v+ 2 refrigerios+ lm

C) Dimensión Contenido Nutricional

5.- ¿qué alimentos le da a su niño según su edad?

De 6 a 9 meses:

- A) dulce + verdura + fruta + lactancia materna
- B) cereal+ verdura + fruta+ lactancia materna
- C) verdura+ lactancia materna
- D) dulce + lactancia materna

6.-de 9 y 11meses:

- A) cereal + fruta + lactancia materna
- B) cereal + dulce+ lactancia materna
- C) carne + fruta + cereal + verduras + lactancia materna
- D) frutas + cereal+ lactancia materna

7.-de 12 meses:

- A) carne + verduras +dulces + lactancia materna
- B) verduras + fruta+ lactancia materna
- C) dulces + cereal + lactancia materna
- D) verdura + frutas +dulces

II. PRESENCIA DE ANEMIA FERROPÉNICA

Ficha de recolección de datos 2018 del “centro de salud Santa Ana Huancavelica”					
N°	N° de historia clínica	Sexo	Edad(m)	Peso (cm)	Hemoglobina hb(mg-dl)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					

57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					

Nro_HC	Dx_anemia	Niv_anemia	INI_1	CANT_4.1	CANT_4.2	CANT_4.3	NUTR_5.1	NUTR_5.2	NUTR_5.3
36801	L	2	1	1	0	0	1	0	1
#iNULO!	L	2	1	1	0	1	1	0	1
#iNULO!	L	2	1	1	1	0	1	0	0
46712	M	3	1	1	0	0	0	0	0
15161	M	3	1	1	0	0	1	1	0
#iNULO!	L	2	1	1	1	1	1	0	1
36710	M	3	1	1	1	0	1	0	0
#iNULO!	M	3	1	1	0	0	0	0	0
11073	M	3	0	1	0	0	0	0	1
10215	L	2	1	0	1	1	1	0	1
#iNULO!	SA	1	1	0	1	0	1	1	0
#iNULO!	SA	1	1	1	0	0	1	1	1
#iNULO!	L	2	1	1	0	0	0	0	1
#iNULO!	L	2	1	1	0	0	1	0	1
#iNULO!	SA	1	1	1	0	0	1	0	1
#iNULO!	SA	1	1	1	0	0	1	1	1
27117	SA	1	1	1	0	0	0	0	0
21712	M	3	1	1	1	1	1	1	0
#iNULO!	SA	1	1	0	0	1	1	0	0
#iNULO!	SA	1	1	1	0	1	0	0	0
#iNULO!	SA	1	1	0	1	1	1	0	0
11461	M	3	1	1	1	0	0	0	1
#iNULO!	L	2	1	1	1	1	1	0	0
#iNULO!	M	3	1	0	1	1	1	1	1
10142	SA	1	1	0	1	1	1	0	1
#iNULO!	L	2	1	0	1	1	1	1	0
#iNULO!	L	2	1	0	0	1	1	0	1
25634	SA	1	1	0	1	1	1	1	1
#iNULO!	SA	1	0	0	1	1	1	1	1
24631	SA	1	1	0	1	1	1	1	1
#iNULO!	SA	1	1	0	1	1	1	1	1
32143	M	3	1	0	0	1	0	0	1
19467	M	3	1	0	0	1	1	0	1
#iNULO!	SA	1	1	0	1	1	1	0	1
#iNULO!	L	2	1	0	0	1	1	0	1
#iNULO!	M	3	1	0	0	0	1	0	1
#iNULO!	SA	1	1	0	1	1	1	0	1
#iNULO!	SA	1	1	0	0	1	1	0	1
#iNULO!	L	2	1	0	0	1	1	0	1
#iNULO!	L	2	1	0	0	1	1	1	1
#iNULO!	L	2	1	0	1	1	0	1	1
#iNULO!	SA	1	1	0	1	1	1	1	1
#iNULO!	SA	1	1	0	0	1	0	1	1
#iNULO!	SA	1	1	0	0	1	0	1	1
#iNULO!	SA	1	1	0	0	1	1	0	1

36718	M		3	1	1	1	0	1	0	0
46771	L		2	1	1	0	0	0	0	1
41207	M		3	1	1	1	1	1	0	1
23108	M		3	1	0	1	1	1	1	1
21642	SA		1	1	0	1	1	1	1	1
10211	L		2	1	0	1	1	1	1	1
20718	SA		1	1	0	0	1	1	1	1
#¡NULO!	M		3	1	1	0	0	0	0	0
36718	M		3	1	1	1	0	1	0	0
32143	M		3	1	0	0	1	0	0	1
36710	M		3	1	1	1	0	1	0	0
#¡NULO!	M		3	1	1	0	0	0	0	0
11073	M		3	0	1	0	0	0	0	1
#¡NULO!	M		3	1	0	0	0	1	0	1
46712	M		3	1	1	0	0	0	0	0
15161	M		3	1	1	0	0	1	1	0

