

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

EP de Enfermería



Una Institución Adventista

Tesis

Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau”, Lima, 2014

Presentada para optar el título académico de Licenciada en Enfermería

Autor

Mery Eulalia Hancoccallo Pacco

Asesor

Mg. Esther Valencia Orrillo

Lima, Perú

2015

Dedicatoria

Dedico este trabajo primeramente a Dios, quien siempre está presente en cada momento de mi vida, a mis profesores quienes me guiaron en la realización de este trabajo. También se lo dedico a mis padres y hermanos que con su apoyo moral me alentaron a seguir adelante, a mis amigos y a todos aquellos que me brindaron su apoyo necesario para concluir con éxito este trabajo de investigación.

Agradecimientos

En primer lugar a Dios por la vida y las oportunidades que me dio para superarme, y por el raciocinio y el entendimiento, que me sirvió para realizar este trabajo de investigación.

A mis padres y hermanas por creer y confiar siempre en mí, apoyándome en todas las decisiones que he tomado en la vida.

A mis profesoras, en especial a la Mg. Esther Valencia, quien en el trayecto me estuvo encaminando, aconsejando y por compartir desinteresadamente sus amplios conocimientos y experiencia.

Al Mg. Ángelo Huapaya por el gran apoyo incondicional en el análisis estadístico, ya que sin su apoyo y aporte no se hubiera podido acabar el tratamiento estadístico para este trabajo de investigación.

A mis compañeros y compañeras de trabajo por el apoyo y motivación que de ellos he recibido.

A todas las madres con hijos menores de 5 años que acuden al centro de salud Miguel Grau, por su participación.

Tabla de Contenido

Resumen.....	vii
Tabla de Contenido.....	xi
Capítulo I.....	1
Problema.....	1
1. Planteamiento del Problema	1
2. Formulación del Problema.....	5
3. Justificación.....	5
4. Objetivos de la Investigación	7
4.1. Objetivo General.....	7
4.2. Objetivos Específicos	7
Capítulo II.....	8
Marco Teórico.....	8
1. Antecedentes.....	8
2. Marco Bíblico-Filosófico	13
La causa de muchas enfermedades.....	14
3. Marco Conceptual.....	15
3.2. Conocimiento.....	26
3.3. Actitudes.....	29

3.4. Prácticas.....	33
3.5. Marco Teórico referente a la población de estudio	35
4. Modelos Teóricos	38
Capítulo III.....	43
Materiales y Métodos.....	43
1. Método de la Investigación.....	43
2. Tipo de Investigación	43
3. Variables de la Investigación	44
4. Descripción del área geográfica de estudio	49
5. Población y Muestra	49
6. Técnica e instrumento de recolección de datos	52
7. Proceso de recolección de datos	52
8. Procesamiento y análisis de datos	53
Capítulo IV.....	55
Resultados y Discusión	55
1. Resultados.....	55
2. Discusión.....	58
Capítulo V.....	62
Conclusiones y Recomendaciones.....	62
1. Conclusiones.....	62

2. Limitaciones	63
La limitación derivada del estudio está dada porque:.....	63
3. Recomendaciones.....	63
Anexos:	67

Resumen

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo “Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de anemia en niños menores de 5 años de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau”, Lima, 2014. Método Cuantitativo de tipo: descriptivo, exploratorio, no experimental, de corte transversal. La técnica fue la Encuesta y el instrumento el Cuestionario, en un Centro de Salud con una Muestra Aleatoria Probabilística formada por 97 ampliada a criterio del investigador a 100. Todas madres con hijos menores de 5 años. Resultados: Conocimientos, Actitudes y Prácticas. Los resultados evidencian que las madres pueden tener conocimientos de anemia ferropénica, mantienen una actitud buena y excelente, sin embargo, permanecen con sus prácticas riesgosas. Todas ellas acuden al Centro de Salud “Miguel Grau”. Conclusión: Las madres del Centro de Salud Miguel Grau tienen un nivel de conocimientos bueno a excelente, tienen actitudes excelentes, sin embargo realizan prácticas riesgosas. El presente trabajo de investigación se enmarcó dentro de un contexto nacional sobre prevención de anemia ferropénica alarmante por los altos índices de conductas de riesgo como bien se informan en la actualidad a través de los medios de comunicación (Perú 21, del 14 de diciembre de 2014), lo cual ameritó levantar un estudio exploratorio en un centro de salud en donde se espera obtener una descripción panorámica sobre prevención de anemia ferropénica, llegando a la conclusión que, no solo los conocimientos sobre anemia ferropénica asegura un buen comportamiento. El cambio de actitudes y prácticas son la pieza clave para lograr cambios significativos para prevenir la anemia ferropénica en las madres con hijos.

Por eso, es necesario que la Enfermería fortalezca las acciones educativas acerca de la prevención y consecuencias de la anemia ferropénica a través del diseño de un programa de

promoción y prevención, orientando a las madres que asisten a las consultas y a la comunidad en general. Asimismo, enfatizar el seguimiento de las madres de niños con riesgo a anemia a través de las visitas domiciliarias, para la prevención de la anemia ferropénica debido a que no existen antecedentes al respecto, con el fin de poder disminuirla en nuestro país.

Palabra clave: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de anemia ferropénica.

Abstract

The present research study aimed to determine the level of knowledge, attitudes and practices on prevention of anemia in children under 5 years of mothers who come to the Centre of health "Miguel Grau", Lima, 2014. Quantitative method of type: descriptive, exploratory, non-experimental, cross-cut. The technique was the survey and the instrument was the questionnaire in a health centre with a random probabilistic sample comprised 97 extended by the discretion of the investigator to 100. All mothers with children under 5 years.

Results: Knowledge, attitudes and practices. The results show that mothers may have knowledge of iron-deficiency anaemia, they maintain a good and excellent attitude, however, they remain with their risky practices.

This research work is framed within a national context on prevention of iron-deficiency anaemia by the high rates of risk behaviour as well they are informed through the media currently (Peru 21, December 14, 2014), which warranted to raise an exploratory study in a health center where it is expected to get a panoramic description on prevention of iron-deficiency anaemia, coming to the conclusion that not only knowledge about iron deficiency anemia ensures a good behavior. The change of attitudes and practices is the linchpin to make significant changes to prevent the iron deficiency anemia in mothers with children. For this reason, it is necessary that nursing strengthen educative actions about prevention and consequences of iron deficiency anemia through the design of a programme of promotion and prevention, focusing on mothers who attend the consultations and the community in general.

Also emphasize monitoring of mothers of children with anemia risk through home visits, for the prevention of iron deficiency anemia because there are not background on this, in order to be able to decrease it in our country.

Keyword: knowledge, attitudes and practices on prevention of anemia.

Tabla de Contenido

Tabla 1	Pág.
Datos generales de las madres del Centro de Salud Miguel Grau que participaron en el estudio, 2014.....	50
Tabla 2	
Nivel de Conocimiento de las madres sobre prevención de anemia en niños menores de 5 años del Centro de Salud Miguel Grau, 2014.....	55
Tabla 3	
Nivel de Actitud de las madres sobre prevención de anemia en niños menores de 5 años del Centro de Salud Miguel Grau, 2014.....	56
Tabla 4	
Nivel de Prácticas de las madres sobre prevención de anemia en niños menores de 5 años del Centro de Salud Miguel Grau, 2014.....	56-57

Capítulo I

Problema

1. Planteamiento del Problema

La anemia por deficiencia de hierro es uno de los desórdenes nutricionales prevalentes en el mundo, especialmente en niños menores de 5 años, tanto en los países desarrollados como en los países subdesarrollados.

Según la OMS (2005), la anemia afectó a 1620 millones de personas en el mundo, lo que equivale al 24,8% de la población mundial. El grupo más afectado por la anemia son los niños en edad preescolar, llegando a un 47,4%, seguido del grupo de mujeres gestantes con el 41,8%. La prevalencia a nivel mundial de la anemia en otros grupos de población es del 25,4% en los niños en edad escolar, el 23,9% entre los ancianos, el 30,2% entre las mujeres no gestantes y el 12,7% entre los varones en edad adulta.

Según la OMS (2005), a nivel mundial, más de 2000 millones de personas padecen anemia, más de la mitad de estos casos corresponden a anemia por deficiencia de hierro, una afección que se puede prevenir y tratar.

Las agencias internacionales, afirman que la anemia por carencia de hierro es el desorden nutricional más común en el mundo y afecta a más de 1000 millones de personas.

En 1997 el Estado peruano creó el Programa Nacional de Prevención de Deficiencias de Micronutrientes (PREDEMI) para enfrentar esta problemática, basado en la experiencia del control de la deficiencia de yodo, cuyo plan de acción comprende estrategias de suplementación, fortificación de alimentos, mejoramientos de la dieta, con acciones de soporte en capacitación y vigilancia epidemiológica (PREDEMI, 1999).

En MAIS (2009), dirigido a un grupo etéreo menor de 9 años, hace referencia a ciertos procedimientos que se deben realizar para la prevención de la anemia, siendo uno de ellos la entrevista, que se debe de llevar a cabo con la madre con el fin de aconsejar en cómo utilizar los productos alimenticios fuentes de hierro. Otro procedimiento es la suplementación con sulfato ferroso, que se administrará según el grupo objetivo; y por último, la detección, diagnóstico y tratamiento de la anemia y la parasitosis. Se realizará 1 vez por año a partir de los 6 meses de edad para el descarte de anemia y a partir de los 12 meses para el descarte de parasitosis.

En este contexto y en el marco del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2002-2019, y del Plan Nacional Concertado de Salud 2007- 2020, el Gobierno peruano ha planteado como compromiso nacional reducir la anemia por deficiencia de hierro en niños menores de 5 años. En particular, propone la estrategia de suplementación con multimicronutrientes, dirigido a niñas y niños de entre 6 y 35 meses de edad, inicialmente en etapa piloto en los departamentos de Apurímac, Ayacucho y

Huancavelica, atendiendo de esta forma a 110 000 niños; y, a partir de 2011, llegar a 13 nuevas regiones (Cusco, Puno, Pasco, Ucayali, Junín, Arequipa, Moquegua, Huánuco, Amazonas, Áncash, Loreto, Cajamarca, y Lima Región) y a dos distritos de Lima y Callao (Villa María del Triunfo y Ventanilla, respectivamente). Este es un esfuerzo conjunto del Estado peruano, del Programa Mundial de Alimentos (PMA) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) desde el año 2010, cuyo fin es mejorar la ingesta de micronutrientes en la población infantil y combatir la anemia (Lorena, 2012).

En el Perú, la prevalencia de anemia en niños menores de cinco años en el área urbana afectó al 52.3% de los niños, en el área rural al 58.1% y, a nivel nacional, afectó al 47.2% de la población de 6 a 35 meses de edad (2009). En comparación, el año 2008 la cifra entre los niños de 6 a 35 meses con anemia disminuyó en 10.6 puntos porcentuales, sin embargo, este problema afecta a casi la mitad de la población en esta edad. Otro dato importante es que solo el 14.4% de niños de 6 a 35 meses de las áreas urbanas cubren sus recomendaciones nutricionales de hierro y el 10.9% de niños lo hacen en el área rural, lo que indicaría que sin importar el área de residencia, la anemia afecta por igual a los niños en este grupo de edad (ENDES, 2009).

En muchas regiones del Perú, las personas están expuestas a presentar deficiencia de hierro debido a sus hábitos y costumbres alimentarias, pues básicamente consumen alimentos tales como: arroz, frejol, maíz, raíces o tubérculos, los cuales son escasos en hierro (Dallman, 1990).

La OMS (2011), en el Perú aproximadamente 573 000 niños y niñas menores de 5 años tienen desnutrición crónica, representando el 19.5% de los niños de este grupo de edad; y aproximadamente 734 000 niños y niñas menores de tres años tienen anemia, representando el 41.6% de este grupo de edad.

La madre, como principal responsable del niño, cumple un rol predominante en su cuidado y, por consecuencia, en la prevención de la anemia de acuerdo a los conocimientos que tiene de la enfermedad (entendiéndose como conocimiento a toda información que posee el individuo por medio de una educación formal o informal), los cuales muchas veces pudieron ser adquiridos por creencias, costumbres y prácticas (entendiéndose a la práctica como el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través del impacto, de la observación o expresada a través del lenguaje). Es característico que las madres brinden pocos alimentos con carnes, vísceras y una mayor cantidad de alimentos de origen vegetal, cuyo hierro es absorbido en forma limitada, por estar condicionada a interacciones con sustancias inhibitoras o facilitadoras de su absorción. La aparición de deficiencia de hierro puede ser el resultado de un solo factor o de la combinación de varios (Gonzales, 2002).

Estos datos señalan que es necesario un seguimiento para ver el conocimiento, actitudes y prácticas para la prevención de la anemia por parte de las madres.

La localidad de Miguel Grau, centro poblado del distrito de Chaclacayo, en donde se han reportado 171 casos de anemia por deficiencia de hierro en niños menores de 5 años en los meses de enero a marzo del 2013 en la oficina estadística de la DISA Lima-Este, ocupando el tercer lugar de causas de morbilidad (DISA, 2013).

En el Centro de Salud de “Miguel Grau”, según el reporte de enfermería, se identificó que la mayoría de las madres no consumían adecuadas fuentes de hierro, su alimentación frecuentemente estaba basada en alimentos ricos en carbohidratos como: arroz, papa, avena y pan; era pobre en lácteos, las proteínas animales son consumidas de vez en cuando y las fuentes vegetales una vez a la semana. Con mayor frecuencia consumían alimentos con elevado contenido de grasas saturadas como las golosinas.

2. Formulación del Problema

2.1. Problema General

¿Cuál es el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años en las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau”, Lima, 2014?

2.2. Problemas Específicos

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau”, Lima, 2014?

¿Cuál es el nivel de las actitudes que tienen las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau”, Lima, 2014 sobre la prevención de anemia ferropénica en los niños menores de 5 años?

¿Cuál es el nivel de prácticas que tienen las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau”, Lima, 2014 sobre la prevención de anemia ferropénica en los niños menores de 5 años?

3. Justificación

El presente estudio se justifica por los siguientes considerandos:

3.1. Aporte teórico

El presente trabajo tiene un gran aporte teórico, ya que podrá brindar información respecto a la prevención de la anemia por deficiencia de hierro, lo cual servirá como fuente de referencia para estudios posteriores.

3.2. Aporte práctico y social

El estudio tiene relevancia práctica, porque aporta información para aplicar medidas de prevención, promoción y conocimiento de la anemia mediante cuestionario con preguntas cerradas. El estudio tendrá incidencia de morbilidad de anemia en niños menores de 5 años. Tiene gran aporte práctico porque los resultados permitirán plantear planes de mejora para optimizar el conocimiento, actitudes y prácticas en madres sobre prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años. El estudio permite observar que los resultados ayudarán a incrementar los conocimientos y fortalecer las prácticas adecuadas, así como una educación en salud por parte del personal de enfermería.

3.3. Aporte metodológico

Para realizar se implementó instrumentos de medición de las variables en estudio, es decir, se puso a disposición de la comunidad dicho instrumento, conocimientos, actitudes y prácticas en las madres de niños menores de 5 años, que pueden servir como base para futuros investigadores en otras poblaciones en el mismo contexto con adaptaciones correspondientes.

4. Objetivos de la Investigación

4.1. Objetivo General

Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención de anemia ferropénica en los niños menores de 5 años, de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau”, Lima, 2014.

4.2. Objetivos Específicos

- ✓ Identificar el nivel de conocimiento sobre la prevención de anemia ferropénica en los niños menores de 5 años, de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau”, Lima, 2014.
- ✓ Identificar el nivel de las actitudes sobre la prevención de anemia ferropénica en los niños menores de 5 años, de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau”, Lima, 2014.
- ✓ Identificar el nivel de prácticas sobre la prevención de anemia ferropénica en los niños menores de 5 años, de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” Lima, 2014.

Capítulo II

Marco Teórico

1. Antecedentes

En el ámbito internacional

Bolaños (2009), realizó la investigación titulada “Factores de riesgo asociados a la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 24 a 59 meses de edad atendidos en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, enero a diciembre del 2009. El objetivo del presente estudio fue valorar los factores de riesgo que se asocian a la prevalencia de anemia ferropénica en un grupo de niños (1892) que ingresaron a la sala de hospitalización pediátrica en edades de dos a cinco años en el periodo correspondiente de enero a diciembre. Sus objetivos específicos fueron determinar la influencia de los factores biológicos en la aparición de anemia en los niños, describir los factores higiénicos sanitarios que contribuyen en la génesis de anemia, determinar los factores sociodemográficos de los padres o tutores y de los niños en estudio, y conocer las patologías asociadas a la anemia. El tipo de investigación es de tipo analítico, caso control, retrospectivo. Se seleccionaron 110 casos (niños anémicos) y 220 controles (no anémicos).

Los datos se recolectaron a través de revisión de expedientes, cuyo instrumento consta de los siguientes acápite: factores biológicos, factores higiénicos-sanitarios, factores sociodemográficos y patologías consideradas causantes de anemia, así como los resultados de laboratorio realizados a estos. Entre sus conclusiones tenemos: “La prevalencia de anemia en el universo estudiado es de 18.9%; el 20% de los casos presentaba desnutrición con respecto a los controles, los cuales tenían un 8.3%; el nivel de analfabetismo de la madre de los niños en ambos grupos alcanzó un 4.8%; la infección parasitaria en ambos grupos representó el 37.6%. De estos los más afectados son los niños anémicos (51.8%).”

Huachaca C (2008), realizó un estudio que llevó por título: “Efectividad de la técnica de sesiones demostrativas en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica, en las madres de niños entre 6 y 23 meses del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, Lima, Perú”. Tuvo como objetivo determinar la efectividad de la técnica de sesiones demostrativas en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en las madres de niños entre 6 y 23 meses del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, 2008. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método cuasi-experimental de un solo diseño; la muestra estuvo conformada por 39 madres, obtenida mediante muestreo no probabilístico de tipo intencionado. El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue el cuestionario y como técnica la encuesta, los cuales fueron aplicados antes y después de las sesiones demostrativas durante los meses de noviembre – diciembre del 2008. Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento de las madres de familia sobre la prevención de anemia ferropénica, antes de la aplicación de la sesión demostrativa fue de nivel medio, predominantemente con 53.80%, seguido del 23.1% con conocimiento bajo. Con respecto a las madres que presentaron nivel de conocimiento medio, mostraron una modificación considerable en la evaluación posterior,

encontrándose que 19 (90.5%) incrementaron sus conocimientos pasando a presentar un nivel de conocimiento alto y solo 2 (9.5%) se mantuvo con la estimación inicial. Las madres que inicialmente presentaron nivel de conocimiento bajo, también mostraron variaciones en la evaluación posterior a la aplicación de la sesión demostrativa, encontrándose que 8 (88.9%) incrementaron sus conocimientos a un nivel de conocimiento alto, y solo 1 (11.1%) pasó a conocimiento medio. Visto de modo global, se evidencia que después de la aplicación de la sesión demostrativa, el 92.3% de las madres presenta nivel de conocimiento alto y solo el 7.7% conocimiento medio, siendo estos resultados altamente significativos, lo cual fue demostrado a través de la prueba t de student, obteniéndose un t_{calc} : 10.98, con un nivel de significancia de: 0.05 por lo que se acepta la hipótesis de estudio comprobando así la efectividad de la técnica de sesiones demostrativas en el incremento de conocimientos.

En el ámbito nacional

Márquez (2007), realizó el trabajo de investigación sobre “Nivel de conocimientos sobre la anemia ferropénica que tienen las madres de niños de 1-12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima, Perú. El objetivo general fue determinar el nivel de conocimientos sobre la anemia ferropénica que tienen las madres de niños de 1-12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas, Lima, Perú. Sus objetivos específicos fueron identificar el nivel de conocimientos sobre las medidas preventivas de la anemia ferropénica, el diagnóstico y tratamiento de la anemia y las consecuencias de la anemia en los niños. El diseño metodológico fue descriptivo, aplicativo, transversal y se contó con una población de 112 madres. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Entre las conclusiones más importantes señala: “El nivel de conocimientos que tienen las madres

sobre la Anemia Ferropénica (62.5%) es de nivel “medio”, lo cual nos indica que las madres no están muy preparadas ni debidamente informadas para prevenir la anemia, exponiendo a sus niños a esta enfermedad y a las consecuencias funestas en su salud y desarrollo personal futuro”.

Gómez (2006), realizó el trabajo de investigación sobre “Nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para la prevención de anemia en lactantes internados en el servicio de pediatría del hospital EsSalud ADU YP San Juan de Lurigancho, diciembre-febrero, Lima, Perú. El objetivo fue determinar el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para la prevención de anemia en lactantes internados en el servicio de pediatría del hospital EsSalud ADU YP San Juan de Lurigancho, diciembre-febrero, Lima, Perú. Sus objetivos específicos fueron identificar nivel de conocimientos de las madres según edad de inicio de la alimentación complementaria de los lactantes para la prevención de anemia, según edad cronológica, según grado de instrucción, e identificar el nivel de conocimientos de las madres sobre el contenido de hierro en los alimentos que consumen los lactantes, así como conocer los valores de hemoglobina de los lactantes hospitalizados en el servicio de pediatría. El tipo de investigación es cuantitativa. Por el periodo y secuencia de los hechos es transversal, por el análisis y alcance de sus resultados es un estudio descriptivo. Entre las conclusiones más importantes señala: “El nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria es “alto” y el inicio se dio cuando el lactante tiene más de 6 meses de edad. El conocimiento sobre alimentación complementaria para prevenir la anemia es “regular” cuando ellas tienen más de 31 años de edad, y es alto en madres con grado de instrucción superior”.

Céspedes (2010), realizó la investigación titulada: “Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses en el Centro de Salud Materno Infantil Tablada de Lurín, Lima, Perú”. El presente estudio de investigación tuvo como objetivo “Determinar los conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al Centro de Salud Materno Infantil Tablada de Lurín, Lima, Perú. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario, siendo la muestra de 100 madres de familia. Las conclusiones fueron: que las madres del Centro de Salud Tablada de Lurín tienen un nivel de conocimientos “Medio” con tendencia a “Bajo”, ya que desconocen el significado del hierro, así como las causas y consecuencias de la anemia ferropénica, lo que es un indicador negativo en la prevención de la anemia en niños menores. Los puntajes promedios sobre conocimientos de anemia ferropénica fueron iguales en todos los niveles de instrucción de la madre del Centro de Salud Tablada de Lurín.

Galindos (2011), realizó un trabajo sobre Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", Lima, Perú. El objetivo fue identificar los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 40 madres. La técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario, aplicados previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (40), 55% (22) de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% (18) desconocen. En cuanto a las prácticas 61% (25) tienen prácticas

adecuadas; mientras que 39% (15) tienen prácticas inadecuadas. Conclusiones. La mayoría de las madres que acuden al Centro de Salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria.

Marrufo (2011), realizó el presente estudio titulado: “Actitudes De Las Madres Hacia La Alimentación Infantil En Preescolares Del Nido “Belén Kids”, Los Olivos, 2011”, que tuvo como objetivo: Determinar las actitudes de las madres hacia la alimentación infantil en preescolares del nido “Belén Kids”. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, diseño descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 45 madres de niños de 3 a 5 años y la muestra fue de 32 madres. Los resultados fueron que de 32 madres (100%), 17 madres (53%) presentaron actitudes desfavorables hacia la alimentación infantil y 15 madres (47%) actitudes favorables. Se concluyó que en las madres hay una tendencia de actitudes desfavorables hacia la alimentación infantil. Estas actitudes influyen en la nutrición de sus niños, lo que podría generarles problemas de desnutrición, poniéndolos en riesgo de presentar alteraciones que afectarían su normal crecimiento-desarrollo y predisponiéndolos a enfermedades a lo largo de su vida.

2. Marco Bíblico-Filosófico

Las escrituras bíblicas afirman en Jeremías 33:6: “He aquí que yo les traeré sanidad y medicina; y los curaré, y les revelaré abundancia de paz y de verdad”.

Según White (1887) refiere que: viviendo principalmente a base de sopas, café y pan no era una reforma saludable; que tanto líquido tomado en el estómago no era benéfico; que

todos los que vivían a base de una dieta semejante sobrecargaban los riñones, y que tanta sustancia líquida debilitaba el estómago.

Igualmente, refiere dicha autora: “Estaba completamente convencida de que en el establecimiento muchos sufrían de indigestión a causa de esta clase de alimento. Los órganos digestivos eran debilitados y la sangre empobrecida. Su desayuno consistía en café y pan con compota de ciruelas. Y esto no era saludable...Luego, la comida del mediodía era generalmente sopa, y a veces carne...”.

Del mismo modo esta investigadora afirma que: “...Los platos a base de alimentos blandos, las sopas y los alimentos líquidos y el uso liberal de carne, no son lo mejor para proporcionar músculos saludables, órganos digestivos sanos y un cerebro despejado...” (White, 1887).

Complementa también que: “Algunos piensan sinceramente que un régimen alimenticio adecuado consiste mayormente en gachas (o papillas) de cereales. El alimentarse mayormente de esta manera no proporcionará salud a los órganos digestivos, porque esa comida es demasiado líquida” (White, 1890).

La causa de muchas enfermedades

Del mismo modo Hellen White manifiesta: “Os exhorto a vosotras, madres. ¿No os sentís alarmadas y afligidas al ver a vuestros hijos pálidos y de baja estatura, sufriendo de catarro, influenza, crup, con tumefacciones escrofulosas en la cara y en el cuello, con inflamación y congestión de los pulmones y el cerebro? ¿Habéis analizado las causas para

llegar a los efectos? ¿Le habéis proporcionado un régimen de alimentación sencillo, libre de grasas y de condimentos?

3. Marco Conceptual

3.1. Definición de Anemia

Según la Organización Mundial de la Salud (2006), define la anemia como la disminución de la concentración de hemoglobina menor de dos desviaciones estándar en una población dada, el valor límite es de 11g/dl para niños de 6 meses a 5 años de edad. La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos, hemoglobina, o es menor en volumen total. La medición de hemoglobina es reconocida como el criterio clave para la prueba de anemia en niños. La hemoglobina, un conglomerado de proteínas que contiene hierro, se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos y su deficiencia indica, en principio, que existe una deficiencia de hierro.

El hierro cumple una importante función como transportador de oxígeno de los pulmones a los tejidos a través de la hemoglobina de los glóbulos rojos, como transportador de electrones en la membrana intracelular, como parte integrante del sistema enzimático en diversos 23 tejidos. Aunque la mayoría del hierro del organismo se conserva y reutiliza, algo se pierde a través del tracto gastrointestinal, piel y orina.

Durante el primer año de vida, los lactantes sanos a término necesitan absorber aproximadamente 0,8 mg de hierro de la dieta al día (0,6 mg para el crecimiento, 0,2 mg para reemplazar las pérdidas). Al final del segundo año de vida, el ritmo de crecimiento comienza a decrecer y la dieta habitual incluye suficiente cantidad de alimentos ricos en hierro para cubrir las demandas. Los requerimientos de hierro aumentan de nuevo durante

la adolescencia debido al rápido crecimiento; por otro lado, las adolescentes tienen necesidades adicionales de hierro para reemplazar las pérdidas por la menstruación y se encuentran en situación de mayor riesgo para la deficiencia de hierro.

La anemia por falta de hierro puede ser originada por: inadecuado consumo de alimentos ricos en hierro, aumento de las pérdidas de sangre tales como menstruación abundante, sangrado digestivo, sangre en orina, aumento de las necesidades nutricionales; por lo que se necesita un mayor aporte de hierro en la dieta. Asimismo, pueden originar anemia diversos factores que disminuyen la absorción intestinal, tales como estar operado del estómago, diarrea y otras enfermedades del aparato digestivo (Acribillaba, 2003).

Igualmente, la OPS- OMS (2005), estima que en América existen 90 millones de anémicos con deficiencia de hierro. En la actualidad la deficiencia de hierro es la principal causa de anemia en países en vías de desarrollo. Se estima que por cada anémico por lo menos una persona más es deficiente en hierro. La prevalencia de anemia con deficiencia de hierro en los Estados Unidos va desde <1% en ambos sexos para la edad de 6 a 11 años y para hombres de 12 a 15 años, hasta 2% para mujeres de 12 a 15 años no embarazadas. Otros estudios consideran hasta 3% de deficiencia de hierro en el grupo de 6 a 16 años.

Por otro lado, en México, la deficiencia de hierro va del 10% al 70% de la población, siendo más afectadas las zonas rurales del sur y sureste mexicano. El estado epidemiológico de la anemia tiene variaciones similares que van desde 10% hasta 70% dependiendo de la región geográfica donde se realizó el estudio, esto hace pensar que la anemia es principalmente atribuible a deficiencia de hierro. Para los niños escolares los principales riesgos para deficiencia de hierro incluyen un limitado acceso a los alimentos, una baja concentración de hierro por una dieta especializada y condiciones médicas y fisiológicas (crecimiento, desarrollo, menstruación) que afectan la disponibilidad a este mineral.

Después de la deficiencia de hierro, los folatos y en tercer lugar la vitamina B12 son las causas más frecuentes de anemia. Existen pocos estudios respecto a la prevalencia de deficiencia de folatos y vitamina B12 en México, y algunas de las asociaciones encontradas entre los factores de riesgo y la anemia no son consistentes.

3.1.1. Anemia Ferropénica

La anemia ferropénica (por deficiencia de hierro) es el tipo de anemia más frecuente entre los adolescentes norteamericanos. Ocurre cuando la dieta de una persona contiene una cantidad insuficiente de hierro. La deficiencia de hierro cuando se reducen las reservas de hierro del cuerpo es el primer paso hacia la anemia. Si las reservas de hierro del cuerpo no se normalizan, la deficiencia de hierro continuada hace que la producción de hemoglobina se ralentice. Cuando la concentración de hemoglobina y la producción de glóbulos rojos caen por debajo de lo normal, se dice que una persona tiene anemia. Las personas con anemia suelen estar pálidas y cansadas constantemente (Robín, 2012).

Hay otras razones nutricionales por las que el cuerpo puede fabricar una cantidad insuficiente de glóbulos rojos. Para fabricar estas células sanguíneas, se necesita vitamina B12 y ácido fólico, por lo que es importante que se incluya una cantidad suficiente de estos nutrientes en la dieta. Cuando la médula ósea no está funcionando adecuadamente debido a una infección, una enfermedad crónica o determinados medicamentos, como la quimioterapia, también se puede desarrollar anemia (Robín, 2012).

El hierro es un elemento esencial para casi todos los seres vivos, una de sus funciones más importantes es su intervención en la hematopoyesis. La deficiencia de hierro es uno de los problemas nutricionales más importantes que afecta a millones de personas en todo el mundo. La anemia por carencia de hierro es originada por la inadecuada ingesta de hierro,

tanto en cantidad como en calidad; por el aumento de las demandas corporales y el aumento de pérdidas. La anemia ferropénica afecta fundamentalmente a lactantes, niños en edad preescolar y mujeres en edad fértil. No tiene distinción de clases sociales aunque las personas de nivel socioeconómico bajo son las más afectadas (Castro, 1995). Por otro lado la literatura nos indica que la anemia es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de un número insuficiente de eritrocitos (glóbulos rojos), por una insuficiencia en la cantidad de hemoglobina o del hematocrito en sangre, o por una concentración inferior de Hb 11 g/dl, el valor normal es de 12g/dl en todos ellos (Soria, 2008).

Los valores normales de los niños menores de 5 años son:

- ✓ Al Nacer 16.5 mg/dl
- ✓ 1er día 18 mg/dl
- ✓ 1 mes de vida 14 mg/dl
- ✓ 3 meses de vida 11 mg/dl
- ✓ 6 meses a 6 años 12 mg/dl

Los valores normales de hemoglobina en las personas de alto andino son:

- ✓ Los recién nacidos: 17 a 22 g/dl
- ✓ Una (1) semana de edad: 15 a 20 g/dl
- ✓ Un (1) mes de edad: 11 a 15g/dl
- ✓ Niños: 11 a 13 g/dl
- ✓ Adultos hombres: 14 a 18 g/dl
- ✓ Adultos mujeres: de 12 a 16 g/dl
- ✓ Los hombres después de la edad media: 12,4 a 14,9 g/dl
- ✓ Las mujeres después de la edad media: 11,7 a 13,8 g/dl

3.1.2. Anemia Ferropénica en el Perú

De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la deficiencia de hierro es la deficiencia nutricional más ampliamente distribuida en el mundo. Se puede estimar que más de la mitad de la población de la región de América Latina y el Caribe actualmente presentan deficiencia de hierro. Este problema se hace cada vez más evidente en los países subdesarrollados de América Latina, debido a condiciones económicas, sociales, políticas y culturales por las que atraviesan y a la escasa difusión del proceso de nutrición del niño menor de 2 años (Marriner, 2003).

La carencia de micronutrientes, especialmente de hierro, no es ajena a nuestra realidad; ya que en nuestro país la prevalencia supera el 50%, agravándose cada vez más debido al incremento progresivo del costo de vida y la dificultad para la adquisición de alimentos de valor nutritivo. Este problema de alimentación infantil en el Perú se inicia a los 6 meses de edad. Los niños peruanos a esta edad reciben alimentos diluidos como sopas, jugos o caldos, siendo el consumo de alimentos que contienen hierro muy limitado. Además se les ofrece estos alimentos solo 2 o 3 veces al día. Es en este periodo que se inician los problemas nutricionales, presentándose altas tasas de anemia y una alta proporción de niños con retardo en el crecimiento y desarrollo (Marriner, 2003).

3.1.3. Causas de Anemia Ferropénica

MINSA (2000), nos indica que los grupos de población con mayor riesgo de sufrir carencia de hierro son los niños entre 6 y 24 meses de edad y las mujeres embarazadas. La causa común es el aumento del requerimiento de hierro, relacionado con la mayor velocidad de crecimiento. En el caso de niños, la deficiencia de hierro se da por la acelerada velocidad de crecimiento durante el primer año de vida; además, las reservas de hierro se agotan aproximadamente al cuarto mes de vida en lactantes nacidos a término y a los 2-3 meses de vida en lactantes prematuros. A partir de entonces el lactante pasa a depender del aporte exógeno del hierro para mantener un aporte adecuado del mismo. Los niños alimentados con lactancia materna exclusiva reciben un aporte adecuado de hierro por lo menos durante los primeros 4-6 meses de edad debido a la alta biodisponibilidad del hierro de esta leche; en los niños menores de dos años, la causa más frecuente de la deficiencia de hierro suele ser de índole dietética por malas prácticas de la alimentación de las madres de familia.

La causa de la anemia resulta de la combinación de múltiples factores etiológicos. Entre las causas inmediatas de esta carencia destacan la baja ingesta de alimentos fuentes de hierro, la pérdida de este micronutriente por infecciones parasitarias y una baja absorción de hierro por ausencia del factor que la potencializan (carne, ácido orgánico y otros) y/o presencia de inhibidores de su absorción (calcio, té, café, etc.). La falta de cantidades específicas de hierro en la alimentación diaria constituye más de la mitad del número total de casos de anemia. De este modo, la prueba de hemoglobina puede aceptarse como indicador indirecto del estado nutricional de los niños (Gonzales, 2002).

La anemia tiene muchas causas, pero sea cuales sean, en todos los casos la pérdida de glóbulos rojos es más rápida que su regeneración. La anemia tiene tres causas principales (Janssen, 2013).

Pérdida excesiva de sangre: cuando las células de sangre se pierden debido a la hemorragia de carácter urgente o en el transcurso del tiempo, la anemia por pérdida de sangre a menudo se produce. La fuente del sangrado es a veces obvia, y en otros es difícil de detectar sin la experiencia de los ensayos clínicos de un médico. Las mujeres son muy propensas a la anemia por pérdida de sangre cuando los períodos menstruales tienden a ser más pesados y más largos de lo normal (Mejía, 2009).

- ✓ Destrucción excesiva de glóbulos rojos (hemólisis): es una afección en la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. Los glóbulos rojos proporcionan el oxígeno a los tejidos del cuerpo (Churchill, 2008).
- ✓ Producción insuficiente de glóbulos rojos: la anemia por deficiencia de hierro es de instalación lenta, por lo que se pueden alcanzar cifras muy bajas de hemoglobina sin manifestaciones clínicas importantes. Solo si la anemia es muy severa se constata taquicardia y cardiomegalia (Torre, 2010).

3.1.4. Consecuencias de la Deficiencia de Hierro

La deficiencia de hierro en los niños provoca alteraciones en diversas funciones: alteración del desarrollo psicomotor, particularmente del lenguaje; retardo del crecimiento físico; disminución de la capacidad motora; alteraciones en la inmunidad celular y, como consecuencia, aumento de la duración y severidad de las infecciones. El efecto adverso más

importante en los niños es la alteración del desarrollo psicomotor, probablemente irreversible. Los niños mayores de 2 años también presentan problemas de atención y de rendimiento intelectual, pero si la anemia es tratada la alteración del desarrollo es reversible (Meneghelo, 1997).

3.1.5. Síntomas de Anemia Ferropénica

Los síntomas y signos principalmente son: palidez en conjuntivas palpebral, mucosas orales, lechos ungueales, palidez en la palma de las manos, anorexia, decaimiento, cansancio. Otras manifestaciones incluyen: dificultad para ganar peso, cabello fino y quebradizo. Asimismo, se pueden observar alteraciones en el comportamiento de los lactantes y de los niños, caracterizadas por irritabilidad y falta de interés en su ambiente.

Cuando la anemia es grave, el cuerpo intenta compensar esta carencia elevando la presión sanguínea con el fin de mejorar el aporte de sangre a los tejidos. Si la anemia se prolonga en el tiempo, la elevada presión sanguínea puede provocar cambios irreversibles en el sistema cardiovascular, como el engrosamiento del músculo cardíaco (hipertrofia) y el endurecimiento de las arterias (Janssen, 2013).

Los síntomas son lo que no se ve, se sienten, como la falta de fuerza, el decaimiento y el sueño (Yameli, 2009).

Los signos son lo que se ve, como la palidez de piel y la mucosa. En casos extremos se produce la taquicardia y ocasionalmente la pica, que es el impulso a comer tierra (Yameli, 2009).

En las anemias hemolíticas puede observarse ictericia, que es la coloración amarilla en la piel y ocasionalmente aumento del tamaño de hígado y del bazo (Yameli, 2009).

3.1.6. Tratamiento de Anemia Ferropénica

El tratamiento de la anemia depende de la causa:

- ✓ Recomendaciones nutricionales para garantizar el aporte adecuado de hierro, vitaminas y oligoelementos.
- ✓ Administración oral de preparados de hierro (sulfato ferroso, gluconato de hierro).
- ✓ Una dosis de 3 mg/kg de peso corporal de hierro elemental, fraccionando esta dosis en 2 o 3 tomas.
- ✓ No darse junto con leche, pues disminuye su absorción.
- ✓ La hemoglobina y el hematocrito deberán controlarse a los 15 y 30 días de iniciado el tratamiento; la respuesta se evalúa cuando hay un aumento de la hemoglobina de 1g/dl o 3% de hematocrito por mes.
- ✓ El tratamiento se prolongará tres meses después de la normalización de la hemoglobina, para reponer las reservas corporales. Los niños anémicos deben ser reevaluados mensualmente, al mismo tiempo que se motiva a la madre continuamente.
- ✓ Los niños que a los 30 días no respondan favorablemente a la terapia oral con hierro deberán ser derivados a un especialista de referencia.

Es importante aconsejar y orientar adecuadamente a la madre sobre los posibles efectos colaterales, los cuales son benignos y pasajeros, como: dolor de estómago, náuseas, estreñimiento o diarrea, sabor metálico en la boca, coloración oscura de las deposiciones y

raramente vómito. Para prevenir estos efectos secundarios se recomendaría que se tome las tabletas o las gotas con posterioridad a una de las comidas del día o fraccionar la dosis en dos tomas al día. Si persisten las molestias, disminuir la dosis a la mitad y luego aumentada a los 15 días.

También el hierro se puede administrar por inyección intramuscular o endovenosa en caso de estar comprometida la vía oral.

Se monitorea bien y se pasa al esquema de suplementación con hierro.

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

3.1.7. Complicaciones por Anemia

Las complicaciones generales de la anemia grave incluyen insuficiencia cardiaca congestiva, parestesia y confusión. En cualquier nivel dado de anemia, los sujetos con enfermedad cardiaca subyacente tienen mayores probabilidades de presentar angina o síntomas de insuficiencia cardiaca congestiva.

Si no se trata la anemia a tiempo puede causar numerosas complicaciones, tales como:

- ✓ *Fatiga severa.* Cuando la anemia es lo suficientemente grave, se puede estar tan cansado al punto de no completar las tareas diarias, trabajar o jugar.
- ✓ *Problemas del corazón.* La anemia puede causar un latido del corazón rápido o irregular – una arritmia. El corazón debe bombear más sangre para compensar la

falta de oxígeno en la sangre cuando está anémica. Esto puede incluso conducir a insuficiencia cardíaca congestiva.

- ✓ *Muerte.* Algunas anemias hereditarias, como la anemia de células falciformes, puede ser grave y llevar a complicaciones potencialmente mortales. La pérdida de mucha sangre rápidamente da lugar a anemia aguda, grave y puede ser fatal (Brunner 2006).

3.1.8. Prevención de la Anemia Ferropénica

En los alimentos encontramos una muy buena fuente de hierro, ya sea en vegetales como en carnes. La combinación de estos alimentos será vital para elevar la concentración de hierro en nuestro organismo. Es por eso que debemos conocer qué alimentos son los más beneficiosos para prevenir la anemia (Eugenia, 2012).

El hierro en los vegetales: El hierro proveniente de los vegetales es de lenta absorción, por lo que es propicio combinarlo con vitamina C para una mejor y más veloz asimilación en el cuerpo, ya sea en ensaladas u otros preparados (Eugenia, 2012).

La manera más sencilla de lograr esta vinculación es condimentar con jugo de limón (en lugar de vinagre, que inhibe la absorción del hierro en el organismo) en las verduras (preferentemente las de hojas verdes, como lechuga, espinaca u otras), como así también en las lentejas y los garbanzos (que son una alta fuente de hierro). También el tomate tiene altos contenidos de vitamina C, lo que hace aún más sencilla la tarea de combinarlos, ya sea en ensaladas frías o en guisados. Entre las carnes, una muy buena fuente de hierro son las morcillas, por lo que son recomendadas para su consumo por parte de niños e infantes,

inclusive bebés. La carne de vaca es la que posee el más alto contenido de hierro, seguida por la de pollo y de pescado, por lo que el consumo habitual de carnes rojas será una buena arma para prevenir la anemia (Eugenia, 2012).

Independientemente de otras causas de anemia, las carenciales son muy fáciles de prevenir, ya que son pequeñas las cantidades diarias de hierro y vitaminas que se precisan para tener una buena calidad de sangre pues nuestro organismo tiene depósitos de reserva que habitualmente son suficientes para compensar las pequeñas pérdidas de todos los días (Liliana, 2007).

Por otro lado, el conocimiento actual del problema ha puesto en marcha a las organizaciones comerciales y ya las harinas destinadas a la alimentación en la primera infancia vienen reforzadas con hierro y vitaminas, así como una gran parte de los productos de consumo en edad preescolar (Liliana, 2007).

3.2. Conocimiento

3.2.1. Definición

El problema del conocimiento ha sido históricamente un problema tratado por filósofos y psicólogos, ya que es la piedra angular en la que descansa la ciencia y la tecnología de cada tipo de sociedad, su acertada comprensión depende de la concepción del mundo que se tenga. Cabe resaltar que el conocimiento no es innato, es la suma de los hechos y principios que se adquieren a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y el aprendizaje del sujeto.

Según Mario Bunge, el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados e inexactos, en base a ello se tipifica al

conocimiento en: conocimiento científico y conocimiento vulgar. Al primero lo identifica como un contenido racional, analítico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia; en cambio al conocimiento vulgar como un conocimiento vago, inexacto, limitado a la observación.

Desde el punto de vista filosófico, Salazar (1988), lo define como el acto y contenido. Dice que el conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho u objeto; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer, al producto de la operación mental de conocer. Este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como: conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico.

Asimismo, es la acción y efecto de conocer, entendimiento, razón natural, facultad de saber lo que es bueno o no y de obrar de acuerdo.

El conocimiento es la capacidad de resolver un determinado conjunto de problemas con una efectividad determinada (Gézar, 2008).

3.2.2. Niveles de Conocimiento

- ✓ *Conocimiento Vulgar*: los conocimientos se adquieren en forma espontánea o natural, están estrechamente vinculados con los impulsos más elementales del hombre, sus intereses y sentimientos y, por lo general, se refieren a problemas inmediatos que la vida le plantea. El sujeto trabaja con intuiciones vagas y razonamientos no sistemáticos, ganados un poco al azar. La organización metódica y sistemática del conocimiento permite pasar del saber vulgar al científico.

- ✓ *Conocimiento Científico*: se caracteriza por ser selectivo, metódico y sistemático, se basa constantemente en la experiencia y busca explicar racionalmente los fenómenos, dándosele un carácter riguroso y objetivo y, sin perder su esencia teórica, sea eficaz instrumento para el dominio de la realidad. La ciencia es un saber que se apoya en observaciones metódicas en procesos racionales claramente definidos, precisos y ordenados. En este aspecto el conocimiento filosófico es exactamente igual al científico, con la diferencia que aborda problemas más difíciles de resolver, objetos más huidizos a la captación y además aplica permanentemente la crítica a sus propios métodos y principios.
- ✓ *Conocimiento Filosófico*: esclarece el trabajo de las ciencias y describe su fundamento de verdad; pone además a prueba todas las certezas y nos instruye sobre los alcances de nuestro saber. Se caracteriza por ser eminentemente problemático y crítico, incondicionado y de alcance universal, cuyos temas de investigación van más allá de la experiencia; ganando así un nivel superior de racionalidad gracias a la cual el hombre intenta dar una explicación integral del mundo y de la vida (Salazar 1988).

3.2.3. Grados de Conocimiento

Respecto a los grados de conocimiento existen los siguientes:

Conocimiento Excelente. Expresa cualidad, virtud, moral, mérito o estimación entre las cosas que son buenas.

Conocimiento Bueno. En nota de examen, nota superior a la de aprobar, inferior a la de notable.

Conocimiento Regular. Ajustado y conforme con la regla y las acciones; de modo de vivir moderado; ajustar y confrontar una cosa por comparación o deducción.

Conocimiento Deficiente. Carencia o falta de algo, insuficiencia en el funcionamiento, implica una anomalía.

3.3. Actitudes

3.3.1. Definición de Actitud

“Una actitud es un estado mental y neurofisiológico de disponibilidad, organizado por la experiencia, que ejerce una influencia directiva sobre las reacciones del individuo hacia todos los objetos o todas las situaciones que se relacionan con ella”.

Son las fuerzas integradoras fundamentales en el desarrollo de la personalidad que dan consistencia a la conducta del individuo.

“Es un estado mental y neurológico de las disposiciones a responder organizadamente a través de la experiencia y que ejerce una influencia directriz y/o dinámica de la conducta”.

“La actitud es una predisposición para responder a un objeto y la conducta efectiva hacia la misma. Por otro lado, Whithaker define la actitud como: “Una predisposición para responder de manera predeterminada frente a un objeto específico”.

La actitud es una predisposición organizada para sentir, percibir y comportarse hacia un referente (categoría que denota: fenómeno, objeto, acontecimiento, construcciones

hipotéticas, etc.). En cierta forma es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante el referente o el objeto cognoscitivo”.

3.3.2. Generalidades sobre Actitudes

La palabra actitud proviene del latín *actitūdo* y se define como la disposición de un ánimo que se manifiesta de algún modo (por ejemplo, una actitud amenazadora). La actitud es una predisposición aprendida de responder a las personas, a los objetos o a las instituciones de una manera favorable o desfavorable.

La actitud también ha sido definida como un estado de disposición nerviosa y mental, que es organizado mediante la experiencia y que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo ofrece a los objetos y a las situaciones.

Algunos autores definen la actitud como:

Kimball Young. “Se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas”.

Gordon Allport. “Un estado de disposición nerviosa y mental, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con los que guarda relación”.

Floyd Allport. “Una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que le corresponden”.

Jack H. Curtis. “Las actitudes son predisposiciones a obrar, percibir, pensar y sentir en relación a los objetos y personas”.

R. Jeffress: “La actitud es nuestra respuesta emocional y mental a las circunstancias de la vida”.

3.3.3. Características de las Actitudes

- ✓ Son adquiridas en el proceso de socialización (son aprendidas).
- ✓ Son prueba de pertenencia a un determinado grupo social. Están relacionados con objetos sociales (individuo, grupo, productos, manifestaciones culturales).
- ✓ Son elementos orientadores que organizan el mundo subjetivo.
- ✓ Poseen una cualidad direccional positiva o negativa, de rechazo total hasta la aceptación plena; pasando por todas las variantes que oscilan entre estos polos.
- ✓ No es un proceso psíquico, pero resulta de la integración de los procesos psíquicos.
- ✓ Forman un patrón evaluativo o marco de referencia para nuestra percepción de la realidad.
- ✓ Son susceptibles de modificarse.

3.3.4. Componentes de la Actitud

Los componentes que estructuran las actitudes son las creencias, información (componente cognitivo), el gusto o disgusto hacia algo, la valoración que le damos (que

conforma el componente afectivo) y la tendencia a hacer (componente conductual). Así tenemos que el núcleo de las actitudes está en la tendencia afectivo-valorativa, por esta razón Ajzen y Fishbein afirman que las actitudes son un factor importante, pero no el único, en la determinación de las conductas externas del ser humano.

Componente cognitivo: para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Este componente está formado por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre él. La representación cognitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

Componente afectivo: es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones (que se caracterizan por su componente cognitivo).

Componente conductual: es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.

3.3.5. Factores que influyen en la formación de las Actitudes

Para Valero José, los factores que influyen en la formación de actitudes son:

El conocimiento previo: muchas veces nuestra actitud hacia personas o cosas es indiferente por falta de conocimientos.

La experiencia propia: una experiencia agradable favorecerá la fijación de una actitud.

La percepción: al captar un valor es fácil que surja una actitud.

La práctica: la actitud se aprende con la práctica.

Los medios de comunicación: son armas poderosas que pueden hacer cambiar las actitudes.

El medio: suele imponer una serie de actitudes y son pocos los que se liberan de su fuerza poderosa. Solo los que poseen una personalidad íntegra no serán influenciados por él.

3.3.6. *Funciones de las Actitudes*

Función instrumental. Usamos las actitudes como instrumentos para obtener premios o evitar castigos.

Función egodefensiva. Utilizamos las actitudes para compensar determinadas carencias de nuestra personalidad. Ej.: Cuando te comparas con alguien que crees inferior te sientes mejor.

Función conocimiento. Utilizar una actitud por un cierto conocimiento, según la percepción que tengas de alguien aunque no lo conozcas.

Función expresión de valores. Las actitudes son un reflejo de los valores que tenemos. Las actitudes se aprenden, aunque no en su totalidad.

3.4. **Prácticas**

3.4.1. *Sobre prácticas alimenticias*

En cuanto al marco conceptual de práctica se le define como sinónimo de experiencia. Para que el ser humano ponga en práctica su conocimiento sea este científico o vulgar, es necesario en primera instancia un contacto directo, mediante el uso de los sentidos y

conducta psicomotriz, es decir, el experimento. No puede haber prácticas de tal o cual conocimiento si antes no se tiene la experiencia. Esta será evaluada objetivamente mediante la observación de la conducta psicomotriz referida por el sujeto. Independientemente es evaluada por la conducta psicomotriz referida por el sujeto para el logro de sus objetivos. De lo cual tenemos que la práctica es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través de la observación o expresada a través del lenguaje (Freddy, 2005).

Desde el punto de vista filosófico, la experiencia presenta una serie de problemas propios de la filosofía sobre su naturaleza. Sin embargo, no cabe duda de su existencia en la adquisición de conocimientos. Cuando Mario Bunge nos habla del conocimiento científico, nos dice que una de sus características tiene la facultad de ser verificable en la experiencia, y que solo ella puede decirnos si una hipótesis relativa a un cierto grupo de hechos materiales es adecuada o no. Agrega además la experiencia que le ha enseñado a la humanidad el conocimiento de un hecho convencional, que busca la comprensión y el control de los hechos a compartirse según sugerencias con la experiencia (Bunge, 1989).

La influencia de la madre en la alimentación del niño es decisiva, por lo que la dieta constituye una de las muchas responsabilidades que los padres tienen hacia sus hijos, sobre todo en los primeros años de vida. Las decisiones de las madres sobre la alimentación infantil resultan de un proceso complejo en el cual intervienen las recomendaciones del personal de salud para la adopción de prácticas positivas pero también influyen notablemente los consejos de la familia, principalmente madres y suegras, que manejan un conjunto de creencias.

Las madres deben ser conscientes de que cuando alimentan a sus hijos no solo se les proporciona determinados nutrientes, sino también pautas de comportamiento alimentario.

El niño cuando come, se comunica, experimenta, aprende, juega y obtiene placer y seguridad. Así pues, las madres deben de elegir la alimentación que más les conviene a sus hijos y conocer la composición nutritiva de cada alimento que les ofrece a la hora de comer.

3.5. Marco Teórico referente a la población de estudio

3.5.1. Características generales del niño y la niña de 0 hasta los 5 años

Según el Ministerio de Salud (2011), el desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción capital social, elementos considerados principales e innecesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de iniquidad.

No es conocido en la actualidad el número de niños peruanos que tienen retraso en el desarrollo mental, social y emocional, como consecuencia del deficiente estado de salud y nutrición y el ambiente físico. Sin embargo, de acuerdo a los resultados de la última encuesta ENDES 2010, se sabe que el 17.9% de los menores de 5 años presentan desnutrición crónica y el 50.3% de las niñas y niños de 6 a 36 meses presenta anemia nutricional. Estos datos son suficientes para asumir que esta proporción de niños tendrá deficiencia en el desarrollo, puesto que el retardo en el crecimiento físico y la presencia de anemia son dos marcadores importantes de ambientes desfavorables para el crecimiento y el desarrollo.

3.5.2. Rol de la Enfermera en la Atención Integral del Niño

Según, Atención Integral del Niño y la Niña (2009), la enfermera como prestadora de un servicio profesional, juega un rol muy importante en la atención integral del niño, brindando un cuidado holístico. La enfermera tiene varias funciones y actividades centradas en las familias:

- ✓ Educadora de salud: enseña a las familias de manera formal e informal aspectos de la salud y enfermedad, y actúa como principal comunicadora de información de salud.
- ✓ Motiva y facilita la adopción de actividades y estilo de vida saludable que promueven el bienestar.
- ✓ Brinda cuidados domiciliarios: realiza cuidados en el domicilio de los pacientes con enfermedades graves o no.
- ✓ Defensora de la familia: trabaja para ayudar a las familias y brinda orientación con respecto a la seguridad y el acceso a los servicios.
- ✓ Desarrolla actividades de prevención y detección precoz de enfermedad: desarrollando acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- ✓ Ejecuta actividades de promoción de la salud: ayuda a la familia a responsabilizarse de su propia salud mediante su autocuidado.
- ✓ Asesora: desarrolla una función terapéutica ayudando a resolver problemas e identificar recursos.
- ✓ Investigadora: identifica problemas que surjan en el ejercicio de la profesión, busca respuesta y soluciones mediante la investigación disciplinar o interdisciplinaria.

- ✓ En la operativización de actividades del Componente del Crecimiento y Desarrollo del Niño (CRED) desarrolla estrategias en forma conjunta con el equipo de salud.
La enfermera en el consultorio de CRED realiza las siguientes actividades:
- ✓ Realiza un interrogatorio a la madre sobre el estado del niño.
- ✓ Pesa, talla y si pertenece al grupo de niños menores de un año, le toma la medida del perímetro cefálico con el fin de calcular la valoración nutricional.
- ✓ Realiza el examen físico encéfalo-caudal y a la vez explica a la madre cada acción que se realice.
- ✓ Aplica el “Test abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor” y orienta la importancia de estimular al niño.
- ✓ Solicita a todo niño mayor de 6 meses exámenes de hemoglobina y hematocrito, los cuales la madre deberá recoger para saber el resultado después de 3 días.
- ✓ Si los resultados están por debajo 11g/dl, la enfermera deriva la historia a medicina donde el pediatra iniciará el tratamiento con sulfato ferroso.
- ✓ Orienta sobre la alimentación según los grupos de edad y explica sobre los alimentos ricos en hierro.
- ✓ Realiza visitas domiciliarias cada fin de mes para identificar posibles factores de riesgo y así detectarlos a tiempo.
- ✓ Los resultados de estas evaluaciones así como otros datos son registrados en 3 formatos: La historia clínica del niño, un cuaderno de registro diario, y el HIS.

4. Modelos Teóricos

4.1. Déficit del Autocuidado

Dorothea Orem etiqueta su teoría de déficit del autocuidado como una teoría general compuesta por tres conceptos relacionados: el autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí misma; el déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermera puede ayudar a la gente; y el sistema de enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería.

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativas a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o desarrollo, o de las personas dependientes de ellos. El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudarán a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

4.2. Autocuidado

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente, llevar a cabo por sí solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para mantener los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estado de salud, características específicas de la salud o estado de desarrollo, nivel de desgaste de energía y factores medioambientales. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros.

En 1852 Florence Nightingale en su libro “Notas de Enfermería” sentó las bases de la enfermería profesional. El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y, partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para actuar sobre él. Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar adecuados cuidados de enfermería.

Otro de sus aportes hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria. Las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia.

La teoría de Nightingale ha influido significativamente en la Teoría de la Adaptación y la Teoría de las Necesidades.

El modelo de “promoción de la salud” (Mis) Nola J. Pender (1982), Teoría de enfermería: «Es la disciplina que sintetiza los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas de la Enfermería y los aplica como alternativa de trabajo en la comunidad, con el fin de promover, mantener y restaurar la salud de la población, contando con la participación de esta, mediante cuidados directos e indirectos a los individuos, a las familias, a otros grupos y a la propia comunidad en su conjunto, como miembros de un equipo interdisciplinario y en el marco de una planificación general de atención a la salud». Ramos (2000).

4.3. Definición de Términos

Anemia: es la disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre, puede deberse a diversas causas, y la más común es la falta de hierro, pero también puede ser síntoma de un trastorno subyacente. Luque (2007).

Anemia Hemolítica: la anemia hemolítica es un trastorno en el cual los glóbulos rojos de la sangre se destruyen más rápido de lo que la médula ósea puede producirlos. Yameli (2009).

Anemia Ferropénica: la anemia ferropénica (por deficiencia de hierro) es el tipo de anemia más frecuente entre los adolescentes norteamericanos. Ocurre cuando la dieta de una persona contiene una cantidad insuficiente de hierro. Robín (2012).

Anemia Megaloblástica: la anemia megaloblástica, también llamada anemia perniciosa, es un tipo de anemia caracterizada por glóbulos rojos muy grandes, pese a ello, el contenido interno de cada glóbulo no está completamente desarrollado. (Yameli 2009).

Hierro: el hierro es un elemento esencial para los seres vivos. Es necesario para una adecuada oxigenación de los tejidos y para el metabolismo de las células. En el cuerpo el hierro está en dos formas: 1) El 70% como hierro funcional en los glóbulos rojos, mioglobinas y algunas enzimas; 2) El 30% como hierro en forma de depósito. (Luque 2007.)

Conocimientos: Afanastev, C. (2004) define conocimiento como la asimilación espiritual de la realidad, indispensable para la actividad práctica; el proceso por el cual se crean los conceptos y teorías. Esta asimilación refleja de manera creadora, racional y activa los fenómenos, las propiedades y las leyes del mundo objetivo y tiene una existencia real en forma de sistema lingüístico.

Conocimientos sobre anemia: es la información que tienen las madres del centro de salud Miguel Grau acerca de la anemia ferropénica.

Actitudes: el psicólogo Freddy (2005) define a las actitudes como toda predisposición de respuesta de las personas hacia una situación o estímulo, producto de una experiencia de aprendizaje sustentado en alguna estructura cognoscitiva (mito, creencia, valor) y que conlleva una carga efectiva y emocional, pudiendo ser de aceptación, rechazo o simplemente de indiferencia. Además, señala que el conocimiento de las actitudes es

importante, porque nos permite predecir las conductas o comportamientos que mostrarían las personas o grupos cuando se enfrenten al objeto o situación de la actitud.

Prácticas: el psicólogo Freddy (2005), las define como sinónimo de experiencia, para que el ser humano ponga en práctica sus conocimientos, sea este científico o vulgar; es necesario en primera instancia un contacto directo, mediante el uso de los sentidos y conducta psicomotriz, lo cual constituirá la experiencia que será evaluada a través de la observación de las habilidades y destrezas psicomotoras del sujeto o mediante el uso del lenguaje.

Prácticas alimenticias: son las acciones que realizan las madres del Centro de Salud Miguel Grau en la preparación de los alimentos a sus hijos para evitar la anemia ferropénica, lo que será expresado por ellas mismas.

Capítulo III

Materiales y Métodos

1. Método de la Investigación

2. Tipo de Investigación

Según el problema planteado, el presente trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo en cuanto permitió medir las variables del estudio en forma numérica; de tipo descriptivo porque detalla la realidad de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de anemia en niños menores de 5 años. Tal como lo refiere Hernández, S. (2003), “un estudio es descriptivo porque describen situaciones y eventos. Estos estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Están dirigidos a determinar cómo está la situación de las variables que se estudian en una población”. Además es de diseño no experimental porque no manipula las variables y de corte trasversal porque toma la muestra en un solo momento.

Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, tal como lo refiere Hernández, S. (2003).

3. Variables de la Investigación

3.1. Identificación de las Variables

3.1.1. Variable 1. Conocimiento sobre Prevención de Anemia Ferropénica

Definición conceptual: Proceso mental por el que las madres adquieren ideas, conceptos y principios de la realidad objetiva sobre la anemia ferropénica en niños menores de 5 años.

Definición operacional: Es toda aquella información que tienen las madres sobre la anemia ferropénica y que será medida a través de un cuestionario.

3.1.2. Variable 2: Actitudes en la Prevención de la Anemia Ferropénica

Definición conceptual: Define a las actitudes como toda predisposición de respuesta con respecto a las respuestas de las personas hacia una situación o estímulo, producto de una experiencia de aprendizaje.

Definición operacional: Es la predisposición adquirida mediante la propia experiencia de las madres, que tienden a reaccionar de una manera característica con respecto a la anemia ferropénica, y será medida a través de un cuestionario.

3.1.3. Variable 3: Prácticas en la Prevención de la Anemia Ferropénica

Definición conceptual: Es la aplicación de los conocimientos adquiridos a través de la experiencia, y se traduce en acciones que pueden ser valoradas a través de la observación del contenido de los alimentos que brindan, o expresada por la madre por medio del lenguaje.

Definición operacional: Conjunto de acciones que refieren realizar las madres en cuanto a la alimentación para la prevención de la anemia y que será medida a través de un cuestionario.

3.2. Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Indicador	Ítems	Escala
Conocimiento sobre anemia.	Proceso mental por el que las madres adquieren ideas, conceptos y principios de la realidad objetiva sobre la anemia ferropénica en niños menores de 5 años.	<p>Conocimiento sobre la anemia ferropénica.</p> <p>Conocimiento sobre que personas tienen más riesgo de tener anemia.</p> <p>Conocimiento sobre los nutrientes que previene la anemia.</p> <p>Conocimiento sobre la alimentación de un niño para prevenir la anemia.</p> <p>Conocimiento sobre los alimentos de origen animal para prevenir anemia.</p> <p>Conocimiento sobre alimentos ricos en hierro que un niño debe comer para prevenir la anemia.</p> <p>Conocimiento sobre las verduras que debe consumir por día.</p> <p>Conocimiento sobre las frutas con vitamina C que debe consumir por día.</p> <p>Conocimiento sobre cuántas veces debe comer un niño.</p> <p>Conocimiento sobre</p>	<p>P1</p> <p>P2</p> <p>P3</p> <p>P4</p> <p>P5</p> <p>P6</p> <p>P7</p> <p>P8</p> <p>P9</p>	<p>0= Incorrecto</p> <p>1= Correcto</p>

		cómo elegir una alimentación rica en hierro para prevenir la anemia.	P10	
Actitudes				
	Define a las actitudes como toda predisposición de respuesta con respecto a las respuestas de las personas hacia una situación o estímulo, producto de una experiencia de aprendizaje	Disposición para incorporar la menestra en la dieta de mi hijo como medida de prevención de la anemia.	P1	a) Totalmente de Acuerdo = 5 b)De acuerdo=4 c)Indiferente =3 d)En desacuerdo=2
		El consumo de frutas cítricas ayudará a prevenir la anemia.	P2	e)Totalmente en Desacuerdo=1
		Las verduras tales como espinaca, acelga, brócoli o similares son alimentos esenciales para prevenir la anemia.	P3	
		Comer fruta durante el día me parece importante para prevenir la anemia en mi hijo.	P4	
		Es importante educarme sobre la prevención de la anemia.	P5	
		El suplemento de hierro indicado es básico para prevenir la anemia en mi hijo.	P6	
		Consumir alimentos ricos en hierro evita la anemia.	P7	
Prácticas				
Prácticas alimenticias	Es la aplicación de los conocimientos	Dar menestras y vegetales de hojas verdes 2 veces a la semana.	P1	a) Nunca b) Casi nunca c) A veces
		Dar hígado 1 vez a la semana.	P2	d) Casi siempre

de las madres para la prevención de la anemia	adquiridos a través de la experiencia, y se traduce en acciones que pueden ser valoradas a través de la observación del contenido de los alimentos que brindan; o expresada por la madre por medio del lenguaje.	Dar leche, huevo entre otros.	P3	e) Siempre
		Dar frutas todos los días.	P4	
		Cumplir con los controles de crecimiento y desarrollo.	P5	
		Administrar sulfato ferroso según lo indicado.	P6	
		Le doy leche materna a mi hijo	P7	
		Dar otras leches de suplemento.	P8	
		Hacer descarte de parásitos.	P9	
		Hacer descarte de anemia.	P10	

4. Descripción del área geográfica de estudio

El presente estudio se desarrolló en el Centro de Salud Miguel Grau, el cual se encuentra ubicado a $11^{\circ} 58'$ de latitud Sur y $76^{\circ} 46'$ de longitud este en el distrito de Chaclacayo, provincia de Lima, a una altitud de 647 msnm según datos de la Municipalidad de Chaclacayo. Este distrito está ubicado en las afueras de Lima Metropolitana, a 27 km en dirección este a través de la Carretera Central, y forma parte del valle del río Rímac, río que desciende desde los Andes peruanos hacia la vertiente hidrográfica del Océano Pacífico. La comunidad de Miguel Grau cuenta con aproximadamente 22 manzanas; la cooperativa Alfonso Cobián con alrededor de 17 manzanas, y la cooperativa de Nueva Alianza de 12 manzanas; ambas poblaciones se encuentran separadas por la Carretera Central Km 19.5, en la provincia de Lima, en el distrito de Lurigancho.

5. Población y Muestra

La población considerada para el presente estudio estuvo conformada por 100 madres con niños menores de 5 años en el Centro de Salud Miguel Grau. Al tomarse la totalidad de la población para realizar la investigación, no se requirió de muestra.

5.1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión. Las madres con niños menores de 5 años, que tienen anemia.

Criterios de Exclusión. Son las madres que no tienen niños menores de 5 años, y no tienen anemia.

5.2. Características de la muestra

Madres con niños menores de 5 años que acudieron al Centro de Salud Miguel Grau.

Tabla 1

Datos generales de las madres del Centro de Salud Miguel Grau que participaron en el estudio, 2014.

		n	%
Edad	Menor de 20 años	5	5,2
	21 -30 años	40	41,2
	31 - 40 años	32	33,0
	Mayor de 40 años	20	20,6
	Total	97	100,0
Sexo	Femenino	96	99,0
	Masculino	1	1,0
	Total	97	100,0
Lugares de procedencia	Sierra	30	30,9
	Costa	56	57,7
	Selva	8	8,2
	Extranjero	3	3,1
	Total	97	100,0
Estado civil	Casada	33	34,0
	Soltera	12	12,4
	Conviviente	46	47,4
	Divorciada	3	3,1
	Viuda	3	3,1
	Total	97	100,0
Grado de instrucción académica	Primaria completa	10	10,3
	Primaria incompleta	1	1,0
	Secundaria completa	37	38,1
	Secundaria incompleta	14	14,4
	Superior	35	36,1
	Total	97	100,0
Centro de trabajo	En casa	70	72,2
	Fuera de casa	27	27,8
	Total	97	100,0
Religión	Católica	75	77,3
	Evangélica	17	17,5
	Otro	5	5,2
	Total	97	100,0

En la tabla 1, se puede observar que cerca de la mitad (41.2%) de madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” para diferentes servicios de salud, están en el rango de edad entre 21 y 30 años. Es preciso también resaltar que un poco más de la tercera parte de madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” para diferentes servicios de salud, están en el rango de edad entre 31 y 40 años.

Asimismo, se puede apreciar que casi todos los pacientes (99%) que acuden al centro de salud “Miguel Grau” para diferentes servicios de salud son del sexo femenino. Es importante resaltar el interés voluntario de un varón por querer ser parte del estudio.

Por otro lado, observamos que más de la mitad (57.7%) de madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” para diferentes servicios de salud, proceden de la costa y una tercera parte (30.9%) son de la sierra.

También, con respecto al estado civil se describe que cerca de la mitad (47.4%) de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” son convivientes y un poco más de la tercera parte (34%) son casadas.

Además, en referencia al grado de instrucción se observa que la mayoría (74,2%) de madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” tiene secundaria completa y/o estudios superiores.

Se observa también que la mayoría (72,2%) de madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” se dedican al trabajo de su casa o quehaceres domésticos.

De otro lado, se describe que la mayoría (77,3%) de madres que acuden al centro de salud “Miguel Grau” son de religión católica y un 17.5% de la religión evangélica.

6. Técnica e instrumento de recolección de datos

Para el estudio se utilizó el cuestionario como técnica de recojo de datos, contando para ello con la elaboración de un cuestionario estructurado de alternativas múltiples para medir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de anemia. El objetivo del instrumento es obtener información que permita determinar los conocimientos de las madres que tienen menores de 5 años en cómo prevenir la anemia en el Centro de Salud Miguel Grau.

6.1. Instrumento

6.1.1. Como primer instrumento se utilizará un cuestionario con 10 preguntas cerradas sobre conocimiento para las madres.

6.1.2. Como segundo instrumento se utilizará un test de medición de la escala de Likert con 8 ítems sobre actitud para las madres.

6.1.3 Como tercer instrumento se utilizará un autorreporte con 10 ítems sobre prácticas para las madres.

7. Proceso de recolección de datos

Para la recolección de datos se siguió los siguientes procedimientos: Solicitud de permiso al Centro de Salud Miguel Grau y entrega del consentimiento informado. Luego se realizará el recojo de los datos en 3 días de la muestra seleccionada según lo programado. Después de la recolección de datos, mediante la aplicación de un cuestionario estructurado con alternativas múltiples en la escala de Likert a las madres

que tienen niños menores de 5 años; la siguiente etapa del estudio es el procesamiento de los datos, los cuales serán tratados estadísticamente.

8. Procesamiento y análisis de datos

Para el análisis se utilizó el software estadístico para Windows aplicando el programa del SPSS 20.0, a través del cual se realizó primero la codificación de los datos otorgando las puntuaciones de acuerdo a las respuestas positivas obtenidas en el cuestionario.

Los resultados que se obtuvieron fueron ordenados en tablas, cuya interpretación se detalla a continuación:

Nivel de conocimientos:

- ✓ 3 – 4 Nivel de conocimiento deficiente
- ✓ 5 – 6 Nivel de conocimiento regular
- ✓ 7– 8 Nivel de conocimiento bueno
- ✓ 9 – 10 Nivel de conocimiento excelente

Los conocimientos de las madres están evaluados con 10 preguntas que valen 1 punto cada una, haciendo un total de 10 puntos.

Nivel de actitudes:

- ✓ 10 – 15 puntos: actitud crítica
- ✓ 16 – 21 puntos: actitud deficiente
- ✓ 22 – 27 puntos: actitud riesgosa
- ✓ 23 – 33 puntos: actitud buena
- ✓ 34 – 35 puntos: actitud excelente

El grado de actitud será medido de la siguiente manera:

Premisas positivas:

- ✓ Totalmente de acuerdo=5
- ✓ De acuerdo =4
- ✓ Indiferente =3
- ✓ En desacuerdo =2
- ✓ Totalmente en desacuerdo=1

Nivel de práctica:

Las prácticas de las madres serán medidas de la siguiente manera:

- ✓ 10 – 21 puntos: prácticas críticas
- ✓ 22 – 29 puntos: prácticas deficientes
- ✓ 30 – 37 puntos: prácticas riesgosas
- ✓ 38 – 45 puntos: prácticas buenas
- ✓ 46 – 50 puntos: prácticas excelentes

Capítulo IV

Resultados y Discusión

1. Resultados

Tabla 2

Nivel de Conocimiento de las madres sobre prevención de anemia en niños menores de 5 años del Centro de Salud Miguel Grau, 2014.

Nivel	n	%
Tienen muy poco conocimiento sobre prevención de anemia	7	7,2
Tienen un conocimiento regular sobre prevención de anemia	31	32,0
Tienen un conocimiento bueno sobre prevención de anemia	44	45,4
Tienen un conocimiento excelente sobre prevención de anemia	15	15,5
Total	97	100,0

El nivel de conocimiento de las madres que acudieron al Centro de Salud “Miguel Grau” en la prevención de anemia de sus niños menores de 5 años es de muy bueno a excelente en un 60,9%, es decir, más de la mitad. Sin embargo, casi un 40% tiene un conocimiento regular y deficiente, lo que se constituye en un riesgo potencial que puede afectar la salud y el crecimiento de los niños menores de 5 años (Tabla 2).

Tabla 3

Nivel de Actitud de las madres sobre prevención de anemia en niños menores de 5 años del Centro de Salud Miguel Grau, 2014.

Nivel	n	%
Actitud crítica de prevención	1	1,0
Actitud deficiente de prevención	1	1,0
Actitud riesgosa de prevención	7	7,2
Buena actitud preventiva	57	58,8
Excelente actitud de prevención	31	32,0
Total	97	100,0

Igualmente, con respecto al nivel de actitud de las madres que acudieron al Centro de Salud “Miguel Grau” en la prevención de la anemia de sus niños menores de 5 años se observa que la gran mayoría (90,8%) mantiene una actitud buena y excelente. Y por otro lado, un grupo reducido de madres (9,3%) mantiene una actitud riesgosa y deficiente, lo cual se constituye en un elemento crítico que podría estar relacionado a prácticas también deficientes que afecten la salud de sus hijos (Tabla 3).

Tabla 4

Nivel de Prácticas de las madres en la prevención de anemia de sus niños menores de 5 años del Centro de Salud Miguel Grau, 2014.

Nivel	n	%
Prácticas críticas de prevención	2	2,1
Prácticas deficientes de prevención	13	13,4
Prácticas riesgosas de prevención	38	39,2
Buenas prácticas preventivas	40	41,2
Excelentes prácticas preventivas	4	4,1
Total	97	100,0

Con respecto al nivel de prácticas de las madres que acudieron al Centro de Salud “Miguel Grau” en la prevención de anemia de sus niños menores de 5 años, solo el 41,2% mantiene buenas prácticas y un 4,1% excelente; por otro lado, es relevante resaltar que un 39,2% mantiene prácticas riesgosas para la prevención de anemia, un 13,4% deficientes y un 2,1% críticas, haciendo un total de 54,6% que estuvieran constituyéndose en potenciales riesgos para la salud y crecimiento de sus hijos (Tabla 4).

2. Discusión

En el presente estudio se ha mostrado como resultado que el 60.9% de las madres que asistieron al Centro de Salud Miguel Grau poseen de buenos a excelentes conocimientos. Asimismo, el 90,8% evidenció niveles actitudinales buenos y excelentes para la prevención. Respecto a las prácticas de prevención de las madres se reporta que un 52.6% mantiene prácticas riesgosas, lo que indica que las madres poseen conocimientos y tienen una buena actitud, sin embargo, concretan en la práctica los cuidados de prevención dejando finalmente a sus menores hijos en riesgo de anemia.

Los resultados respecto al nivel de conocimientos encontrados en esta investigación son contrarios a lo evidenciado en otros estudios como el de Céspedes (2010), quien en su trabajo de investigación llevado a cabo en el Centro de Salud Materno Infantil Tablada de Lurín, reportó que las madres tenían un conocimiento “medio”, con tendencia a “bajo”. Al respecto el autor refiere que las madres desconocían el significado del hierro, las causas y consecuencias de la anemia ferropénica, y que los puntajes promedios sobre conocimientos de anemia ferropénica fueron iguales en todos los niveles de instrucción. Por otro lado, el estudio de Márquez (2007) reportó que 62.5% de las madres de niños de 1-12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas tienen un nivel “medio” de conocimiento, lo cual según este investigador, demuestra que las madres no están muy preparadas ni debidamente informadas para prevenir la anemia, exponiendo a sus niños a esta enfermedad y a las consecuencias funestas en su salud y desarrollo personal futuro. Estos resultados son contrarios a los reportados en el presente estudio donde solo el 32% de las madres presentan conocimientos de nivel “medio”, y la mayoría presenta un nivel de bueno a regular en un 60,9%; por lo cual podría referirse que el mantenerse en un nivel de conocimiento

alto sobre prevención en anemia ferropénica se deba a que la mayoría de madres tiene mayores niveles de instrucción académica (de secundaria completa a superior).

Del mismo modo, es importante resaltar que el lugar donde viven pueda estar asociado con mejores niveles de conocimiento en la prevención de anemia ferropénica. Es así que en este estudio, el Centro de Salud "Miguel Grau" se ubica en una zona de Chaclacayo considerada de clase media, en donde un porcentaje representativo de familias son profesionales o mantienen un trabajo estable. Una condición similar es presentada por Galindo (2012), quien realizó un estudio similar en el distrito de Nueva Esperanza, de similar condición socioeconómica, en conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza" de Lima, en el cual también la mayoría de las madres tiene un alto conocimiento sobre alimentación complementaria y alimentos ricos en hierro.

Respecto a las prácticas en prevención de anemia ferropénica, a diferencia del presente estudio que presenta un 54.7% de prácticas de regular a deficiente, Galindo (2012) acredita que las madres de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud "Nueva Esperanza" tienen mayor porcentaje de prácticas adecuadas en la alimentación complementaria. Por el contrario, los resultados de Chafloque (2010) encontraron asociación entre las prácticas alimentarias que implementan las madres y la persistencia de anemia en lactantes diagnosticados con esta patología y que reciben tratamiento en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja en Lima.

Aunque Chafloque reconoce que este es un fenómeno o hecho multicausal; sin embargo, describe algunas prácticas saludables identificadas como el uso de utensilios propios para la alimentación del niño, la combinación de alimentos en la preparación de estos y el consumo de carnes, vísceras y menestras asociado de manera positiva en la salud de sus hijos. Por otro lado, con las prácticas de las madres del presente estudio, en

el cual se observa bajo consumo de carnes, vísceras, menestras y lácteos en sus hijos. Esta realidad se refleja en que un poco más de la mitad (54,7%) de madres que acuden a atenderse a dicha institución de salud mantiene prácticas riesgosas y algunas deficientes en la prevención de anemia en sus hijos menores de 5 años; es decir, mantienen acciones nocivas o poco saludables en la alimentación de sus menores hijos, poniendo en riesgo la salud y el crecimiento de sus vástagos.

Finalmente, en relación al aspecto actitudinal, el presente estudio presenta que la mayoría (90,8%) mantiene una actitud buena y excelente. No obstante, un grupo reducido de madres (9,3%) mantiene una actitud riesgosa y deficiente. Por otro lado, Marrufo (2012) en su estudio sobre Actitudes de las madres hacia la alimentación infantil en preescolares del Nido “Belén Kids” en los Olivos, concluye que las actitudes de las madres hacia la alimentación infantil en preescolares, en su mayoría, son desfavorables y en un menor porcentaje favorables.

Indica Marrufo que las madres de preescolares del Nido “Belén Kids” evidenciaron actitudes favorables, en su mayoría, para los aspectos relacionados con el contenido de los alimentos, la lonchera escolar, el horario de la comida y los grupos de alimentos que conforman la alimentación del niño, por lo que las madres están de acuerdo y consideran que la alimentación en la edad preescolar es fundamental para el óptimo crecimiento y desarrollo de sus hijos. Sin embargo, las madres de preescolares del Nido “Belén Kids” evidenciaron actitudes desfavorables, en su mayoría, para los aspectos relacionados con los hábitos alimenticios y el número de veces que come el niño durante el día. Esto podría generar que las madres no alimenten adecuadamente a sus hijos, brindándoles alimentación en exceso o de manera deficiente, inculcándoles hábitos inadecuados, lo que ocasionaría problemas de malnutrición en los niños, como

el sobrepeso o, en algunos casos, la obesidad, que en la actualidad son problemas frecuentes en la población infantil.

Finalmente, es importante resaltar que a pesar de que las actitudes de las madres mayormente se presentan en niveles altos, las prácticas se presentan en niveles bajos. Un aspecto a considerar en el momento de capacitar a las participantes es el dar énfasis en la modificación de sus actitudes para que, finalmente, mejoren las prácticas de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” en la prevención de la anemia ferropénica de sus hijos menores de 5 años, a fin de que las madres estén más preparadas y debidamente informadas para prevenir la anemia, y no expongan a sus niños a las consecuencias funestas en su salud, desarrollo personal y en su futuro.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

1. Conclusiones

- ✓ La mayoría de las madres tienen un nivel de conocimiento de muy bueno a excelente sobre prevención de anemia en los niños menores de 5 años, sin embargo una importante porción de madres tienen conocimiento riesgoso potencial que puede afectar la salud y el crecimiento de los niños.
- ✓ La mayoría de las madres tienen un nivel actitudinal de bueno a excelente respecto a la prevención de la anemia en los niños menores de 5 años. Es importante resaltar que la actitud se constituye en el motor esencial para la realización de una conducta.
- ✓ La mayoría de las madres tienen un nivel de prácticas crítica a riesgosa respecto a la prevención de anemia en niños menores de 5 años. Por lo tanto, mantienen prácticas riesgosas y deficientes para la prevención de anemia y están constituyéndose en conductas nocivas para la salud de sus hijos.
- ✓ En general, la mayoría de las madres evidencia un nivel de conocimiento y actitudinal de bueno a excelente mientras que, respecto a la práctica, los niveles

van de críticos a riesgosos en la prevención de anemia de sus hijos menores de 5 años.

2. Limitaciones

La limitación derivada del estudio está dada porque:

Los hallazgos de la presente investigación son solo generalizables a la población de estudio.

3. Recomendaciones

Tomando en cuenta los resultados, el investigador recomienda:

- ✓ Que el centro de salud realice capacitaciones al personal de salud sobre prevención de anemia ferropénica.
- ✓ Que el área de Enfermería fortalezca las acciones educativas acerca de la prevención y consecuencias de la anemia ferropénica a través del diseño de un programa de promoción y prevención orientado a las madres que asisten al centro de salud y a la comunidad en general.
- ✓ Enfatizar el seguimiento de las madres de niños con riesgo a anemia través de las visitas domiciliarias.
- ✓ Que se realicen posteriores estudios y que se implemente programas educativos sobre prevención de anemia ferropénica a través de un estudio preexperimental.

Referencias Bibliográficas

- Atención integral del niño y la niña. (2009).
- Ann Marriner Tomey, M. R. (2003). *“Modelo y Tesis en Enfermería”*. Madrid - España: Quinta Edición.
- Brunner. (1996). *“Enfermería médico-quirúrgica*. México: Tomo I. Vol. I. ed. interamericana.
- Caldera, C. C. (2009). *“Factor de riesgo asociado a la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 24 a 59 meses de edad atendidos en el Hospital Militar Escuela ‘Dr. Alendro Dávila Bolaños’”*.
- Caldera, C. C. (2009). *Factores de riesgo asociados a la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 24 a 59 meses de edad atendidos en el Hospital Militar Escuela*. Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Enero – Diciembre.
- Bueno, E, (2002). *Enfoques principales y tendencias en dirección del conocimiento, características generales del niño y la niña de 0 a 6 años*.
- Endes. (2009). *Encuesta demográfica de salud familiar*. Lima- Perú.
- Esperanza, M. L. (2007). *“Nivel de conocimiento sobre la anemia ferropénica en las madres de niños de 1-12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas”*. Lima-Perú.
- González, F. (2002), *Cuaderno de educación y desarrollo fundamentales*. Pág. 225.
- González, M. R. (2002). *“El factor alimentario en la presencia de la deficiencia del hierro”*. Cuba.

- Hernandez, Sampieri R., y. o. (2003). *Metodología de la investigación*.
- Hurtado, D. A. (2009). *Hemoglobina, una preocupación constante*.
- Jiménez, S. (2005). *Community nutrición*.
- León, B. (2008). *Estado nutricional, anemia ferropénica y parasitosis intestinal en niños menores de cinco años*. Asentamiento Humano de Chayhu, distrito de Huaraz.
- Marcela, G. L. (2006). “*Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria para la prevención de anemia en lactantes internados en el servicio de pediatría del hospital EsSalud ADU Y P*”. San Juan de Lurigancho Lima, Perú.
- Mari, G. (2006). *Estudio de la población de prevalencia de anemia ferropénica en la plata y sus factores condicionantes*.
- Mas, A. I. (2008). *Anemias localización*. *Revista española de nutrición comunitaria*.
- Meneghelo. (1997). “*Pediatría médica*”. Buenos Aires: 5ta edición. Tomo II. Ed. Panamericana.
- Minsa. (2000). “*Prevención y control de la deficiencia de hierro*”. Lima.
- Nightengali, F. (1852). *Notas de Enfermería*.
- OMS. (2004). La anemia como centro de atención: Declaración conjunta de la OMS y el UNICEF. Hacia un enfoque integrado para el control eficaz de la anemia. Pág. 6.
- Pediatría, R. P. (2006). Anemia por deficiencia de hierro.
- Pender, N. J. (1982). *Modelo de promoción de la salud*.

Personas, D. G. (2011). *Mensajes, normas técnicas de salud para el Centro de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de cinco años*. Lima: Ministerio de salud.

Pino, J. L. (2007). *Médico Colegiado*.

Pozo., C. d. (1995). *“Metabolismo de hierro normal y patológico”*. Ed. Masson. Barcelona: 2da edición. Pág.129.

Proyecto Nacional de Prevención de Deficiencia de micronutrientes (PREDEMI). (1999). *Proyecto de corporación técnica internacional. Ministerio de salud, dirección de salud de las personas*. Lima, Perú.

Salazar, A. (1988). *El punto de vista filosófico*. Lima, Perú: El Alce.

Smeltzer, S. B. (2002). *Enfermería Médico-Quirúrgico*. Tercera ed. México.

White, E. (1887). *Mensajes selectos*. Puerto Rico: Tomo 2. Pág. 536.

White, E. (1890). *Consejos sobre régimen alimenticio*.

Anexos:

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P: ENFERMERÍA

CUESTIONARIO SOBRE LA ANEMIA

Este instrumento tiene como objetivo determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de anemia ferropénica en madres con niños menores de 5 años, que acuden al Centro de Salud Miguel Grau. Esta información servirá como propuesta para fortalecer los programas de intervención en la atención del niño relacionado con anemia, por lo cual reforzará su conocimiento y ayudará a mejorar sus conductas alimentarias que forman parte del estilo de vida. Los datos que se obtendrán son confidenciales, no necesita colocar su nombre, sin embargo, pido mucha sinceridad en sus respuestas. Su participación es muy importante, gracias por su colaboración.

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta y marque con una X dentro del paréntesis que corresponda a la respuesta elegida.

I. INFORMACIÓN GENERAL

1. Edad:

- Menor de 20 años. ()1
 21 -30 años ()2
 31-40 años. ()3
 Mayor de 41 años. ()4

2. Sexo:

- Femenino ()1
 Masculino ()2

3. Lugar de procedencia:

- Sierra ()1
 Costa ()2
 Selva ()3
 Extranjero ()4

4. Estado civil:

- Casada ()1
Soltera ()2
Conviviente ()2
Divorciada ()4
Viuda ()5

5. Grado de instrucción académica:

- Primaria completa ()1
Primaria incompleta ()2
Secundaria completa ()3
Secundaria incompleta ()4
Superior ()5
Sin instrucción ()6

6. Centro de trabajo:

- En casa ()1
Fuera de casa ()2

7. Religión:

- Católica ()1
Evangélica ()2
Otra ()3

8. ¿Dónde suele consumir sus alimentos?

- En casa ()1
En una pensión ()2
En comedores populares ()3

9. ¿Cree que el hierro es importante en su alimentación?

- SÍ () NO ()

II. CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA.

10. ¿Qué es la anemia ferropénica?
 - a) Es el estado de profundo sueño y malestar
 - b) Es cuando el niño presenta palidez palmar y conjuntiva
 - c) Es la disminución de hierro en la sangre que hace que el niño/niña esté cansado y se enferme fácilmente.
 - d) Es una enfermedad infecciosa y contagiosa.
11. ¿Qué personas tienen más riesgo de tener anemia ferropénica?
 - a) Los niños menores de 5 años
 - b) Madres gestantes y madres que dan de lactar
 - c) Jóvenes y personas adultas
 - d) Ancianos
12. ¿Cuál de los siguientes nutrientes sirven para prevenir la anemia en un niño?
 - a) Calcio, vitamina C, minerales.
 - b) Vitaminas C, hierro, sulfato ferroso.
 - c) Sulfato ferroso, glucosa, grasa.
 - d) Minerales, cloro, glucosa.
13. ¿Qué alimentos debe consumir un niño para prevenir la anemia ferropénica?
 - a) Alimentos ricos en vitamina como: papaya, plátano, manzana, piña.
 - b) Alimentos ricos en grasa como: aceite, mantequilla, manteca, etc.
 - c) Alimentos ricos como la quinua, trigo, verduras oscuras como la espinaca y la acelga; pescado, carnes, pollo, vísceras (hígado, bofe)
 - d) Alimentos ricos como quinua, aceite, pollo, manteca.
14. Los alimentos de origen animal (carne, pollo, pescado, leche, huevo, queso, etc.)
 - a) Previenen la anemia ferropénica solo en niños menores de 1 año
 - b) Son alimentos que previenen la anemia ferropénica
 - c) Son para llenar el estomago
 - d) Ninguna
15. ¿Cuáles son los alimentos ricos en hierro que un niño debe comer para prevenir la anemia ferropénica?

- a) Carnes rojas, pescado, vísceras (hígado, bofe), vegetales de color oscuro, menestras.
 - b) Vegetales de color oscuro, arroz, aceite, grasa.
 - c) Plátano, manzana, piña, papaya, mandarina.
16. Las porciones de verduras que se debe consumir por día son:
- a) 2 porciones
 - b) 3 porciones
 - c) 4 porciones
 - d) 5 porciones a más.
17. Las porciones de frutas con vitamina C que se debe consumir por día son:
- a. 2 porciones
 - b. 3 porciones
 - c. 4 porciones
 - d. 5 porciones a más.
18. Sabe usted ¿Cuántas veces al día debe comer un niño/a menor de 3 años?:
- a) 3 veces al día
 - b) 4 veces al día
 - c) 5 veces al día
 - d) Más de 5 veces al día
19. Si tuviera que elegir una alimentación rica en hierro para evitar la anemia ferropénica, ¿cuáles de los siguientes alimentos tomaría en cuenta con prioridad?
- a) Manzana, plátano, betarraga, palta.
 - b) Avena, arroz, trigo, fideo, frijol, aceite.
 - c) Pescado, menestra, acelga, quinua, frijol, vísceras, espinaca.
 - d) Frijol, vísceras, espinaca, huevo.

III. AUTORREPORTE DE PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE ANEMIA

	Ítem	Nunca (a)	Casi nunca (b)	A veces (c)	Casi siempre (d)	Siempre (e)
1	Le doy a mi hijo 2 veces a la semana menestras, verduras de hojas verdes oscuras.					
2	Le doy a mi hijo 1 vez a la semana hígado, sangrecita y bazo.					
3	Le doy leche, huevos y queso a mi hijo.					
4	Le doy a mi hijo todos los días frutas ricas en vitamina C.					
5	Llevo periódicamente a mi hijo a su control de crecimiento y desarrollo.					
6	Administro el suplemento sulfato ferroso según la indicación.					
7	Continúo dándole lactancia materna a mi hijo.					
8	Le doy otras leches como suplemento a mi hijo.					
9	Llevo a mi hijo al centro de salud para realizar descarte de parásitos.					
10	Llevo a mi hijo al centro de salud para su examen de hemoglobina.					

IV. ACTITUDES: Este cuestionario presenta una serie de frases. Lea cada una de ellas.

Por favor, responda cada frase colocando una (X) debajo del número que describa mejor su situación de acuerdo con lo siguiente:

	Ítems a evaluar	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Darle menestras oscuras (frijol negro, lentejita, frijol castilla y otros parecidos) a mi hijo, le ayudará a prevenir la anemia.					
2	El consumo de frutas cítricas ayuda a prevenir la anemia.					
3	Las verduras de color verde intenso tales como espinaca, acelga, brócoli, etc. son importantes para prevenir la anemia.					
4	Comer fruta durante el día me parece importante en la nutrición de mi hijo para....					
5	Es importante educarme sobre prevención de la anemia.					
6	El suplemento de hierro indicado es básico para prevenir la anemia en mi hijo.					
7	Consumir alimentos ricos en hierro previene la anemia en mi hijo.					

MUCHAS GRACIAS

RESULTADO DE APLICACIÓN DE CONOCIMIENTO

Ítemes	Encuestas sobre Conocimiento	R. Correctas		R. Incorrectas	
		n	%	n	%
1	10 ¿Qué es la anemia ferropénica?	75	77.3	22	22.7
2	11 ¿Qué personas tienen más riesgo de tener anemia ferropénica?	64	66.0	33	34.0
3	12 ¿Cuál de los siguientes nutrientes sirven para prevenir la anemia en un niño?	68	70.1	29	29.9
4	13 ¿Qué alimentos debe consumir un niño para prevenir la anemia ferropénica?	93	95.9	4	4.1
5	14 Los alimentos de origen animal (carne, pollo, pescado, leche, huevo, queso, etc.)	55	56.7	42	43.3
6	15 ¿Cuáles son los alimentos ricos en hierro que un niño debe comer para prevenir la anemia ferropénica?	84	86.6	13	13.4
7	16 Las porciones de verduras que se debe consumir por día son:	48	49.5	49	50.5
8	17 Las porciones de frutas con vitamina C que se debe consumir por día son:	45	46.4	52	53.6
9	18 Sabe usted ¿Cuántas veces al día debe comer un niño/a menor de 3 años?:	64	66.0	33	34.0
10	19 Si tuviera que elegir una alimentación rica en hierro para evitar la anemia ferropénica, ¿cuáles de los siguientes alimentos tomaría en cuenta con prioridad?	94	96.9	3	3.1
Total					97

La mayoría de madres (77,3%) que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” saben que la anemia ferropénica en los niños menores de 5 años es la disminución de hierro en la sangre que hace que el niño o niña esté cansado y se enferme fácilmente. Sin embargo, hay un 22.7% de madres que asocian la anemia a un estado de profundo sueño y malestar, o con

la presencia de palidez palmar y conjuntiva en los niños, lo cual puede constituirse en una conceptualización riesgosa.

Más de la mitad (66%) de madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” manifiestan que son los niños menores de 5 años los que tienen mayor riesgo de tener anemia ferropénica. Asimismo, hay un 30.9% que considera que son las madres gestantes y madres que dan de lactar las que tienen mayor riesgo antes que los menores de 5 años.

El 70.1% de madres que acude al Centro de Salud “Miguel Grau” refiere que la vitamina C, hierro y sulfato ferroso son los nutrientes que sirven para prevenir la anemia en niños menores de 5 años. Sin embargo, un buen grupo de madres (25,8%) cree que es el calcio, la vitamina C y los minerales los que pueden prevenir la anemia constituyéndose esto en un riesgo muy peligroso.

Casi todas las madres (95,9%) que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” manifiestan que los alimentos que deben consumir los niños menores de 5 años para prevenir la anemia ferropénica son los alimentos ricos en hierro, como la quinua y el trigo; verduras oscuras como la espinaca; y carnes como el pescado, carne de res, pollo y vísceras.

Más de la mitad (56.7%) de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” consideran que los alimentos de origen animal como carne, pollo, pescado, leche, huevo, queso, etc. previenen la anemia ferropénica; y un 27.8% refiere que solo la previenen en niños menores de 1 año.

La gran mayoría de madres (88%) que acuden al centro de salud “Miguel Grau”, consideran que los alimentos ricos en hierro que un niño menor de 5 años debe comer para prevenir la anemia ferropénica son: carnes rojas, pescado, vísceras, vegetales de color verde oscuro y menestras. Sin embargo, un pequeño grupo (11,3%) considera que los alimentos

ricos en hierro para prevenir la anemia son vegetales de color verde oscuro, arroz, aceite y grasa; lo cual puede constituirse en un riesgo para la salud de los niños.

Casi la mitad (49,5%) de las madres que acude al Centro de Salud “Miguel Grau” considera que 3 porciones de verduras deben consumir por día los niños menores de 5 años para prevenir la anemia ferropénica; y un tercera parte (30,9%) de madres considera que 2 porciones es suficiente.

Cerca de la mitad (46,4%) de las madres que acude al Centro de Salud “Miguel Grau”, cree que las porciones de fruta con vitamina C que se debe consumir por día son 2 porciones y un (41.2%) de las madres afirman que deben ser 3 porciones, siendo lo último correcto.

Más de la mitad (66%) de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau”, refiere que un niño menor de 3 años debe comer 5 veces al día para prevenir la anemia ferropénica, mientras que un 25.8% de madres considera que debe ser de 4 a porciones a menos, lo cual puede constituirse en un riesgo.

Casi todas (96,9%) las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” priorizan alimentos ricos en hierro como el pescado, menestra, acelga, quinua, frijol, vísceras, espinaca; para evitar la anemia ferropénica en niños menores de 5 años.

Nivel de actitudes sobre prevención de anemia

Ítemes	Actitud	Totalmente										
		en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Totalmente de acuerdo		
		N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1	Darle menestras oscuras (frijol negro, lentejita, castilla, parecidos) a mi hijo, le ayudará a prevenir la anemia.	=	=	=	=	=	=	29	29.9	68	70.1	
2	El consumo de frutas cítricas ayuda a prevenir la anemia.	1	1.0	15	15.5	2	2.1	53	54.6	26	26.8	
3	Las verduras de color verde intenso tales como espinaca, acelga, brócoli, etc. son importantes para prevenir la anemia.	2	2.1	=	=	=	=	41	42.3	54	55.7	
4	Comer fruta durante el día me parece importante en la nutrición de mi hijo para...	2	2.1	=	=	3	3.1	34		35.1	58	59.8
5	Es importante educarme sobre la prevención de la anemia.	1	1.0	=	=	1	1.0	30	30.9	65	67.0	
6	El suplemento de hierro indicado es básico para prevenir la anemia en mi hijo.	2	2.1	=	=	2	2.1	32	33.0	61	62.9	
7	Consumir alimentos ricos en hierro previene la anemia en mi hijo	2	2.1	=	=	2	2.1	24	24.7	69	71.1	
Total										97		

Todas las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” afirman que las menestras oscuras ayudan en la prevención de anemia en sus hijos menores de 05 años.

El 81,4% de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” afirman que el consumo de frutas cítricas ayuda en la prevención de anemia en sus hijos menores de 5 años, mientras que un 18,6% no cree o es indiferente a que el consumo de frutas cítricas ayuda en la prevención de anemia.

Casi todas (98%) las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” afirman que el consumo de verduras de color verde intenso son importantes en la prevención de anemia en sus hijos menores de 5 años.

Casi todas (94,9%) las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” afirman que el consumo de fruta durante el día es importante en la prevención de anemia en sus hijos menores de 5 años.

Casi todas (97.9%) las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” asumen que es importante educarse en la prevención de anemia de sus hijos menores de 5 años.

El 95,9% de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” afirma la importancia del suplemento de hierro indicado como elemento básico para prevenir la anemia de sus hijos menores de 5 años.

Casi todas las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” afirman que el consumo de alimentos ricos en hierro es importante en la prevención de la anemia de sus hijos menores de 5 años.

Nivel de prácticas sobre prevención de anemia

Ítemes	Prácticas	Nunca		Casi Nunca		A veces		Casi Siempre		Siempre	
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1	Le doy a mi hijo 2 veces a la semana	=	=	=	=	31	32.0	46	47.4	20	20.6
	menestras, verduras de hojas verdes oscuras.										
2	Le doy a mi hijo 1 vez a la semana hígado, sangrecita y bazo.	8	8.2	10	10.3	41	42.3	8	8.2	30	30.9
3	Le doy leche, huevos, y queso a mi hijo.	2	2.1	3	3.1	8	8.2	39	40.2	45	46.4
4	Le doy a mi hijo todos los días frutas ricas en vitamina C.	2	2.1	5	5.2	18	18.6	22	22.7	50	51.5
5	Lo llevo periódicamente a su control de crecimiento y desarrollo.	3	3.1	8	8.2	25	25.8	27	27.8	34	35.1
6	Administro el suplemento sulfato ferroso según la indicación.	9	9.3	2	2.1	31	32.0	27	27.8	28	28.9
7	Continúo dándole lactancia materna a mi hijo.	26	26.8	7	7.2	29	29.9	9	9.3	26	26.8
8	Le doy otras leches como suplemento a mi hijo.	45	46.4	5	5.2	15	15.5	14	14.4	18	18.6
9	Llevo a mi hijo al	5	5.2	14	14.4	16	16.5	32	33.0	30	30.9

	centro de salud para realizar descarte de parásitos.										
10	Llevo a mi hijo al centro de salud para su examen de hemoglobina.	6	6.2	9	9.3	28	28.9	25	25.8	29	29.9
Total											97

Solo el 20.6% de madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” siempre dan 2 veces por semana menestras y verduras de hojas verdes oscuras, y un poco más de la tercera parte (32%) a veces, constituyéndose en un potencial riesgo de anemia ferropénica en sus hijos menores de 5 años.

Solo la tercera parte (30.9%) de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” le dan a su hijos menores de 5 años, 1 vez a la semana, hígado, sangrecita y bazo; y más de la mitad (60,8%) le dan a veces, casi nunca y algunas veces nunca, los alimentos antes mencionados, constituyéndose en un riesgo en la prevención de la anemia ferropénica.

Solo un 46.4 % de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” siempre le dan a sus hijos leche, huevos y queso a sus hijos menores de 5 años; y un 13.4% le dan a veces, casi nunca y algunos nunca estos alimentos.

Más de la mitad (51,5%) de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” le dan siempre a sus hijos menores de 5 años frutas ricas en vitamina C para la prevención de la anemia ferropénica. Sin embargo, el 25.8% dan a veces, casi nunca y algunos nunca, estos alimentos a sus pequeños.

Solo un 35.1% de las madres acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” para el control periódico de crecimiento y desarrollo de sus hijos menores de 5 años y más de la tercera parte (37.1%) lo hacen a veces, casi nunca y algunos nunca.

Solo el 28.9% de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” administran el suplemento sulfato ferroso, según indicación, en los hijos menores de 5 años. Además, cerca de la mitad (43.3%) de las madres administran a veces, según indicación médica, este suplemento, y un buen número (11,3%) casi nunca lo hace, y otras realmente nunca lo hacen.

Solo un 26.8% de madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” continúan dándole lactancia materna a sus hijos menores de 5 años y un 29.9% lo hace a veces. Sin embargo, casi la tercera parte (26.8%) nunca lo hace.

Más de la tercera parte (33%) de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” siempre y casi siempre le dan a sus hijos menores de 5 años otras leches como suplemento y un 15.5% a veces lo hacen. Sin embargo, es importante resaltar que cerca de la mitad (46,4%) nunca lo hace.

Solo el 30.9% de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” realizan siempre descarte de parásitos a sus hijos menores de 5 años, y más de la tercera parte (36,1%) a veces, casi nunca o nunca lo hacen, lo cual puede constituirse en un riesgo en la prevención de la anemia ferropénica.

Un 55,7% de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau” siempre y casi siempre acuden para que se les realice un examen de hemoglobina a sus hijos menores de 5 años. Sin embargo, un 15,5 % casi nunca y algunos nunca lo hacen.

Escala: Analisis de Fiabilidad

Resumen del procesamiento de los casos

		n	%
Casos	Válidos	97	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	97	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,723	27

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlació n elemento- total corregida	Alfa de Cronbac h si se elimina el elemento
¿Que es la anemia ferropénica?	86,16	69,848	,209	,718
¿Que personas tienen más riesgo de tener anemia ferropénica'	87,42	71,351	,137	,721
¿Cual de las siguientes nutrientes sirven para prevenir la anemia en un niño'	87,01	73,177	-,060	,728
¿Qué alimentos debe consumir un niño para prevenir la anemia ferropénica'	85,87	72,138	,106	,722
Los alimentos de origen animal (carne, pollo, pescado, leche, huevo, queso,etc.)	86,82	74,813	-,178	,742
¿Cuales son los alimentos ricos en hierro que un niño debe comer para prevenir anemia ferropénica'	87,64	74,004	-,176	,731
Las porciones de verduras que se debe consumir por día son:	86,79	73,186	-,071	,737
Las porciones de fruta con vitamina C que se debe consumir por día son:	87,12	71,839	,046	,726
Sabe usted ¿Cuantas veces al día debe comer un niño/ a menor de 3 años?	86,07	69,797	,200	,718
Si tuviera que elegir una alimentacion rica en hierro para evitar la anemia ferropénica. ¿Cuales de los siguientes alimentos tomaria en cuenta con prioridad?	85,76	73,683	-,267	,727
Le doy a mi hijo 2 veces a la semana, menestras, verduras de hojas verdes oscuras.	84,91	68,064	,365	,709
Le doy a mi hijo 1 vez a la semana higado, sangrecita y bazo.	85,36	61,046	,524	,689
Le doy leche, huevos, y queso a mi hijo.	84,54	67,355	,325	,710

Le doy a mi hijo todo los dias frutas ricas en vitamina C.	84,63	66,590	,310	,710
Llevo periodicamente a su control de crecimiento y desarrollo.	84,96	63,519	,469	,696
Administro el suplemento, sulfato ferroso segun indicacion.	85,14	63,937	,397	,702
Continúo dandole lactancia materna a mi hijo.	85,77	63,177	,305	,713
Le doy otras leches como suplemento a mi hijo.	86,26	64,693	,216	,725
Llevo a mi hijo al centro de salud para realizar descarte de paracitos.	85,09	62,023	,500	,692
Llevo a mi hijo al centro de salud para su examen de hemoglobina.	85,15	62,195	,500	,692
Darle menestras oscuras (frijol negro, lentejita, castilla, parecidos) a mi hijo, le ayudara a prevenir la anemia.	84,09	69,960	,356	,713
El consumo de frutas cítricas ayuda a prevenir la anemia.	84,89	70,164	,104	,726
Las verduras de color verde intenso tales como espinaca, acelga, brócoli, etc. Son importantes para prevenir la anemia.	84,30	67,024	,464	,704
Comer fruta durante el día me parece importante en la nutrición de mi hijo.	84,29	67,749	,372	,708
Es importante educarme sobre prevención de la anemia	84,16	68,931	,351	,711
El suplemento de hierro indicado es básico para prevenir la anemia en mi hijo.	84,25	67,396	,412	,706
Consumir alimentos ricos en hierro previene la anemia en mi hijo.	84,16	67,410	,417	,706