Nro_HC	INI_TOT	CANT_TOT	NUTR_TOT	AL_COMP_TOT	INI_NIV	CANT_NIV	NUTR_NIV	AL_COMP_NIV
36801	1	1	2	8	1	1	2	1
#¡NULO!	0	2	2	9	0	1	2	1
#¡NULO!	1	2	1	8	1	2	1	1
46712	0	1	0	5	0	1	1	1
15161	1	1	2	7	1	1	2	1
#¡NULO!	0	3	2	9	0	2	2	1
36710	1	2	1	5	1	1	1	1
#¡NULO!	0	1	0	3	0	1	1	1
11073	0	1	1	4	0	1	1	1
10215	1	2	2	8	1	2	2	1
#¡NULO!	1	1	2	10	1	2	2	2
#¡NULO!	1	1	3	11	1	2	2	2
#¡NULO!	0	1	1	8	0	1	1	1
#¡NULO!	0	1	2	9	0	1	2	1
#¡NULO!	1	1	2	10	1	1	2	2
#¡NULO!	1	1	3	10	1	1	2	2
27117	0	1	0	9	0	1	1	1
21712	1	3	2	11	1	1	2	2
#¡NULO!	1	1	1	10	1	1	1	2
#¡NULO!	1	2	0	10	1	2	1	2
#¡NULO!	0	2	1	10	0	2	1	2
11461	0	2	1	10	0	1	1	2
#¡NULO!	1	3	1	8	1	1	1	1
#¡NULO!	0	2	3	7	0	2	2	1
10142	1	2	2	11	1	2	2	2
#¡NULO!	1	2	2	8	1	2	2	1
#¡NULO!	0	1	2	8	0	1	2	1
25634	1	2	3	10	1	2	2	2

#iNULO!	0	2	3	10	0	1	2	2
24631	1	2	3	11	1	1	2	2
#iNULO!	1	2	3	11	1	2	2	2
32143	0	1	1	7	0	1	1	1
19467	0	1	2	8	0	1	2	1
#iNULO!	1	2	2	10	1	2	2	2
#iNULO!	0	1	2	9	0	1	2	1
#iNULO!	0	0	2	7	0	1	2	1
#iNULO!	1	2	2	10	1	2	2	2
#iNULO!	1	1	2	10	1	2	2	2
#iNULO!	1	1	2	9	1	1	2	1
#iNULO!	0	1	3	9	0	1	2	1
#iNULO!	1	2	2	8	1	2	2	1
#iNULO!	1	2	3	11	1	1	2	2
#iNULO!	1	1	2	10	1	2	2	2
#iNULO!	1	1	2	10	1	2	2	2
36718	1	2	1	8	1	1	1	1
46771	0	1	1	6	0	1	1	1
41207	1	3	2	10	1	2	2	2
23108	0	2	3	13	0	1	2	2
21642	1	2	3	12	1	2	2	2
10211	0	2	3	12	0	2	2	2
20718	1	1	3	8	1	1	2	1
#iNULO!	0	1	0	3	0	1	1	1
36718	0	2	1	8	0	2	1	1
32143	0	1	1	7	0	1	1	1
36710	0	2	1	5	0	2	1	1
#iNULO!	1	1	0	3	1	1	1	1
11073	0	1	1	4	0	1	1	1
#iNULO!	1	0	2	7	1	1	2	1
46712	0	1	0	5	0	1	1	1
15161	0	1	2	7	0	1	2	1

CARTA DE CONSENTIMIENTO

A : Dra. SONIA VELA GONZALES
Decana(o) facultad de la enfermería UIGV

DE : Jovana Paco Rodriguez

ASUNTO : CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA EJECUTAR EL PROYECTO DE INVESTIGACION

FECHA : Huancavelica 17 de mayo del 2018

Mediante el presente le saludo a usted y la vez hago llegar la información en lo que respecta al proyecto de investigación denominado "ALIMENTACION COMPLEMENTARIA Y PRESENCIA DE ANEMIA FERROPENICA EN NIÑOS DE 6 MESES A 12 MESES , CENTRO DE SALU SANTA ANA , HUACAVELICA, 2018" por la bachiller EDITH KENYA PAITAN CCORA , de La Facultad De Enfermería De La Universidad Inca Garcilaso De La Vega , en donde se da la opinión FAVORABLE para utilización de nuestro campo clínico y la culminación del mismo dejara copia de la investigación que redundara en la mejora de la calidad de vida de nuestra población objetivo.

Atentamente



Jovana Paco Rodriguez
Lic. ENFERMERIA
C.E.P. 39285



UNIVERSIDAD "INCA GARCILASO DE LA VEGA"
FACULTAD DE ENFERMERIA

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

Ramiro Enriquez Mendoza

1.2 Cargo e institución donde labora:

Hospital de Su Gratuidad

1.3 Nombre del instrumento a evaluar:

"ALIMENTACION COMPLEMENTARIA Y PRESENCIA DE ANEMIA

FERROPENICA EN NIÑOS DE 6 MESES A 12 MESES, CENTRO DE SALUD

SANTA ANA, HUANCAVELICA 2018"

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check (✓) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMÁTICA.

El criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el ítem corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir; mientras que el criterio de GRAMÁTICA se refiere a si el ítem está bien redactado gramaticalmente, es decir, si tiene sentido lógico y no se presta a ambigüedad.

Le agradeceremos se sirva observar o dar sugerencia de cambio de alguno de los ítems.

N° DE ÍTEM	CONSTRUCTO		GRAMÁTICA		OBSERVACIONES
	SÍ	NO	SÍ	NO	
ÍTEM 1	✓				
ÍTEM 2	✓				
ÍTEM 3					
ÍTEM 4	✓				
ÍTEM 5	✓				
ÍTEM 6	✓				
ÍTEM 7	✓				
ÍTEM 8					
ÍTEM 9					
ÍTEM 10					
ÍTEM 11					
ÍTEM 12					
ÍTEM 13					
ÍTEM 14					
ÍTEM 15					

Aportes y sugerencias:

Bueno.

Lima, 25 de *Junio* del 2018.

ReD
 Lic. RAMIRO ENRIQUEZ MENDOZA
 ENFERMERO NEONATOLOGO
 CEP. 34279 REE. 12245

Firma del informante

DNI N° *23778955*

Telf.:



UNIVERSIDAD "INCA GARCILASO DE LA VEGA"
FACULTAD DE ENFERMERIA

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

Gaby Guzman Pena

1.2 Cargo e institución donde labora:

Hospital de la Maternidad

1.3 Nombre del instrumento a evaluar:

"ALIMENTACION COMPLEMENTARIA Y PRESENCIA DE ANEMIA

FERROPENICA EN NIÑOS DE 6 MESES A 12 MESES, CENTRO DE SALUD

SANTA ANA, HUANCAMELICA 2018"

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check (✓) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMÁTICA.

El criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el ítem corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir; mientras que el criterio de GRAMÁTICA se refiere a si el ítem está bien redactado gramaticalmente, es decir, si tiene sentido lógico y no se presta a ambigüedad.

Le agradeceremos se sirva observar o dar sugerencia de cambio de alguno de los ítems.

N° DE ÍTEM	CONSTRUCTO		GRAMÁTICA		OBSERVACIONES
	SÍ	NO	SÍ	NO	
ÍTEM 1	X				
ÍTEM 2	X				
ÍTEM 3	X				
ÍTEM 4	X				
ÍTEM 5	X				
ÍTEM 6	X				
ÍTEM 7	X				
ÍTEM 8					
ÍTEM 9					
ÍTEM 10					
ÍTEM 11					
ÍTEM 12					
ÍTEM 13					
ÍTEM 14					
ÍTEM 15					

Aportes y sugerencias:

El cuestionario contiene las preguntas básicas bien formuladas.

.....

.....

Lima, de del 2018.



Galo Guzmán Peña
LIC EN ENFERMERÍA
CEP 24948

Firma del informante

DNI N° 21512134

Telf.:



UNIVERSIDAD "INCA GARCILASO DE LA VEGA"
FACULTAD DE ENFERMERIA

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

Fosa Miranda Palomino

1.2 Cargo e institución donde labora:

Hospital de la Maternidad

1.3 Nombre del instrumento a evaluar:

"ALIMENTACION COMPLEMENTARIA Y PRESENCIA DE ANEMIA
FERROPENICA EN NIÑOS DE 6 MESES A 12 MESES, CENTRO DE SALUD
SANTA ANA, HUANCVELICA 2018"

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check (✓) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMÁTICA.

El criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el ítem corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir; mientras que el criterio de GRAMÁTICA se refiere a si el ítem está bien redactado gramaticalmente, es decir, si tiene sentido lógico y no se presta a ambigüedad.

Le agradeceremos se sirva observar o dar sugerencia de cambio de alguno de los ítems.

N° DE ÍTEM	CONSTRUCTO		GRAMÁTICA		OBSERVACIONES
	SÍ	NO	SÍ	NO	
ÍTEM 1	X				
ÍTEM 2	X				
ÍTEM 3	X				
ÍTEM 4	X				
ÍTEM 5	X				
ÍTEM 6	X				
ÍTEM 7	X				
ÍTEM 8					
ÍTEM 9					
ÍTEM 10					
ÍTEM 11					
ÍTEM 12					
ÍTEM 13					
ÍTEM 14					
ÍTEM 15					

Aportes y sugerencias:

*Se sugiere agregar preguntas a la encuesta a fin de recabar
 mayor información de la persona encuestada.*



Lic. Rosa A. Miranda Palomino
 ENFERMERA
 CEP. 41588

Lima, 25 de Junio del 2018.

Firma del informante

DNI N° 10677013

Tel.: