

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**  
**FACULTAD DE ENFERMERIA**



**CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS SOBRE PREVENCION DE LA ANEMIA  
FERROPENICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 NESES DEL CENTRO  
DE SALUD CHACRA COLORADA, BREÑA 2017.**

TESIS

PRESENTADO POR:

**BACH. GRECIA ARBILDO OJANAMA**

PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ASESORA:

DRA: NANCY GAMBOA KAN

LIMA, PERÚ

2019

## DEDICATORIA

Para iniciar dedico a nuestro creador, quien me ayudó y brindó fortaleza para continuar y no perder el ánimo en las dificultades que se me presentaban, e hizo que aprenda a enfrentar los percances sin desvanecer jamás la voluntad ni desfallecer en el intento.

A mi familia, mi mamá Marnith, porque nunca dejó de confiar en mí y me brindó su apoyo incondicional en muchas oportunidades difíciles de mi vida, quien me patrocino con todo el material necesario para continuar con mis estudios, junto a mi pequeña hija Luciana Del Carmen, a quien también dedico, porque ella me dio coraje y fuerza para conseguir mis objetivos. A Axell agradezco su apoyo, amor y comprensión como compañero de mi vida.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a aquellos profesores, por sus doctrinas del saber, a mi alma máter, universidad Inca Garcilaso de la Vega, que fue durante 5 años mi casa de estudios; al centro de salud Chacra colorada por otorgarme y poder adquirir grandes conocimientos mediante el internado, donde realicé mi investigación, gracias a la ayuda de la Lic. Regina Nalvarte, a quien agradezco, además por brindarme sus conocimientos de muchos años de experiencia.

## RESUMEN

La investigación tiene como objetivo determinar la relación que existe entre los conocimientos y las prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017. La investigación es de tipo cuantitativa, el diseño utilizado es el descriptivo correlacional, en la determinación del grado de relación existente entre dos o más variables. El estudio se realizó con una muestra de 80 pares de madre-hijo que asisten al servicio de CRED del C.S.C.C., el instrumento que se utilizó fue un cuestionario que consta en las variables el nivel de conocimientos y prácticas y prevención de anemia ferropénica, cómo se determinó su confiabilidad con valores alfa de Cronbach de 0,63 y 0,61. El cuestionario se validó con la participación de 3 jueces expertos, cuyas valoraciones permitieron establecer un alto nivel de validez de los ítems. La confiabilidad se obtuvo con el alfa cronbach, cuyos valores calculados para conocimientos y prácticas fueron de 0,640 y 0,636, respectivamente, que indican que el instrumento es confiable. Para el caso de esta investigación, se aplicó el método de jueces expertos con la participación de 3 especialistas en el tema. En los resultados se encontró que existe correlación directa entre las variables de estudio, con un índice de 0,514, el cual es significativo al nivel de  $p < 0,01$ . De manera específica, se obtuvieron correlaciones directas entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y cada una de las prácticas de prevención, se concluye que los resultados obtenidos indican que existe relación positiva entre los conocimientos y las prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses de la muestra investigada. Se recomienda al personal de enfermería, fomentar nuevas investigaciones para crear nuevas estrategias para socializar entre los enfermeros y otros personales de salud en cooperar para luchar contra la anemia ferropénica.

**PALABRAS CLAVE:** Anemia infantil, Desnutrición, Anemia ferropénica, Práctica prevención y conocimiento, Hemoglobina y globulos rojos.

## ABSTRACT

The research aims to determine the relationship between knowledge and practices on prevention of iron deficiency anemia in mothers of children aged 6 to 24 months of the Chacra Colorada Health Center, Breña, 2017. The research is quantitative, the design used is the correlational descriptive, in determining the degree of relationship between two or more variables. The study was carried out with a sample of 80 mother-child pairs attending the CRED service of the CSCC, the instrument that was used was a questionnaire that includes in the variables the level of knowledge and practices and prevention of iron deficiency anemia, how to determined its reliability with Cronbach alpha values of 0.63 and 0.61. The questionnaire was validated with the participation of 3 expert judges, whose assessments allowed establishing a high level of validity of the items. Reliability was obtained with the cronbanch alpha, whose values calculated for knowledge and practices were 0.640 and 0.636, respectively, which indicate that the instrument is reliable. In the case of this investigation, the method of expert judges was applied with the participation of 3 specialists in the subject. In the results it was found that there is a direct correlation between the study variables, with an index of 0.514, which is significant at the level of  $p < 0.01$ . Specifically, direct correlations were obtained between knowledge on prevention of iron deficiency anemia and each of the prevention practices, it is concluded that the results obtained indicate that there is a positive relationship between knowledge and practices on prevention of iron deficiency anemia in mothers of children 6 to 24 months of the sample investigated. Nurses are recommended to encourage further research to create new strategies to socialize among nurses and other health personnel in cooperating to fight iron deficiency anemia.

**KEY WORDS:** Childhood anemia, Malnutrition, Iron deficiency anemia, Prevention and knowledge practice, Hemoglobin and red blood cells.

# ÍNDICE

RESUMEN .....	IV
ABSTRACT .....	V
ÍNDICE.....	VI
INTRODUCCIÓN .....	8
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	11
1.2. Definición del Problema .....	17
1.2.1. Problema General.. .....	17
1.2.2. Problemas Específicos .....	17
1.3. Objetivos de la Investigación.....	17
1.3.1. Objetivo General .....	17
1.3.2. Objetivos Específicos.....	18
1.4. Finalidad e Importancia.....	18
CAPÍTULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
2.1. Bases Teóricas .....	20
2.1.1. Aspectos teóricos conceptuales sobre la anemia .....	20
2.1.2. Generalidades sobre prácticas para prevenir la anemia ferropénica.....	36
2.1.3. Prácticas alimentarias .....	38
2.1.4. Rol de la enfermera en la prevención de la anemia ferropénica:.....	48
2.1.5. Modelo de Atención Integral de Salud basada en la Familia y Comunidad.....	51
2.1.6. Teoría de enfermería .....	58
2.2. Estudios Previos .....	61
2.3. Marco Conceptual .....	67
2.3.1. Generalidades .....	67
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	71
3.1. Formulación de la Hipótesis .....	71
3.1.1. Hipótesis General .....	71
3.1.2. Hipótesis Específicas .....	71
3.2. Variables de estudio.....	72
3.2.1. Clasificación de Variables.....	72

3.2.2. Definición Coceptual de las Variables .....	72
3.2.3. Definición Operacional de las variables .....	72
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA .....	75
4.1. Descripción del Método y Diseño .....	75
4.2. Tipo y nivel de Investigación .....	76
4.3. Población, Muestra y Muestreo .....	76
4.3.1. Población.....	76
4.3.2. Muestra.....	76
4.3.3. Muestreo.....	77
4.4. Consideraciones Éticas .....	77
CAPÍTULO V: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATO.....	79
5.1 Técnicas e Instrumentos .....	79
5.2 Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos.....	82
CAPÍTULO VI: RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	84
6.1. Presentación, análisis e interpretación de datos.....	84
6.2 Conclusiones.....	123
6.3 Recomendaciones .....	124
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	126
ANEXOS .....	130
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA .....	131
ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	135

## INTRODUCCIÓN

La anemia infantil en el Perú es un problema de salud pública prioritari, con una alta prevalencia y con grupos poblacionales expuestos a un mayor riesgo de padecerla. El impacto de ésta enfermedad en general es enorme, especialmente por sus efectos a largo plazo en la salud física y mental. La desnutrición infantil ha sido catalogada por la UNICEF (2006) como una emergencia silenciosa: genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona, y que no se detectan de inmediato. La primera señal es el bajo peso, seguido por la baja altura; sin embargo, ellas son solo las manifestaciones más superficiales del problema. Según UNICEF, hasta el 50% de la mortalidad infantil se origina, directa o indirectamente, por un pobre estado nutricional.

Se sabe que actualmente el pueblo peruano presenta graves problemas de salud relacionados con la nutrición, particularmente en los menores de 5 años, ya que tienen elevados niveles de predominio de la anemia ferropénica. A nivel de nacional, el 47.3% presenta dicha enfermedad afectando a casi a más de la mitad de la población. En 1997 el estado peruano creó el Programa Nacional de Prevención de Deficiencias de Micronutrientes (PREDEMI) para enfrentar este dilema, 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).

La mamá, como principal figura del hogar y responsable del menor, desempeña una función predominante en el cuidado y la prevención para que su niño no presente anemia ferropénica, 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, la que pudo ser adquirida por creencias, costumbres y prácticas (ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la experiencia), las que son valoradas 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 condicionado a interacciones con sustancias inhibidoras 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 (Ruiz, Picó, Rosich, y Morales, 2002).

Podemos considerar, que el rápido crecimiento del niño en sus primeros años, los requerimientos nutricionales son más altos y específicos, y que la alimentación depende enteramente de terceros (padres o cuidadores), quienes posiblemente no dispongan de los conocimientos suficientes para realizar esta tarea de forma adecuada. Por su parte, la función de enfermería es prevenir esta enfermedad por la información a la familia, la cual se brinda a través de la educación y la comunicación. El objetivo es asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la recuperación de la tendencia del crecimiento. Por tal motivo, la presente tesis busca determinar la relación entre los conocimientos y las prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6-24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña.

Este trabajo de investigación se distribuye por 6 capítulos de la siguiente manera:

El primer capítulo, corresponde al problema de investigación, donde se describe la realidad problemática, para proseguir con la formulación de las preguntas de investigación, los objetivos y la finalidad e importancia del trabajo.

En el segundo capítulo, se incluyen las bases teóricas sobre la anemia, la anemia ferropénica y sus prácticas de prevención, así como las teorías de enfermería, los estudios previos y el marco conceptual.

En el tercer capítulo, se agrega la formulación de las hipótesis y la clasificación y definición de las variables investigadas.

En el cuarto capítulo, se describen el tipo y nivel, tanto como el método y diseño de investigación, además de caracterizar la población, muestra y técnica de muestreo, sin dejar de mencionar las consideraciones éticas.

El quinto capítulo, trata de las técnicas e instrumentos de recolección de datos, incluyendo el procedimiento y la presentación de datos.

El sexto capítulo, comprende la presentación de resultados, con el correspondiente análisis; y, además, las conclusiones y recomendaciones del trabajo, de acuerdo a los objetivos e hipótesis de estudio.

Finalmente, los últimos apartados del informe de tesis contienen la bibliografía y los anexos, que contiene la matriz de consistencia y donde se adjunta el formato de los instrumentos de recolección de datos utilizados.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. Descripción de la realidad problemática

La anemia ferropénica con frecuencia se puede desarrollar en menores de 2 años, ocasionada por una ingesta inadecuada de hierro o por la baja cantidad de absorción de hierro. Dentro las variables, debemos tener en cuenta que las mamás, quienes cuidan a los niños menores de 24 meses, deben ser orientadas a promover cuidados con una base de conocimientos, prácticas y prevención para lograr que la anemia disminuya.

La anemia por deficiencia de hierro es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo. A pesar de conocer tanto sobre su etiología y la forma de enfrentarla es uno de los problemas nutricionales menos controlado. Ocasiona series consecuencias en la salud presente y futura del niño en diferentes áreas: Inmunológico, intestinal, conductual, termogénesis, físico, metabolismo y a nivel del sistema nervioso donde el daño es permanente. La anemia ferropénica en la infancia es la principal causa de anemia en los niños, siendo altamente prevalente en países en vías de desarrollo debido a la pobre ingesta de hierro de adecuada biodisponibilidad en la población. Sin embargo, también en países desarrollados es muy probable que este tipo de anemia sea la única deficiencia nutricional seriamente de consideración.

La anemia ferropénica en la infancia es fundamentalmente, el resultado de la combinación de una ingesta inadecuada de hierro y de un aumento de los requerimientos del mismo, impuesto por el rápido ritmo de crecimiento. 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.) (Willoughby, 1979)

La Organización Mundial de la Salud define la anemia cómo “la disminución de la concentración de hemoglobina y el número de glóbulos rojos por debajo de los niveles considerados como normales para una persona; el valor límite es de 11g/dl para niños de 6 meses a 5 años de edad” (Willoughby, 1979). La medición de hemoglobina es reconocida cómo el criterio clave para el diagnóstico de anemia en niños. El hierro es un mineral que forma parte de la hemoglobina y es fundamental en el transporte de oxígeno de las células, desempeña una función básica en el transporte y almacenamiento de oxígeno a los tejidos y órganos, así como en los procesos de respiración celular. La base de datos a nivel mundial es el medio donde se estima sobre la anemia a nivel nacional, regional y mundial. Se emplea cómo indicador la concentración de hemoglobina en sangre; los límites de los intervalos de normalidad en los diferentes grupos fisiológicos de la población se definieron en una reunión consultiva de expertos que la OMS llevó a cabo en Ginebra en 1992. La prevalencia mundial de la anemia en la población general es el 24, 8%, y se calcula que 1620 millones de personas presentan anemia.

La Organización Mundial de la Salud define la anemia cómo “la disminución de la concentración de hemoglobina y el número de glóbulos rojos por debajo de los niveles considerados como normales para una persona; el valor límite es de 11g/dl para niños de 6 meses a 5 años de edad” (Willoughby, 1979). La medición de hemoglobina es reconocida cómo el criterio clave para el diagnóstico de anemia en niños. El hierro es un mineral que forma parte de la hemoglobina y es fundamental en el transporte de oxígeno de las células, desempeña una función básica en el transporte y almacenamiento de oxígeno a los tejidos y órganos, así como en los procesos de respiración celular.

Se sabe que actualmente la población peruana presenta problemas de salud relacionados a la nutrición especialmente en la población menor de 5 años, siendo uno de ellos los altos niveles de prevalencia de la anemia ferropénica. En esta población se observa que a nivel nacional en el año 2014, según la ENDES, el 35.6% presentó dicha enfermedad.

La base de datos a nivel mundial es el medio donde se estima sobre la anemia a nivel nacional, regional y mundial. Se emplea cómo indicador la concentración de hemoglobina en sangre; los límites de los intervalos de normalidad en los diferentes grupos fisiológicos de la población se definieron en una reunión consultiva de expertos que la OMS llevó a cabo en Ginebra en 1992. La prevalencia mundial de la anemia en la población general es el 24,8%, y se calcula que 1620 millones de personas presentan anemia.

(Organización Panamericana de la Salud, Panamá 2006), En Panamá, la prevalencia de anemia ferropénica es considerado un problema de Salud Pública. La deficiencia de hierro es la causa principal para el desarrollo de la anemia, ya que el impacto de otros factores etiológicos no fue estudiado. Hay información disponible, indicando una alta prevalencia de anemia en la población en general. La severidad de la anemia corresponde de leve a moderado. Existen otros estudios previos de prevalencia de anemia en escolares. En las áreas rurales de la provincia de Chiriqui, la prevalencia de anemia (Hb < 12 g/dl) en escolares en el año 1995, antes de iniciar la suplementación semanal con fumarato ferroso, era de 80% (n=1841). En otro estudio realizado en cinco escuelas las provincias del Distrito de Antón, Provincia de Coclé, Juan Díaz, El Entrandero, Altos de la Estancia, San Juan de Dios y Chumical, la prevalencia de anemia (Hb < 12 g/dl) antes del inicio de la suplementación con hierro semanal (Enero de 1996, n=901) fue de 42.4% cifra que se redujo significativamente con la suplementación a 27.4%(p <0.05) (Diciembre de 1996, n=1 841), observándose el mayor impacto en los escolares que habían recibido hierro semanal y crema de maíz enriquecida con hierro.

En el Centro de Salud Chacra Colorada, donde realicé mi internado pude observar en el servicio de CRED de los niños que son atendidos presentan anemia ferropénica, detectados a los 6 meses a 1 año, 2 años el diagnóstico se realiza mediante un examen de Hb, se brinda orientación sobre la alimentación complementaria y alimentos que poseen una gran cantidad de hierro y que este mineral se absorba, también se brinda a la mamá del menor

los micronutrientes para administrar en cada comida del menor. La enfermera del área tiene por misión motivar, promover orientando sobre conocimientos, prácticas y prevención de la anemia ferropénica. Todo niño que ingresa al centro de salud, tiene que ser atendido y no perder la oportunidad de poder diagnosticar a un niño con riesgo o que ya tengan anemia, enfermería tiene esa labor en contribuir a proteger la salud del niño.

Durante la entrevista con cada madre, hay un gran porcentaje que desconoce, y un factor principal para que ocurra la deficiencia de hierro es la falta de tiempo, muchas madres dejan al cuidado de sus hijos con otras personas y como otras el trabajo les limita a que puedan lograr alimentar al menor de una manera correcta. Muchas refieren, “no le doy sangrecita no le gusta”, “no le gusta el bazo”, “no tengo tiempo para poder preparar la comida de mi hijo por mi trabajo solo almorzamos menú”.

El personal de enfermería quien forma parte para la atención del niño en el área de CRED, atención al niño sano, están encargados en proporcionar los cuidados mediante la orientación y educación a las madres con menores de 24 meses, tomando en cuenta los principios y la ética profesional. El Objetivo es brindar los conocimientos para las madres y puedan aplicarlo para prevenir esta deficiencia de hierro en nuestros niños.

El (MAIS) conocido como el MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, fue superpuesto en el Perú, un método estructurado de pruebas fundado en el sentido biopsicosocial, se encamina a la ciudadanía sana y enferma, donde se integra la dimensión preventivo-promocional para la atención de salud y la intervención de la comunidad. Este modelo resalta en la provisión total de paquetes de intervención, aunque no tenga mucha demanda, satisface necesidades de salud priorizado por el Estado: siendo ellos los paquetes de atención integral para las personas, familia y la comunidad. Estos son quienes forman parte de las intervenciones que todo individuo debe obtener para preservar y fortalecer su salud. Se diferenció por cada una de las fases del ciclo de vida de todo individuo, tal forma que el paquete integral de niños menores de 5 años se hace alusión al conjunto de

actividades que se deben realizar para prevenir la anemia, siendo principalmente la entrevista que se desarrolla con la madre con la finalidad de dirigir la forma de cómo manejar la alimentación con fuentes de hierro, otro método asignado es la administración de micro-nutrientes rico en: hierro, vitamina A, complejo B y otros nutrientes como hierro, zinc, ácido fólico y vitamina C. Para finalizar, se procede a la detección mediante el diagnóstico y tratamiento de la anemia, que se realizará 01 vez por año a partir de 6 meses de edad para el descarte de anemia; seguido la parasitosis, a partir de los 12 meses para el descarte de parasitosis (MINSA, 2011).

La atención Primaria de Salud en el Perú, está dirigida por la enfermera y tiene como principal función en dirigir para la promoción de salud y de actividades preventivo-promocionales, primordialmente en el área del Niño sano, quienes son responsables del Programa de Crecimiento y Desarrollo. Es el miembro importante del equipo de salud, quien esta mayor parte del tiempo en contacto directo con los padres, la enfermera tiene una misión fundamental como instructora y asesora hacia la mamá o el tutor del niño menor usando materiales educativos de apoyo.

La madre como responsable del niño, cumple un rol trascendental 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 pueden 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 (Ruiz et al., 2002).

La enfermera es responsable del Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño, juega un rol importante para prevenir la anemia, brindando un cuidado holístico al niño y a la familia. Entre las actividades que se realiza en dicho control se resalta el examen físico, detección de enfermedades prevalentes, problemas visuales, auditivos, salud oral y signos de violencia o maltrato, suplementación con micro nutrientes, evaluación del crecimiento y estado nutricional, evaluación del desarrollo, haciéndose énfasis la consejería sobre la alimentación complementaria en lactantes mayores de 6 meses basado en los alimentos ricos en hierro, a la vez se realiza visitas domiciliarias para identificar posibles factores de riesgo y así detectarlos a tiempo (MINSA, 2011a)

Al realizar un sondeo previo en el Centro de Salud Chacra Colorada, se pudo observar a través de los resultados de tamizaje de hemoglobina realizados por el personal de laboratorio, que el 24.6% (32 casos) del total de 130 casos de niños menores de 2 años tenía anemia leve durante el primer trimestre del 2017. Al preguntar a las madres sobre si conocen de la anemia ferropénica, ellas manifiestan: “Creo que es cuando están pálidos, cansados”. “Su hemoglobina está baja”. “Para la anemia, señorita, las vitaminas ayudan bastante”. Asimismo, en relación a las prácticas las madres refieren: “A mi hijito le doy hígado aplastadito con zapallo, ambos juntos en la sopa”. “Luego de darle lentejas, le doy agua”. “Mi hijo no quiere comer nada y por eso le sigo dando mi pecho”. “Enfermera, no le doy los multimicronutrientes porque le causa estreñimiento”. Considerando la importancia de la nutrición en la prevención de la anemia ferropénica, el presente estudio se orienta a determinar el nivel de conocimiento que presentan las madres de sus hijos menores de 6 a 24 meses, y la relación que guarda con las prácticas que ellas desarrollan en los hábitos alimentarios de aquellos.



## 1.2. Definición del Problema

### 1.2.1. Problema General

¿Qué relación existe entre los conocimientos y las prácticas, sobre prevención de la anemia ferropénica, en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña 2017?

### 1.2.2. Problemas Específicos

1: ¿Qué relación existe entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de **higiene de los alimentos** en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña 2017?

2: ¿Qué relación existe entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica **de tipos de alimentos empleados** en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña 2017?

3: ¿Qué relación existe entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de **consistencia de la preparación en madres** de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña 2017?

4: ¿Qué relación existe entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de **frecuencia de comidas diarias** en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña 2017?

## 1.3. Objetivos de la Investigación

El presente proyecto de investigación presenta los siguientes objetivos:

### 1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación que existe entre los conocimientos y las prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

### **1.3.2. Objetivos Específicos**

1: Identificar la relación que existe entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de **higiene de los alimentos** en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

2: Establecer la relación que existe entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de **tipos de alimentos empleados** en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

3: Analizar la relación que existe entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de **consistencia de la preparación** en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

4: Identificar la relación que existe entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de **frecuencia de comidas diarias** en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

### **1.4. Finalidad e Importancia**

El presente trabajo de investigación tiene la finalidad en determinar si existe relación entre los conocimientos y las prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

Este estudio es importante, pues la anemia es un indicador del estado nutricional que puede advertir sobre la calidad futura de nuestras próximas generaciones, no solo en el plano físico, como la pérdida de oportunidad de

una mayor talla y disminución de la capacidad estructural, sino como daño de las capacidades funcionales nobles del cerebro, como la abstracción, la integración, el análisis del pensamiento y alteraciones emocionales y afectivas.

En tal sentido, esta investigación es importante en la medida en que los resultados obtenidos permitan diseñar una intervención educativa de enfermería acorde con la necesidad de las madres de profundizar sus conocimientos y mejorar sus prácticas de prevención de la anemia ferropénica en sus menores hijos. La forma en que se desarrollará dicha intervención educativa es a través de charlas educativas dirigidas a las madres que asisten a CRED, acerca de la prevención de la anemia ferropénica, desde las condiciones de higiene, la elección de alimentos ricos en hierro, la suplementación con multimicronutrientes, las dietas alimentarias balanceadas y la frecuencia de comidas que deben brindar adecuadamente a sus niños. Asimismo, mediante las visitas domiciliarias se realizará el seguimiento y la vigilancia a las madres cuyos niños todavía se encuentren aún con bajos índices de hemoglobina, para así garantizar su recuperación completa, evitando futuras recaídas.

Cabe agregar que el estudio se justifica en virtud de que es un aporte en enfermería, que va a permitir identificar el conocimiento y las prácticas de las madres para la prevención de la anemia ferropénica, y así las enfermeras que laboran en los Centros de Salud asuman la conducción de programas educativos con la finalidad de disminuir los indicadores de anemia en los niños de 6 a 24 meses.

## **CAPÍTULO II**

### **FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **2.1. Bases Teóricas**

##### **2.1.1. Aspectos teóricos conceptuales sobre la anemia**

###### **A.- Definición de anemia**

La anemia es una enfermedad hematológica en la cual la concentración de hemoglobina en la sangre es menor que los niveles considerados normales para la edad, sexo, el estado fisiológico y la altura sobre el nivel del mar. En los niños menores de 5 años de ambos sexos nacidos a nivel del mar, los valores de HB inferiores a 11g/dl es considerado indicador de anemia (Costa, 2007).

El hierro es un mineral que forma parte de la hemoglobina y fundamental en el transporte de oxígeno a las células. Desempeña una función básica en el transporte y almacenamiento de oxígeno a los tejidos y órganos, así como en los procesos de respiración celular. También forma parte de la mioglobina de los músculos y de diversas enzimas participando en diversas fases del metabolismo. El hierro actúa como cofactor de varias enzimas claves para la síntesis de neurotransmisores en el sistema nervioso central. Asimismo, participan reacciones de transferencia de energía dentro de la célula. Es posible que una menor biodisponibilidad de hierro libre para estos procesos se traduzca en alteraciones.

###### **B.- Origen de la Anemia**

La anemia ferropénica puede ser producida por una ingesta inadecuada de hierro, una menor disponibilidad de hierro en la dieta o por una mayor pérdida, también puede deberse a un incremento de los requerimientos de hierro, ya sea en la etapa de crecimiento en los niños menores de 5 años. Las causas más importantes de pérdidas de hierro son: La parasitosis intestinal especialmente por uncinarias

(Anquilostoma duodenale y Necátoramericanus), áscaris, tricocéfalos, amebas y guardias, que pueden llegar a producir una pérdida de hierro de 1 mg diario; paludismo en regiones endémicas; hemoglobinopatías, en especial la anemia por células falciformes (Costa, 2007).

En el caso del hierro, se considera que la leche materna, aun de madres anémicas, cubre las necesidades de los niños sanos, nacidos a término, hasta los 4 meses de edad. Un aporte dietético adecuado de hierro es fundamental a partir de esa edad. Los niños deben de absorber alrededor de 250 mg de hierro durante el primer año de vida (o 125 mg durante los primeros 6 meses) para mantener un óptimo nivel de hierro en sangre. Asumiendo que ingieren un promedio diario de 750 ml de leche durante los primeros cuatro meses y 1000 ml/día después de esa edad, que la leche materna contiene 0.5 mg de hierro por litro y que ese hierro se absorbe en un 50%, sólo se obtendrían un tercio del hierro requerido. De hecho, varios estudios han indicado que los niños amamantados en forma exclusiva entran en un balance negativo de hierro entre el cuarto y sexto mes de edad y que sus reservas de hierro están disminuidas a los nueve meses (ENDES, 2012).

Esta situación generalmente no se contrarresta con el uso de sucedáneos de la leche materna sin fortificación. Por ello se debe considerar el uso de fórmulas fortificadas o la administración de suplementos de hierro hasta cerca de los dos años de edad, cuando el niño ya ingiere una dieta mixta más completa y cuando su velocidad de crecimiento se reduce. Los niños prematuros y aquellos con muy bajo peso para su edad gestacional deben comenzar a recibir hierro suplementario entre la sexta y la octava semana de edad (Gil, Uauy, y Dalmau, 2006).

En el caso de niños que no son alimentados primordial o exclusivamente del pecho materno, se asume que los niños con dietas con una alta biodisponibilidad de hierro lo absorben en un 15%, por lo que se recomienda la ingestión de 7mg Fe/día. En vista de que muchos

niños del Perú entre 6 y 12 meses de edad tienen dietas con un alto contenido de cereales y otros vegetales que podrían reducir la biodisponibilidad del hierro dietético a cerca de 10%, se considera oportuno recomendar para todos los niños de esa edad 10 mg Fe/día.

Después de cumplir un año, se asume que las dietas con buena biodisponibilidad de hierro continúan permitiendo una absorción de alrededor de 10%, y que las que tienen un predominio de alimentos vegetales permiten la absorción de 7.5% del mineral. En el primer caso la recomendación del hierro dietético es menor que antes del año de edad, ya que la expansión del volumen sanguíneo, y por ende la necesidad de hierro, disminuye al reducirse la velocidad de crecimiento del niño. Cuando la biodisponibilidad es de 7.5%, la recomendación dietética diaria continúa siendo de 10 mg entre uno y cinco años de edad (Gil et al. 2006).

#### ***B.1. Población en riesgo:***

- Población menor a un 1 año, principalmente los que tienen bajo peso de nacimiento y los prematuros.
- Niños preescolares, principalmente con frecuente parasitosis elevada

#### **C.- Signos y síntomas**

El síntoma más común de la anemia es el agotamiento, cansancio, pérdida de apetito, desvanecimiento, desmayo, aceleración cardíaca, dificultad para respirar (opresión en el pecho), uñas frías, piel pálida, etc.

#### **D.- Diagnóstico**

La carencia de hierro es la causa más común de anemia en los niños, normalmente la anemia se produce por la reducción de la ferritina que es la principal proteína almacenadora de hierro y también la hemosiderina que se deriva de la hemoglobina indicándonos la cantidad de hierro necesaria en el cuerpo.

La médula ósea produce miles de células pioneras de eritrocitos, en el momento que se acaba, disminuye la cantidad de Hb produciendo anemia. El diagnóstico se ejecuta por medio de siguientes puntos (OPS, 2003):

#### **D.1.- Examen físico del niño:**

Al examen físico se encuentra piel palida y resequedad de mucosas, se dice que, no se logra percibirla por ello podemos pasarla por desapercibida. Una manera de diagnosticar esta enfermedad es mediante la conjuntiva ocular, palmas de las manos y en el lecho ungueal que es una forma anormal de las uñas de los dedos de la mano, las uñas presentan crestas levantadas, es delgada y cóncava, esta anomalía es producido por la anemia ferropénica, esto puede ocurrir en casos crónicos. Mientras una anemia severa puede que produzca la aceleración cardiaca y aparición de soplos cardiacos; y en casos raros pueda que exista crecimiento anormal del bazo.

#### **D.2.- Procedimientos Auxiliares:**

##### **a. Hemoglobina:**

La forma de evaluar la cantidad de concentración de Hb en la sangre sigue siendo el procedimiento más eficaz para determinar la anemia en la comunidad. La medición de la concentración de hemoglobina es la prueba para diagnosticar la anemia, también para determinar el valor de la hemoglobina en niños, como: cianometahemoglobina (espectrofotómetro y azidametahemoglobina (hemoglobinómetro), o los diferentes métodos empleados por contadores hematológicos (analizador automatizado y semiautomatizado) para procesar hemograma. La determinación de hemoglobina o hematocrito será realizada por personal de salud capacitado en el procedimiento, de acuerdo al método existente en su Establecimiento de Salud. En cualquiera de los casos es necesario indicar la metodología utilizada. La distribución normal de la concentración de Hb en la sangre depende por la edad, y principalmente

del nivel de altura donde reside la persona. Para el diagnóstico de la anemia es simple realizado en el establecimiento de salud, tiene un bajo costo y en algunos casos que tienen el SIS el examen es gratis. Se debe tomar en cuenta la altitud la concentración de sangre en la población que se encuentra en msnm. (Minsa 15 de mayo, 2017).

**b. Hematocrito:**

Es la proporción del volumen total de sangre compuesta por glóbulos rojos. Los rangos normales de hematocrito dependen de la edad y, después de la adolescencia, del sexo de la persona.

**E.- Consecuencias**

La secuela de la anemia por el déficit de hierro, tiene en efectos en un futuro, aun sin tener anemia. Todo niño que presenta anemia ferropénica están propenso a presentar la deficiencia de atención, coordinación motora reducida, y dificultad para el lenguaje, Disminuye la capacidad intelectual, produciendo un trastorno a nivel de aprendizaje y desarrollo cognitivo. También se altera en cuanto al desarrollo o crecimiento del niño. Para un niño en edad escolar, dicha enfermedad por deficiencia de hierro afecta en la participación escolar. Disminuyendo su capacidad intelectual, produciendo un trastorno a nivel de aprendizaje y desarrollo cognitivo. También se da alteración en cuanto al desarrollo o crecimiento del niño. Hay una fuerte evidencia que muestra que el tratamiento con hierro para niños en edad escolar puede mejorar los resultados de las pruebas de la capacidad cognitiva y logro educativo. (Organización Panamericana de Salud, 2006).

**F.- Tratamiento**

**F.1.- Farmacológico de suplementación con sulfato ferroso**

El manejo terapéutico para la anemia se realizará a través de suplementos de hierro necesario para ayudar en la prevención del déficit de hierro, ya que las secuelas se presentan a mediano plazo; siendo este



tratamiento dirigido a los niños que están propensos en adquirir anemia, siendo el caso de los niños de 6 a 12 meses de edad, niños prematuros y de bajo peso al nacer (Santisteban, 2001). La medicación para la anemia, es el suplemento preventivo que se iniciará con gotas a los 4 meses de vida, hasta cumplir los 6 meses de edad, luego se administrará suplementación preventiva con hierro en dosis de 2 mg/kg/día hasta que cumplan los 6 meses de edad. Luego se continuará con la entrega de Micronutrientes desde los 6 meses de edad hasta completar 360 sobres (1 sobre por día). El niño que no recibió Micronutrientes a los 6 meses de edad, lo podrá iniciar en cualquier edad, dentro del rango de edad establecido (6 a 35 meses inclusive o 3 años de edad cumplidos). El tratamiento tiene por objetivo remediar la baja cantidad de globulos rojos que hay en la sangre ayudando a reconstituir las reservas orgánicas de hierro. Casi 30 mg. de hierro se llega a absorber por día cuando se administra un 180 mg. de hierro elemental. El tratamiento tiene un proceso, quiere decir que dentro las 24 horas se manifestara, luego de la administración, produciendo globulos rojos en la sangre, aproximadamente la hemoglobina se normalizara en 3 a 4 semanas. Pese a que la hemoglobina mejore el tratamiento tiene que preservar por 6 meses más, para recargar los depósitos de hierro. Pese que el tratamiento fracase por via oral no es recomendable la administración endovenosa ya que presenta peligros. (Santisteban, 2001).

#### **A. Sulfato ferroso**

Es parte del mineral hierro muy importante ya que se usa para el tratamiento de la deficiencia de hierro que resulta tener concentraciones bajas de hierro en la sangre, también se encarga de producir hemoglobina, formar hematíes, y elementos esenciales que favorezcan el estímulo para la síntesis de eritropoyetina, y para finalizar también es importante en el suplemento alimentario. Sigue siendo uno de los tratamientos de primera elección para casos de hipocromía, quien es causado por la disminución de color de los globulos rojos. Es un

estimulante para la producción de hemoglobina, siendo el tratamiento perfecto para niños prematuros al nacer, niños en pleno desarrollo y crecimiento, niños con dietas especiales. Este medicamento se maneja de dos formas preventiva y terapéutica, la concentración del sulfato ferroso es de 75mg/5ml que equivale a 15mg/5ml

El tamizaje de hemoglobina se realiza para descartar anemia en los niños, iniciando a los 4 meses de edad, siendo el caso que no se realizó el descarte a tiempo o edad del niño, se tiene que realizar para el siguiente control. El acto de prevenir anemia se hará de la siguiente manera: La suplementación preventiva se empieza con gotas a los 4 meses de vida (Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico en gotas), hasta cumplir los 6 meses de edad. Se administrará suplementación preventiva con hierro en dosis de 2 mg/kg/día hasta que cumplan los 6 meses de edad.

Según Norma para el manejo terapéutico de suplementación de hierro, está indicado en el menor cuando presenta un valor de Hb menor a 11 mg/dl. Niños con bajo peso al nacer y prematuros, se administrará 2mg./Kg./día de hierro elemental en forma de gotas, la administración tiene que estar alejado de las comidas (mín. 1hr. Antes) con jugos de frutos que contenga vitamina c. El hierro se administra en 2 formas: el primero durante el sexto mes inclusive hasta al año, aproximadamente son 5 frascos de sulfato ferroso. Se da un descanso por 6 meses y se empieza la II fase, y tiene una duración de 6 meses, desde el año hasta el año y medio. Se vuelve a realizar nuevamente la prueba de Hb por 2 meses para controlar el incremento de hemoglobina y asegurar la eficacia del tratamiento. (Costa, 2007).

En casos de los niños prematuros la administración es de 1 a 2 mg/Kg/día de hierro elemental en gotas, se inicia a los 2 meses de edad. La terapia es indicada en: La I etapa es de 10 meses desde el 2° mes hasta los 12 meses. (6 frascos de sulfato ferroso). Luego se

descansa por 6 meses y se inicia la II fase, la cual dura 6 meses, desde el año hasta el año y medio.

Todo tratamiento con sulfato ferroso que aporta para el aumento de la hemoglobina tiene como reacción secundaria: cambios en la coloración de las heces, estreñimiento, cambios en el color de los dientes, diarrea, fiebre, distensión abdominal, dolor abdominal, náuseas. Este medicamento debe ser conservado en lugares que no sean alcanzados por los niños, porque ocasionaría intoxicación letal, al mismo tiempo tengamos en cuenta y educar a las mamás que sulfato ferroso no se brinda cuando el niño esta con tratamiento de antibióticos, u otros tipos de alimentos que disminuya el efecto del medicamento.

## **F.2.- Dieta**

Si hablamos de la deficiencia de hierro en las comidas del menor, que posiblemente tenga anemia ferropénica se puede prevenir empezando desde hoy incrementado en cada comida cantidades de hierro en la dieta, ayudando más aún para la absorción de este, frutos o vegetales ricos en vitamina c. Debemos concientizar en las mamás el acto de erradicar el consumo en nuestros niños bebidas oscuras como infusiones de sobre té, eco, café, ya que es el factor principal que inhibe para una buena absorción del hierro.

## **G.- Prevención**

El acto de prevenir tiene que ir de la mano en ayudar con el déficit nutricional de hierro, debemos inculcar a las mamás o quien esté para el cuidado del niño, el acto de prevenir siendo algo sencillo, aumentar mas cantidades o contenidos de hierro en la dieta para el niño. Hay muchas madres que se dificultan ya sea por varios factores y no llegan a alcanzar el objetivo para su niño. De acuerdo a mi punto de vista cada establecimiento tiene mayor continuidad con la presencia de mas niños que acuden o prestran atencion en el servicio de CRED para el niño sano deberían promocionar mas o concientizar en cada contacto con la mamá las formas de como deberían incrementar el hierro en las dietas para sus

niños. También dentro del establecimiento organizarse para una demostración de como preparar o que alimentos contienen ricos en hierros y que alimentos no deberían consumir, que inhibe para la absorción de hierro, para ello debemos poner en práctica lo siguiente:

- Fomentar y concientizar el seguir brindando leche materna exclusiva durante los 6 meses del niño con prioridad
- El inicio de la ablactancia con adecuados alimentos que contengan hierro hemínico.
- La promoción de consumos de alimentos que contengan hierro de alta cantidad, brindando para los niños una dieta con alimentos balanceados, y de un bajo costo para que continúen con la prevención y así evitemos que nuestros niños tengan anemia ferropénica.
- Debemos tener en cuenta que para promover y erradicar la anemia ferropénica en nuestros niños tienen que estar libre de parásitos ya que es un elemento más para que la anemia persista en nuestros niños, tomando en cuenta la limpieza y eliminar los parásitos en lugares con prevalencia usual de esta enfermedad.

### **G.1.- Recomendaciones diarias de consumo de hierro**

La cantidad requerida de hierro que se necesita al día varía según edad, sexo y etapas de la vida, y sobretodo se requiere que los niños menores de 24 meses en cada dieta absorban en gran cantidad, ya que el niño menor de 1 año de edad 11mg es la cantidad requerida al día, debemos tomar en cuenta que esta cantidad no puede cubrir mediante la alimentación porque el niño menor de 6 meses aun depende de la lactancia materna exclusiva por eso se requiere suplementar.

El hierro se encuentra naturalmente en alimentos fortificados con hierro agregado, pues en ellos se puede encontrar la cantidad recomienda.

- Hierro de origen animal: Se denomina todo alimento de origen animal que es parte de la Hb y es caracterizado porque presenta la mejor absorción entre el 10 y 25 %, sin que estos agentes inhiban el acto de absorber el hierro. Únicamente el hierro hemo es encontrada en la carne roja, sangrecita de pollo, codorniz, perdiz y pollo, vaso, hígado, pescado, mariscos, bacalao, sardinas frescas, sardinas de aceite, anchoas. Los productos lácteos su absorción de hierro es variado y de menor cantidad que el hierro de las carnes.
  
- Hierro de origen vegetal: se denomina a todo alimento de origen vegetal, que no forma parte de la hemoglobina, representando el 90% de hierro. Siendo su absorción el 2 % y el 5 %, en esta intervienen factores para que el hierro se absorba y tenga mayor proporción. Influyen factores que hacen que el hierro absorba una gran cantidad de proporción ya sea con el ácido ascórbico (vitamina C) o también se reduce la absorción ya sea por la presencia de sustancias alcalinas, fosfatos, lignina, taninos como el café o el té. Los alimentos forman parte de estos: las verduras, especialmente los vegetales verdes (acelgas, coles, espárragos, escarola, endibias, brotes de soja, grelos, nabos, berro, cardo, guisantes), las legumbres (alubias, germen de trigo, soja en grano, yuyo, paico perejil), cereales como la cebada, avena, quinua, hojas de amaranto y frutos secos, leguminosas lenteja, soja, frejol, haba y garbanzo, frutas como la pera, mora y tamarindo. El huevo, aunque no es vegetal posee hierro no hemo. (FEDC)

### **Alimentos que aportan absorción de hierro:**

- Solo se encuentra en carne roja, sangrecita de pollo, codorniz, perdiz y pollo, vaso, hígado, pescado, mariscos, bacalao, sardinas frescas, sardinas de aceite, anchoas.
- Consumo de ácido ascórbico (vitamina C) presente en frutas y jugos (papaya, granadilla, cítricos), papas y otros vegetales (hojas verdes, coliflor, col, etc). Muchos de estos productos que contienen vitamina C, también contienen actividad de vitamina A (que favorece el estatus de hierro, aunque los mecanismos no son bien conocidos).
- Los alimentos germinados o fermentados reducen fitatos llamado y conocido como antinutriente.
- Debemos tener en cuenta cuando una mamá brinda leche materna a su niño contiene 0.5 mg/litro de Hierro. El hierro de la leche materna se saca ventaja el 45%, ocasionando por una menor acumulación de fósforo y proteínas en la leche materna se proporciona la absorción ya que el fósforo en abundancia y las proteínas interfieren una buena absorción del hierro. Los recién nacidos tienen la ayuda con la tasa de hemoglobina alta. Las reservas de hierro duran hasta los 6 meses. En la glándula mamaria en la célula alveolar existe un ligando que roba el hierro de la madre, aunque esté anémica y lo pasa a la leche. La leche materna es indispensable para el niño lactante ya que es fuente de hierro que brinda al lactante y no se puede comparar las fórmulas (leches en polvo) porque no contiene hierro enriquecido para la adecuada alimentación del lactante. (UNICEF 1995).

### **Alimentos que inhiben para una buena absorción de hierro:**

- Los fitatos han sido considerados hasta hace poco como antinutrientes, sustancias que inhiben la absorción

de nutrientes y disminuyen el valor nutritivo de nuestra dieta.

- Los Fenoles son compuestos orgánicos que están formados por uno o varios Grupos Funcionales Hidroxilo .Es empleado en la industria para la fabricación de: colorantes y aspirinas, que absorben hierro. El inhibidor más potente y difícil de restringir el consumo es: té, café, cocoa, infusiones de hierbas.
- Debemos precaver del calcio en diferentes productos lácteos.
- Alimentos con fibra.

Toda aquella persona que es inerte debe ser suplementado con hierro, de una forma preventiva. Se tiene que promocionar el consumo de hierro. La condición para la administración es en casos de niños con un bajo peso al nacer a partir de los 30 días hasta los 6 meses con una dosis de 1mg/kg/día de gotas sulfato ferroso. Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer a partir de los 3 meses de edad recibe 2mg/kg/día por kg de peso si consume leche artificial y a los 6 meses de edad si consume lactancia materna exclusiva.

La suplementación con hierro a las personas que pertenecen a grupos vulnerables, constituye otra medida preventiva. Se debe promover la ingesta de sales de hierro. En niños pre-término, a partir del segundo mes de vida: administración de sulfato ferroso a una dosis diaria de 1 mg Fe elemental/Kg de peso. En el niño a término: administración de 2 mg Fe elemental/Kg de peso a partir del 3° mes si recibe la leche artificial, y a partir del 6° mes si recibe lactancia materna (Costa, 2007).

La mejor forma de prevención contra la anemia en nuestros niños es fortificar mediante la dieta con alimentos ricos en hierro, se puede rescatar que esta medida no es fácil ya que las mamás deben brindar alimentos adecuados para que el hierro absorba, pero

lamentablemente en nuestro País hay muchas que no son orientadas y no tienen conocimientos sobre alimentos hemo y no hemo.

### **G.2.- Requisito nutricional para un niño menor de dos años**

Actualmente el requerimiento nutricional que se usa es la valoración preventiva, la ablactancia que inicia a los 6 meses de edad, escudando el requisito nutricional y alcanzar el desarrollo necesario para la función digestiva, función renal y la maduración neurológica. La familiaridad con la nutrición, los niños pueden mantener un aumento de peso normal, y tener al mismo tiempo un déficit en vitaminas y minerales, sin manifestación clínica. Por ello se hace necesario la introducción de otros alimentos que aporten aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad.

**La alimentación que necesite el menor de 2 años son los siguientes:**

- **Carbohidratos**

Alimentos como pan, cereal, arroz, fideos, aportan gran cantidad de energía al organismo, principalmente en niños de 6 a 24 meses de edad. Se reconoce por el gusto, estructura y la forma viscosa que presentan este tipo de alimento. No se debe abusar en el consumo de estas, recomendado solamente 200 a 300 gramos de carbohidratos por día al consumir arroz en el almuerzo, 1 pan francés o galletas durante el día.

El azúcar de la leche llamada lactosa conocida como el hidrato de carbono que necesita y es el principal para brindar energía a todo el organismo principalmente hasta que el niño tenga 1 año. En la alimentación complementaria durante la lactancia los azúcares o carbohidratos y almidones o féculas son fuentes de energía. El consejo es sostener el equilibrio adecuado de proteínas y grasas, dando prioridad a la lactosa. La recomendación consta en sostener un balance energético



adecuado para cubrir la necesidad tanto de proteínas y grasas. Se debe dar prioridad a los azúcares y almidones.

La fibra brinda volumen a la dieta; provoca una sensación de saciedad que puede ayudar a controlar el peso. Además, colabora con la flora intestinal, el conjunto de bacterias que viven en el intestino y quien es encargada de dar prelación para algunos alimentos difíciles de digerir, absorber nutrientes y formar un ecosistema complejo que se autorregula y se mantiene en equilibrio

Para tener la noción de qué cantidad de fibra debe ingerir un niño al día, debemos realizar un cálculo muy práctico. La recomendación por la Academia Americana de Pediatría, de acuerdo a edad del niño hay que sumarle 5 gramos de fibra dietética. Ya que quiere decir, que el niño de 1 año debe consumir 6 gramos al día de fibra y uno de 2 años aproximadamente 7 gramos diarios.

Se aconseja que el 30% sea fibra soluble y que el 70% sea fibra insoluble. La primera la encontramos en alimentos como la avena, legumbres, cebada, manzana, frutas cítricas, frutillas y zanahorias, mientras que la segunda se encuentra en harina de trigo integral, salvado de trigo, cereales integrales, semillas, lechuga, espinacas, acelga, repollo, brócoli, uvas, pasas de uva y frutas secas en general. (Santiesteban, 2001)

#### • **Proteínas**

Las proteínas contribuyen para el requerimiento imprescindible en el desarrollo y crecimiento en el niño menor de 2 años, así como para la reconstrucción de heridas y quemaduras. Aporta mucho en el sistema inmune generando anticuerpos, inmunoglobulinas. Se requiere proteínas si o si todos los primeros seis meses de vida, se dice que se aporta más con la lactancia materna exclusiva. (MINSA, 2011)

Fuente de energía para los niños, pero primero el organismo usa los hidratos de carbono como energía cuando esta es insuficiente el

cuerpo empieza a utilizar como combustible las proteínas. Se dice más que son transportadoras de grasas y oxígeno.

La proporción que tiene que consumir al día el niño de 6 a 24 meses de edad, es de 13 a 16 gramos de proteínas diarias aproximadamente. Tenemos alimentos con una cantidad de proteínas, leche 3gr de vaca, queso 15 a 30 gr, huevo 6gr, cereales 10gr, legumbres 20gr, yogurt 3gr. En el caso de los cereales es básico la combinación de legumbres para obtener una proteína de alta calidad como el arroz con lentejas.

Los niños de 6 y 12 años tienen que recibir aproximadamente un 50% de proteínas con un elevado valor biológico, que realiza una alusión a la cantidad de aminoácidos fundamentales para los alimentos y la facilidad para que el organismo asimile. Expresa la fracción de nitrógeno absorbido y retenido por el organismo y representa la capacidad máxima de utilización de una proteína, niños mayores de un año de edad reciben aproximadamente un 20 a 40%.

#### • Lípidos

El rango admisible para la distribución de energía contribuye mediante energía: 0 a 6 meses (55% kilocalorías de grasas), 6 a 24 meses (30-40 % kilocalorías de grasas). Mientras el niño de 6 meses de vida las grasas es el principal medio para generar energía, que facilitan casi el 50% de energía mediante los ácidos grasos esenciales para el crecimiento del niño y desarrollo cognitivo (sistema nervioso). La leche materna provee energía derivado de grasa muy especial que la diferencia porque logra una alimentación buena. Para el mejor crecimiento de un niño antes de los dos años de edad, la actividad física, y la formación de ciertos órganos es principalmente lipídica, siendo esta fundamental por el aporte de grasas. Para una dieta en los niños la grasa sigue siendo esencial para garantizar la mejor aportación de energía en un volumen restringido, ya que proporciona en promedio 9 kcal por gramo en contraste con los carbohidratos que portan 4 kcal por

gramo. Durante los primeros 2 años de vida, la grasa tiene función estructural, pues brinda ácidos grasos y colesterol necesario para formar membranas para los órganos y más en los órganos como la retina del ojo y el sistema nervioso central que es constituida por grasa.

El ácido graso tiene importancia porque es fuente para proporcionar vitaminas liposolubles como el ADEK. Durante la última década, el interés de los requerimientos de AGE de la serie n-3 (ácido -linolénico y ADH) se ha concentrado en los efectos en el crecimiento y el desarrollo cerebral, se ha determinado los cambios en la composición de los lípidos del plasma y tejidos, así como su impacto sobre el crecimiento físico y el desarrollo del sistema nervioso central. Los AGE es el 4 y 5 % de energía que se requiere en nuestros niños de 2 años, como el ARA y DHA que es un tipo de ácido graso siendo el nutriente considerado como fundamental para el cerebro y los ojos del niño.

#### • **Vitamina**

Siendo conformada por hierro, vitamina A, vitamina B, vitamina C, Zinc, ácido fólico, entre muchos que ayudan a fortalecer la nutrición del niño. El niño empieza a ingerir vitaminas a los 6 meses, inicia con la lactancia con pequeñas cantidades de jugo de granadilla, plátano de isla, papillas de espinaca, siempre y cuando tengamos cuidado con alimentos que pueden causar reacciones alérgicas. Según la OMS fruta más completa es la manzana, teniendo en cuenta que es necesario comer con cáscara para aprovechar los beneficios de la fruta. Las frutas contienen una serie de vitaminas siendo beneficioso para el bienestar en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 2 años. Todo alimento que será consumido por los niños debe ser frutas frescas o de estación de 2 a 3 raciones por día, evitar congelar las frutas.

#### • **Minerales**

El hierro es el mineral principal para el crecimiento y desarrollo del niño de 6 a 24 meses, siendo ésta formada por hemoproteínas relacionada por la capacidad de unirse al oxígeno molecular. La

capacidad que tiene un recién nacido de hierro es importante ya que durante la lactancia materna esta puede a que se incremente o disminuya a costa por la reducción del volumen plasmático llamada masa eritrocitaria.

Un recién nacido requiere de hierro que cubra por completo la reserva corporal que contiene la leche materna. Teniendo en cuenta la leche materna presenta hierro, pero no es suficiente ya que su proporción es bajo y por ello no hay una buena absorción. Esta comprobada que la leche materna ya no cubre en la alimentación del niño por eso se inicia a los 6 meses la ablactancia para iniciar con una alimentación rico en hierro, vitaminas, minerales, entre otros, con el fin de evitar más niños con deficiencia de hierro.

Esta enfermedad inicia con el déficit de hierro atacando principalmente en el niño menor de 5 años, a madres gestantes y mujeres fértiles, siendo necesario la prevención en las diferentes etapas, permitiendo y beneficiando en la alimentación de los niños el consumo de alimentos con proteínas, minerales, hierro que ayuden a que el niño que se esta formando crezca saludablemente sin riesgos a innumerables enfermedades por desnutrición. Cada comida que reciba el niño tiene que consumir alimentos que contenga vitamina c facilitando la absorción sobre todo de alimentos que presenta hierro. (Santisteban, 2001).

### **2.1.2. Generalidades sobre prácticas para prevenir la anemia ferropénica**

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 éste 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 conocimientos 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.

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 conocimientos científico, nos dice que 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 (Salazar Bondy, 1988).

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 con sus hijos, sobre todo en los primeros años de la 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 (OPS, 2003).

Las madres deben ser conscientes de que cuando alimentan a sus hijos no sólo se les proporcionan determinados nutrientes, sino también pautas de comportamiento alimentario. El niño cuando come, se comunica, experimenta, aprende, juega y obtiene placer y seguridad. Así pues, deben de elegir la alimentación que más le conviene y conocer la composición nutritiva de cuanto se le ofrece a la hora de comer.

### **2.1.3. Prácticas alimentarias**

La lactancia materna exclusiva después del sexto mes ya no satisface las necesidades nutricionales del niño, por ello debe complementarse con otros alimentos que cubran sus necesidades energéticas y de otros micronutrientes; a este proceso de incorporación gradual y paulatina de alimentos líquidos, semisólidos y sólidos a la dieta del niño, hasta integrarlo a la dieta de su familia pero sin suspender la lactancia materna, se le llama alimentación complementaria (OPS, 2003).

La edad óptima para iniciar la alimentación complementaria es entre los 6 y 24 meses de edad, periodo durante el cual se debe continuar con la lactancia materna. A esta edad el lactante ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas y renales, lo que le permite metabolizar y absorber todo tipo de alimentos, así como depurar metabolitos; también ha madurado neurológicamente, lo que le permite participar de la alimentación, ya sostiene la cabeza y tronco.

Los alimentos en un inicio es paulativamente y de una forma gradual siendo líquida, semisólida y sólidos, pero sin restringir o quitar la leche materna que se recomienda hasta los 6 meses o 2 años.

La alimentación complementaria es un período crítico para el crecimiento y desarrollo del niño dado que su capacidad gástrica a esta edad es pequeña y sus requerimientos nutricionales son mayores, sin embargo los alimentos de iniciación no son de densidad adecuada y no reúnen los requerimientos calóricos proteicos necesarios, motivo por el cual los porcentajes de desnutrición y anemia empiezan a elevarse en este periodo; así también suelen adquirir enfermedades relacionadas a hábitos de higiene y alimentación como la diarrea dado que tan pronto como el niño comienza a tomar alimentos aparte de la leche materna la posibilidad de adquirir gérmenes aumenta.

Las comidas tienen que ser preparadas y administradas en condiciones seguras, siendo la inocuidad el responsable de muertes por EDAS. Entonces la alimentación complementaria debe cumplir los siguientes criterios:

- Oportunos, es decir, se deben introducir cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural exclusiva.
- Adecuados, es decir, deben proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento.
- Inocuos, es decir, se deben preparar y almacenar de forma higiénica con utensilios limpios, y no biberones.
- Adecuada, es decir, se deben dar atendiendo a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las comidas y el tipo de alimentos ofrecidos al niño deben ser adecuados para su edad.

#### **A. Higiene en la preparación y conservación de los alimentos.**

Hoy en día los alimentos insalubres siguen presentando problemas de salud pública para el ser humano, siendo por ello que todos los gobiernos del mundo según la OMS están cumpliendo la salubridad en cuanto al suministro de alimentos, ya que por este problema las enfermedades de transmisión alimentaria siguen invadiendo parte en países avanzados o países en proceso de desarrollo. Una preparación correcta de los alimentos puede prevenir el 89% de las enfermedades diarreicas EDA, siendo una de las causas la ingesta de agua o alimentos contaminados, llevando que el niño a infectarse pueda a que presente desnutrición y anemia por la pérdida de vitaminas, nutrientes provocado por la pérdida de apetito.

La Organización Mundial de la Salud, resumió diez reglas valiosas referidas a higiene, manipulación y almacenamiento de los alimentos al momento de la preparación. (OMS-2007)

### **Reglas de la OMS (2007).**

1. Elegir alimentos tratados con fines higiénicos. Hay algunos alimentos que no necesitan tratamientos específicos para su consumo, como son las frutas y verduras, pero hay otros cuyo consumo sólo es seguro cuando han sido tratados con sistemas específicos. Así por ejemplo, la leche hay que adquirirla pasteurizada y no cruda. Las aves también son tratadas para que su consumo resulte más seguro desde el punto de vista sanitario.

2. Cocinar bien los alimentos. La temperatura mínima de seguridad es de 70 °C en toda la masa del alimento.

3. Consumir lo antes posible los alimentos cocinados. Cuando los alimentos pierden temperatura, los microorganismos empiezan a proliferar. Cuanto mayor es la espera, mayor es el riesgo de contaminación.

4. Guardar adecuadamente los alimentos cocinados, evitando que éstos estén más de dos horas entre las llamadas temperaturas de riesgo, entre 70 y 5 °C.

5. Recalentar adecuadamente los alimentos cocinados. La totalidad del alimento debe llegar a los 70 °C, como medida de protección frente a los posibles microorganismos que puedan haber proliferado en el mismo.

6. Evitar el contacto entre alimentos crudos y cocinados. Un alimento puede contaminar a otro provocando una contaminación cruzada.

7. Lavarse las manos a menudo. Antes y después de entrar en contacto con los alimentos, así como al cambiar de tarea, ir al servicio, sonarse o después de cualquier actitud que pueda ser contaminante.

8. Mantener limpias las diferentes superficies en la cocina. Esta tarea, a ser posible, debe realizarse con detergentes clorados (lejías).

9. Mantener los alimentos fuera del alcance de animales, tanto domésticos como insectos o roedores. La mejor manera de proteger los alimentos es mantenerlos aislados del suelo, bien guardados en recipientes cerrados.



10. Utilizar agua potable y clorada para la limpieza y cocción de los diferentes alimentos. Una causa importante de contaminación puede ser la insalubridad del agua utilizada (OMS, 2007).

### **B. Inicio Alimentación complementaria**

En los menores de 6 meses muchos órganos y sistemas van desarrollando día a día y adquiriendo todas sus funciones, después de esta edad, el sistema gastrointestinal y renal del niño adquiere la madurez para el metabolismo y la absorción de otros tipos de alimentos y nutrientes diferentes a la leche materna, mediante de enzimas (OPS, 2003).

Todo niño a término y sano nace con la capacidad de hidrolizar los hidratos de carbono de la leche, en consecuencia, sus funciones de digestión, absorción y excreción se realizan sin dificultad. En cambio las enzimas necesarias para la digestión de hidratos de carbono más complejos (almidones), aún no están presentes en el momento del nacimiento, su actividad comienza alrededor de los cuatro meses, por ello la introducción de cereales en la dieta no sería recomendable antes del cuarto mes de vida, como tampoco la de otros alimentos que contengan hidratos de carbono más complejos que los disacáridos.

A los 6 meses el menor tiene la capacidad de poder participar con la alimentación ya que pueden tener un equilibrio cabeza y tronco pudiendo sentarse, en esta posición es de gran ayuda por que la presentación tamaño, texturas estimularan a los niños ya sea en visión, tacto, olfato y gusto.

La necesidad de lípidos también es esencial para la vida ya que proporcionan energía a nuestro organismo 1 gr de lípido aporta 9 kcal. Pero tengamos cuidado que la absorción es defectuosa durante el sexto mes. El páncreas no secreta o secreta bajos niveles de ciertas enzimas necesarias para culminar el proceso digestivo. El

hígado está asimismo finalizando la maduración de muchas funciones, como la capacidad de formar glucosa, de sintetizar ácidos biliares (necesarios para la digestión de las grasas), etc.

Por ser la leche el único alimento, sea leche humana o artificial. Desde el nacimiento hasta los 4-6 meses aproximadamente. Durante este período, el lactante es capaz de succionar y deglutir, pero aún no ha desarrollado la capacidad de digerir ciertas proteínas y sus riñones no están completamente desarrollados.

Para el cuidado de la alimentación en el niño, tiene que adaptarse a la capacidad digestiva y al estado de desarrollo fisiológico, haciendo paulatinamente el comienzo de alimentos nuevos. En el transcurso de este periodo se tiene que favorecer al desarrollo de los sentidos de modo que se puede pasar de succión a cuchara, lo que permitirá paladear mejor, y cambiar la textura, de líquido a triturado, y cuando ya tenga dientes a troceado. A partir del segundo semestre, es primordial enseñar a comer en el sentido más amplio del término, desde masticar hasta la adquisición de hábitos alimenticios correctos.

También a esta edad, el niño ya tiene la capacidad neuromuscular que le permite participar de la alimentación, es capaz de sostener la cabeza cuando se le coloca en posición semisentada. La coordinación entre los músculos de los labios y las mandíbulas mejoran; esto favorece la movilización del alimento dentro de la boca y aumenta la capacidad de sensaciones de temperatura, sabor y consistencia. El reflejo de extrusión, que desaparece a los cuatro meses, ayuda a que la papilla sea llevada hacia la parte posterior de la boca sin dificultad.

## B.1. Tipos y adición de alimentos

- Cereales

Se inicia poco a poco alrededor de los 5 a 6 meses, no se recomienda antes del sexto mes. Se empieza sin gluten para evitar intolerancias a esta proteína, el gluten se encuentra en el trigo, conocida como las prolaminas. Siendo esta aceptada para iniciar a los 7 y 8 meses mezclado de cereal y gluten. Los cereales forman parte del primer componente diferente a la leche materna que se inicia en la comida y alimentación del lactante. Ésta ayuda para el aporte de energía, fuente de proteína, mineral, vitamina y lípidos. (ESPGAN 2006).

- Frutas

Se comienza en el quinto mes con jugo de frutas, seguidamente con papillas de frutos que brinden aporte de vitaminas, pero nunca reemplazando un jugo de frutas por la leche materna, al contrario, debemos de complementarlo. Las mamás deben emplear frutas como la uva, ciruela, naranja, manzana, pera y uva, siendo de esta manera se aportaría educar al gusto del bebé. Se restringe que el bebé consuma jugos de frutas acidas antes de los 4 meses para evitar reacciones alérgicas como las fresas, naranja, melón, entre otros.

- Hortalizas

Se inicia al sexto mes, ya que es importante por que aporta sales minerales en la alimentación del bebé, se debe evitar verduras que sea flatulentos o contengan nitratos, como las acelgas, espinacas, col, coliflor o nabo. Por ello se debe reemplazar por patatas y luego iniciar las hortalizas. Las papillas para la alimentación del bebé serian una mejor

opcion de agregar aceite de olivo, pero no debe ser añadido sal.

- Carnes

Se inicia en la ablactancia, con primacia alimentos de menos grasa, por ejemplo, el pollo, jamas antes del sexto mes, en una proporción de 10 a 15 gr/dia, y un máximo de 40 a 50 gr, ésta añade proteínas de un gran valor de algunas vitaminas, zinc, hierro, bilógico, y lípidos.

- Pescado

No se debe iniciar la ingesta de pescado antes del noveno mes, pudiendo ocasionar alergia mas aun si el bebé tiene antecedentes familiares por alergia, inclusive se brinda pescado hasta pasado el año. Es provechoso iniciar el consumo para los bebés los pescados blancos, por ejemplo: merluza, bonito, palometa, trucha entre otros debemos tener mucho cuidado con las espinas.

- Huevos

No es recomendable ingerirlo crudo, el huevo sancochado se iniciará con la yema a partir de los 9 meses agregado al pure, y a los 12 meses se puede brindar al bebé con yema mas clara. El consumo de huevo es la constancia de 2 a 3 unidades semanal. El huevo tiene muchos beneficios como las vitaminas A, E, D, B9 (ácido fólico), B12, B6, B2 y B1, minerales como el hierro, potasio, fosoforo y magnesio, adicionando proteínas para ganar masa muscular. La clara de huevo contiene el mejor perfil de proteínas y la ovoalbúmina que tiene la capacidad de ocasionar alergias.

- Legumbres

Se empieza en la dieta del bebé con precaución y empezando por las mejor toleradas, los guisantes, una legumbre que se

come fresca. A partir de los 9 – 12 meses puedes añadir una cucharada sopera en las preparaciones de verduras. A partir del año se dan las lentejas, y más adelante se introducen garbanzos y porotos.

- **Grasas**

La ingesta de grasas durante el primer año de vida del niño es fundamental para proteger el aporte energético dietético que requiere. El 40 y 60 % de energía ingerida por niños alimentados con leche materna es originado por grasas. No es aconsejable restringir la cantidad de grasa en la dieta durante los primeros dos años de vida. Las grasas y los aceites como los vegetales, tienen que añadir en pequeñas cantidades (1 cucharita) a la comida de los niños menores de 24 meses, siendo aquella la que agrega una cantidad buena de energía en poco volumen de alimento, además esta suaviza y le da un toque de sabor a la comida.

## **B.2. Características de la alimentación**

Tenemos que aseverar si el niño satisface su necesidad nutricional, los alimentos complementarios tienen que ser precisos y quiere decir que el requisito de energía y nutrientes se excedan el y la lactancia materna continúe. Esta proporciona proteína, energía para que el niño se satisfaga con la alimentación para un mejor crecimiento y desarrollo en el niño. Recordemos la regla inocua de la OMS, para la preparación de los alimentos tiene que iniciar con el lavado de manos, almacenamiento correcto y forma de higiene, también el uso de utensilios limpios y desinfectados. Se usa la técnica de cantidad, frecuencia de acuerdo a la edad ya que depende mucho de la sensación de hambre y saciedad del menor. (Revista latino americana de endermagem ,2007).

- Consistencia

A partir del sexto mes de edad el niño deberá iniciar la alimentación complementaria con preparaciones semisólidas como papillas, mazamorras o purés, con una densidad energética no menor de 08 Kcal/g. Gradualmente se incrementará la consistencia y variedad de alimentos que se ofrecen, adaptándolos a sus requerimientos y habilidades desarrolladas según su edad.

Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, agüitas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio, las preparaciones espesas como purés y mazamorras, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las nutricionales del niño. Las preparaciones deben realizarse a base y combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas, alimentos de origen animal, verduras, lácteos y derivados y frutas (Dirección General de Salud Pública del Departamento de Salud, 2012).

A los seis meses, se inicia con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamorras o purés; entre los 7 y 8 meses se inician los alimentos triturados bajo las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente al año deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.

- Cantidad

La alimentación debe ser suficiente para satisfacer las necesidades energéticas del organismo y mantener así su equilibrio, previniendo una alimentación insuficiente o excesiva, asumiendo que la capacidad gástrica del niño guarda relación

directa con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos que puede tolerar el niño en cada comida.

A partir de los seis meses empezará con 2 a 3 cucharadas de comida; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a  $\frac{1}{2}$  taza que equivale de 3 a 5 cucharadas; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a  $\frac{3}{4}$  de taza, equivalente de 5 a 7 cucharadas aproximadamente; y finalmente entre los 12 y 24 meses, el niño deberá comer 1 taza que es equivalente a 7 a 10 cucharadas por toma.

A partir de los seis meses, edad en que el niño empieza a comer, este debe tener su propio platito y cucharitas, a fin de que la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta (Dirección General de Salud Pública del Departamento de Salud, 2012).

- Frecuencia

Frecuencia de comidas está en función de la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 1.8 Kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada son bajas o si al niño se le suspende la lactancia materna requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales (Dirección General de Salud Pública del Departamento de Salud, 2012).

La alimentación diaria del niño sano y amamantado con frecuencia se dará de la siguiente manera: a los seis meses empezara con 2 comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentara a 3 comidas diarias y continua con su leche materna; entre los 9 y 11 meses, además de las 3 comidas principales recibirá una adicional entre comida; y finalmente entre

los 12 y 24 meses, el niño comerá tres comidas principales más dos adicionales y continua con su lactancia materna hasta los dos años de edad.

Los niños con bajo peso y/o anemia necesitan consumir alimentos con mayor frecuencia, en ellos es necesario el consumo de alimentos adicionales a los principales, es decir entre comidas a media mañana y a media tarde, de tal manera que consuma sus tres comidas principales más dos entre comidas, completando un total de cinco comidas al día.

Cuando el niño está enfermo debe darle comida espesa más veces al día, en pequeñas porciones y de preferencia los alimentos favoritos del niño, hasta dos semanas después de la convalecencia, también se le debe dar más líquidos: jugos de fruta, agua hervida (Gil et al., 2006).

#### **2.1.4. Rol de la enfermera en la prevención de la anemia ferropénica:**

En el preventivo por la deficiencia de hierro en la sangre ocasionando anemia, el profesional de enfermería trabaja por una función fundamental en cuanto a la conjunto de acciones coordinadas con el fin de satisfacer las necesidades esenciales para preservar la vida y aquellas relacionadas con el desarrollo y aprendizaje humano, acorde con sus características, necesidades e intereses, además interviene con la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, y todo aquello es realizado por el Modelo de Atención Integral de Salud. Para una enfermera que realiza su función con amor y dedicación para la comunidad, hace todo lo posible para que un niño que ingrese a su establecimiento de salud sea atendido y evita la oportunidad perdida en



un niño, porque tiene la labor de brindar a todo menor la atención integral de salud hacia el niño.

Se define como enfermería holística como “toda práctica de enfermería donde la curación a la persona como un todo es su meta”. (Norma Técnica de CRED).

- La enfermera estimula y permite realizar las actividades y hábitos de vida saludable que promueve el confort.
- El personal de enfermería realiza las visitas domiciliarias con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento a la familia del menor, evaluar el cuidado esencial, verificar y fortalecer prácticas clave en el cuidado del niño en cuanto a, lactancia materna, lavado de manos, higiene, cuidado del cordón umbilical, vacunas, abrigo, afecto; identificación de signos de peligro y acciones a tomar. Se puede detectar a tiempo, enfermedades prevalentes, problemas visuales, problemas de audición, salud bucal, y la detección de violencia familiar y maltrato infantil.
- También desarrolla una serie de funciones hacia la familia promoviendo a que las familias se responsabilicen para una mejora de salud mediante el autocuidado.

Las intervenciones del Personal de Enfermería realiza la atención integral del niño buscando acciones que promuevan comportamientos saludables en los niños y padres de familia desde los diferentes escenarios donde desarrolla su vida cotidiana contribuyendo además con la generación de entornos saludables. La enfermera desarrolla una serie de actividades en la atención del niño en el servicio de Crecimiento y Desarrollo:

- El profesional de enfermería del control de CRED, primero socializa con los padres de familia y prioriza el plan de atención para el cuidado del niño.
- Realiza la medición antropométrica, peso, talla, perímetro cefálico, torácico, ganancia de peso y talla por edad con la finalidad de verificar el valor nutricional del niño.
- Continúa con un examen céfalo – caudal y de la mano se va informando a la madre lo realizado. El examen físico es de suma suspicacia para encontrar problemas en el niño.
- Realiza el llenado el Tes abreviado de la evaluación del desarrollo psicomotor y se educa a los padres lo fundamental que es el estimular al niño.
- Al sexto de mes de vida se refiere exámenes auxiliares, como hemoglobina y hematocrito, si se realiza en un establecimiento de salud el examen es gratuita y la entrega es en 3 días.
- Si el resultado de hemoglobina del niño es menor a 11g/dl, la enfermera da una interconsulta con el médico pediatra siendo el que indicara para el tratamiento de la deficiencia de hierro.
- También educa para la administración de los micronutrientes, junto al tipo de alimentación que debe recibir un niño así tenga anemia o no, desarrolla un plan educando a las madres que alimentos son ricos en hierro y quienes ayudan para su mayor absorción.
- Visita a los domicilios para motivar e incentivar a las mamás que sigan acudiendo al establecimiento de salud para continuar o hacer seguimiento a niños con anemia u otro factor de riesgo y detectar a tiempo.
- El instrumento de CRED se registra en un documento privado, de tipo técnico, clínico, legal obligatorio y sometido a reserva, en ello se registran cronológicamente la condición de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos

ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. La HC incluye, el plan de atención, datos de filiación, antecedentes, evaluación nutricional, formato de consulta. (Norma técnica de CRED minsa).

#### **2.1.5. Modelo de Atención Integral de Salud basada en la Familia y Comunidad.**

El Dr. Óscar Ugarte refiere sobre el MAIS que la atención de salud, esta directamente dirigida por un profesional, ya que cada vez hay más noción que no depende de la población el bienestar siendo la función principal de los servicios de salud. Las intervenciones preventivas para una persona no son suficientes para lograr un mejor estado de salud. Ésta se divide en unos modelos para iniciar es la atención, tratar los motivos de la consulta médica, continúa las intervenciones que logren cubrir la necesidad de salud de la persona, familia y población. Se introdujo reformas sanitarias significativas tales como la descentralización en Salud, y el fortalecimiento del nivel de atención de salud, estrategia que expresa el avance considerable en el sistema de salud y se ve reflejada en la salud de la población, como la reducción de la mortalidad materna e infantil, disminución de la desnutrición infantil, incrementos en las coberturas de atención y disminución de la exclusión que se corresponde con el crecimiento económico del país. (MINSA, 2011).

En términos más específicos, el Dr. Ángel Omar Iribari señala que “el modelo de atención integral propuesto releva como foco de atención a la familia; reconoce que ésta influye en la salud y en la enfermedad de sus miembros, y, de igual modo, la salud de cada miembro influye en el sistema en su conjunto. Esta relación se expresa en la existencia de características propias de

cada familia, que pueden ser factores protectores o condiciones de riesgo, los que deben ser identificados e intervenidos desde el primer nivel operativo, en los establecimientos de salud; y el nivel político, desde el gobierno nacional, regional y local” (MINSA, 2011, p. 12).

## **FINALIDAD**

Mejorar el nivel de salud de la población del país y lograr la equidad en el acceso a la atención integral de salud.

## **OBJETIVOS**

- Actualizar el marco conceptual, metodológico e instrumental de la atención integral de salud en el contexto del Aseguramiento Universal en Salud y la Descentralización en Salud, incorporando los lineamientos de la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada.
- Fortalecer el diseño e implementación del modelo de atención integral de salud, que incorpora el abordaje de los determinantes de la salud, desde una dimensión política que articule los niveles de gobierno y los demás sectores a través de una efectiva participación ciudadana individual y colectiva.
- Establecer los lineamientos para implementar el Modelo de Atención Integral de Salud, basado en Familia y Comunidad en el sistema de salud.

## **COMPONENTES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD Y LA DISPOSICION DE PAQUETES PARA UN CUIDADO TOTAL DEDICADA AL INDIVIDUO, FAMILIA Y POBLACION EN GENERAL, EN MODO INTRAMURAL Y EXTRAMURAL. (MINSA, 2011)**

Está compuesta por la atención integral de salud hacia el individuo, familia y la población mediante un intervenciones y

conjunto de actividades para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que son realizadas basado en la familia y comunidad EBS-FC y el personal de salud en general (para los otros niveles de atención), con la colaboración de agentes comunitarios de salud y otros actores sociales, en los diversos escenarios (hogar, comunidad, establecimiento de salud y otros) que se brindan para cubrir las necesidades de salud de las personas, las familias y comunidad. Forman parte del componente de prestación del MAIS-BFC los siguientes elementos:

a) La prestación de los servicios se organiza y se desarrolla a través de paquetes de atención integral para la persona, familia y comunidad por parte de los equipos de salud de acuerdo con el nivel de complejidad. Tenemos:

- En el caso de la persona, se desarrollará a través de los paquetes de atención por etapas de vida.
- En el caso de la familia, se desarrollará la atención por paquetes de acuerdo con el ciclo vital familiar.

b) En el caso de la comunidad, se desarrollará a través del paquete de atención según el contexto local.

c) Los EBS-FC coordinan y articulan redes de atención de salud y redes sociales para garantizar la salud de toda la población.

d) El Sistema de Vigilancia Comunitaria (SIVICO, CODECOS, entre otras denominaciones) como articulador del trabajo intramural con la implementación de actividades extramuros, el seguimiento de usuarios y la vigilancia comunitaria de problemas de salud.

e) La organización interna de los establecimientos de salud orientada al trabajo con las familias y la comunidad, que los adecua en función del enfoque de derecho, equidad de género e interculturalidad en salud.

f) La implementación de los flujos de atención intramural y extramural y algunas herramientas para asegurar la integralidad (como la disponibilidad de historias clínicas por etapa de vida, fichas familiares y otros formatos).

El paquete de atención integral mediante la intervención satisface la necesidad de salud del individuo, familia y comunidad. Es un conjunto de intervenciones brindado para familias con el fin de proteger y reforzar la salud. Se diferencia por fases del ciclo de vida de las personas, de la siguiente forma:

- Paquete de atención integral de salud de la mujer y gestante.
- Paquete de atención integral de salud del niño.
- Paquete de atención integral de salud del adolescente.
- Paquete de atención integral de salud al joven.
- Paquete de atención integral de salud al adulto.
- Paquete de atención integral de salud al adulto mayor.

Para precisar, el personal de salud de familia y comunidad tiene la función para la ejecución de la provisión de los paquetes de intervención a la familia, que deben ser ofertados en forma continua, con calidad y enfoque biopsicosocial para cubrir sus necesidades de salud.

El conjunto para una atención integral a las familias comprende de acciones que está orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud para lograr el adecuado funcionamiento familiar, coopera para el desarrollo pleno de sus miembros y como unidad se constituya en una

familia saludable. Estas acciones promocionan comportamientos y estilos de vida saludables e intervienen sobre riesgos asociados al saneamiento básico de la vivienda y del entorno familiar. Al igual que con la persona, los paquetes de intervención a la familia han sido diferenciados según la etapa del ciclo vital familiar: formación, extensión, contracción y disolución.

## **EI CUIDADO INTEGRAL POR ETAPAS DE VIDA**

Etapa del niño:

- Paquete de Atención Integral de Salud del Recién Nacido.
- Paquete de Atención Integral de Salud del Niño de 29 días a 11 meses y 29 días.
- Paquete de Atención Integral de Salud del Niño de 1 a 4 años.
- Paquete de Atención Integral de Salud del Niño de 5 a 8 años.
- Paquete de Atención Integral de Salud del Niño de 9 a 11 años.

La entrega del paquete integral de salud de los menores de cinco años considera las herramientas y metodología de trabajo de la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia).

## **ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL RECIÉN NACIDO**

1. Atención inmediata del recién nacido normal, o patología según normatividad vigente.
2. Lactancia Materna Exclusiva.
3. Vacunas de recién nacido según esquema vigente.
4. Control del recién nacido.
5. Sesión de Estimulación Temprana.
6. Intervenciones educativas y comunicacionales a los padres en:
  - Prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable.
7. Visita Familiar Integral:
  - Para los nacidos en EESS a las 48 horas del alta.

- Para los nacidos en domicilio, inmediatamente de tomado conocimiento del nacimiento.
- Para los que no acuden a control dentro de las 48 horas de vencida la fecha de la cita.
- Recién nacidos de bajo peso (< 2500 gr.).
- Recién nacidos con malformaciones congénitas.
- Recién nacidos de madres con TBC, HIV y sífilis.
- Otros de acuerdo a región.

La visita familiar integral utilizará estrategias como el AIEPI comunitario u otra desarrollada a nivel local. El tiempo promedio requerido es de 60 minutos por visita.

#### 8. Atención a daños según protocolo:

- Asfixia al nacer
- Sepsis neonatal
- Prematuridad
- Otros

### **ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 29 DÍAS A 11 MESES 29 DÍAS**

1. Control de Crecimiento y Desarrollo (evaluación nutricional, evaluación auditiva, evaluación músculo-esquelética y locomotora).
2. Administración de micronutrientes: sulfato ferroso, vitamina A, otros, según criterios de riesgo, normas y protocolos.
3. Vacunas según norma vigente.
4. Sesión de estimulación temprana.
5. Intervenciones educativas y comunicacionales a los padres en:
  - Prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable.
6. Visita Familiar Integral:
  - Vacunas (no acudió a su cita).
  - Control de crecimiento y desarrollo (no acudió a su cita).



- Control del daño (seguimiento de neumonías, enfermedad diarreica con deshidratación/shock, desnutrición).
  - Otros de acuerdo de cada región.
7. Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes del ámbito nacional, regional y local: Detección de enfermedades prevalentes, problemas visuales, auditivos, salud oral y signos de violencia o maltrato.

### **ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO DE 1 AÑO A 4 AÑOS 11 MESES 29 DÍAS**

1. Control de Crecimiento y Desarrollo (evaluación nutricional, evaluación auditiva, visual, evaluación músculo-esquelética y locomotora).
2. Administración de micronutrientes: sulfato ferroso, vitamina A, según criterios de riesgo, normas y protocolos.
3. Inmunizaciones: según norma vigente.
4. Sesión de estimulación temprana (hasta los 36 meses).
5. Intervenciones educativas y comunicacionales a los padres en:
  - Prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable.
  - Alimentación y nutrición del niño: Alimentación complementaria, loncheras saludables.
  - Alimentos fortificados con micronutrientes: yodo, flúor, hierro, zinc, vitaminas.
  - Higiene.
  - Cuidados del medio ambiente.
  - Habilidades sociales.
  - Maltrato infantil.
6. Atención odontoestomatológica: Examen odontológico, determinación de factores de riesgo bucales, diagnóstico, tratamiento y consejería.
7. Visita Familiar Integral:
  - Vacunas (no acudió a su cita).

- Control de crecimiento y desarrollo (no acudió a su cita).
  - Control del daño (seguimiento de neumonías, enfermedad diarreica con deshidratación/shock, disintéricas, desnutrición).
  - Otros de acuerdo a región.
  - Problemas de violencia, abuso sexual, abandono.
8. Atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes:
- IRA
  - EDA
  - Malnutrición.
  - SOBA-Asma.
  - Caries dental.
  - Problemas de violencia, abuso sexual, abandono.
  - Otros de acuerdo a cada región.

#### **2.1.6. Teoría de enfermería**

El modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender

Nola J. Pender menciona que la persona es un ser integral, además analiza los estilos de vida y las fortalezas, tomándolo a este modelo sobre la importancia de la cultura.

Obtenió la licenciatura de Enfermería en la Universidad de Michigan (Estados Unidos de America) siendo reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de promoción de la Salud. Pender planteó el estado óptimo de salud ya que era un objetivo para una acción preventiva.

El modelo de promoción de salud que propuso Nola pender, es muy predominante para la promoción de salud en enfermería, según este modelo el determinante de la promoción de salud y estilos de vida, se conforma por factores cognitivos- perceptuales, y se entiende como concepciones, creencias, ideas que tienen las

personas sobre la salud y a la vez, llevan comportamientos determinados de salud.

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

El Modelo de Promoción de Salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.

- El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas.
- El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo.
- Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

***“Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro.”***

- **Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender**

Es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud.

Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

- **Modelo de Promoción de Salud de Pender. 1996.**

Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales:

1. las características y experiencias individuales.
2. la cognición y motivaciones específicas de la conducta.
3. el resultado conductual.

El modelo de promoción de la salud de Nola ayuda a integrar este método de enfermería para conductas de salud en las personas. Ésta conduce para la observación y exploración de

los procesos biopsicosociales, según al modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud.

## **2.2. Estudios Previos**

El presente proyecto de investigación posee los siguientes estudios previos, ya sea en el extranjero como dentro del país:

### **A) A nivel internacional**

Aguirre, Bustos, y Miño (2014). “Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica de mamás con niños de 4 a 5 años que asiten al Jardín “Hojitas Verdes” de la Escuela N° 390 “Ángel Vicente Peñaloza” en San Vicente – Misiones, 2015”. Argentina. Objetivo: Dilucidar la relación existente del conocimiento que tienen las madres de niños de cuatro y cinco años que asisten al Nivel Inicial: “Hojitas Verdes” de la Escuela N° 390” Ángel Vicente Peñaloza (en la localidad de San Vicente – Misiones) acerca de la anemia ferropénica, analizando diversos factores, como la edad de las mismas y el nivel académico alcanzado, de los que se desprenden el resto de las variables, como sus conocimientos generales acerca de la anemia, signos y síntomas, acciones preventivas y correctivas para revertir esta patología. Material y método: Estudio observacional, transversal y descriptivo y, utilizando como estrategia “la encuesta”, se recabaron los datos y una vez ordenados se analizaron. Resultados: Madres jóvenes y con un nivel educativo incompleto tuvieron iguales conocimientos acerca de qué es la anemia, cómo reconocerla y cómo prevenirla, que las madres de mayor edad y con un nivel educativo completo. Conclusiones: No existe tal relación entre edad y nivel educativo.

Mesa (2014). “Intervención alimentaria y nutrimental en la anemia ferripriva en los niños desnutridos”. Cuba. Objetivo: Presentar el impacto de la intervención realizada sobre la anemia ferripriva en niños

desnutridos menores de 5 años según pautas elaborados localmente. Diseño del estudio: Ensayo clínico quasi-experimental, abierto. Material y método: Se seleccionaron 100 niños de ambos sexos, con edades entre 0 – 5 años, en los que concurrían desnutrición (Peso para la Talla < percentil 3 de las Tablas cubanas de Crecimiento y Desarrollo) y anemia ferripriva (Hierro sérico < 10.4  $\mu$ . mol. L<sup>-1</sup>) de entre aquellos atendidos en la Consulta Provincial de Seguimiento Nutricional del Policlínico de Especialidades Pediátricas del Hospital Pediátrico Provincial Docente “Pepe Portilla” (Pinar del Río, Pinar del Río). Los niños fueron asignados a cualquiera de 2 intervenciones: Grupo I: Figura dietética vs. Grupo II: Figura dietética + Suplementación hemínica (ForFer®: 6 mg. Kg<sup>-1</sup>. día<sup>-1</sup>). La figura dietética se prescribió según pautas locales elaboradas por la autora sobre la incorporación en la dieta regular de fuentes de hierro. Las intervenciones se condujeron durante 4 meses. Resultados: Las intervenciones resultaron en disminución del número de niños con manifestaciones clínicas de anemia, y valores de hierro sérico < 10.4  $\mu$ . mol. L<sup>-1</sup>; respectivamente. No se observaron cambios en el número de niños con valores del Peso para la Talla menores del percentil 3. La suplementación hemínica se asoció a una reducción significativamente mayor del número de niños con manifestaciones clínicas de anemia, pero sin influencia en el valor corriente del peso del niño, o del hierro sérico; y a expensas de una elevada tasa de reacciones adversas. Conclusiones: La inclusión de fuentes de hierro en la dieta del niño desnutrido con anemia ferripriva según pautas alimentarias y nutricionales puede producir cambios a corto plazo en las manifestaciones clínicas y los valores de hierro sérico. La efectividad de la suplementación hemínica se vio oscurecida por la elevada tasa de reacciones adversas.

Pita et al. (2013). “El bajo consumo de alimentos ricos en hierro y potenciadores de su absorción se asocia con anemia en preescolares cubanos de las provincias orientales. 2005-2011”. Objetivo: Evaluar la ingesta de comidas que sean ricos en hierro (IRF) y de estimuladores de la absorción de hierro (EIA) en niños de las cinco provincias orientales de Cuba y su asociación con anemia en 2005, 2008 y 2011.

Material y método: se inició con un planteamiento de estudio descriptivo de corte transversal, que incluye la valoración intermedia y el final del plan del gobierno cubano asistencia alimentaria, con la ayuda financiera del Programa Mundial de Alimentos y una evaluación del plan 10589. La muestra fue calculada para un nivel significativo tanto el 5% y una potencia del 90% y un total de niños por provincia de 470 y en la región de 2350. Fuera el caso en provincia se seleccionarían 235 niños de zona urbana y 235 de zona rural. La valoración para la dieta se desarrolló mediante la encuesta retrospectiva, de preferencia el consumo de comidas que un alto contenido de hierro, que abarca el periodo de 6 meses anteriores al estudio. También se evaluó todo alimento potenciador para la absorción de hierro como vegetales y frutas con contenidos muy elevados de vitamina c.

Resultados: El consumo aumentó en carne roja y aves de corral (44,2% a 60,4%), huevos (38,7% a 58,6%) y hortalizas (47,6% a 56,2%); (73,2% - 55,8%) y legumbres (87,7% a 57,7%). El predominio de la insuficiencia de hierro hacia los niños de 6 a 24 meses mostró una disminución (62,1% a 44,3%). Se encontró una reducción en el predominio de deficiencia de hierro en lactantes de 12 y 23 meses de edad en el 2008, en comparación con 2005 y se revirtió ligeramente en 2011, un hallazgo similar se observó en niños de 2 a 5 años de edad. Conclusiones: Hubo una asociación consistente de anemia con baja ingesta de huevos, verduras y frutas, pero no con baja ingesta de legumbres. Se dice que los niños que asistieron a la guardería comieron más alimentos ricos en hierro y mejoradores de la absorción de hierro que aquellos que no lo hicieron. El grupo de niños menores de 24 meses sigue siendo el grupo más vulnerable para la anemia.

Salarkia, Neyestani, Omidvar, y Zayeri (2015). "La inestabilidad alimentaria en casa, las prácticas alimentarias de la madre y el estado de hierro de la primera infancia". Irán. Objetivo: Evaluar la relación entre la inseguridad alimentaria en el hogar, las prácticas de alimentación materna de la madre y el estado de hierro de los niños de 6-24 meses. Métodos: En este estudio transversal, 423 pares madre-hijo fueron seleccionados al azar por el

método de muestreo multietápico. Las muestras de sangre de los niños se analizaron para hemoglobina y concentraciones séricas de ferritina. La seguridad alimentaria de los hogares se evaluó mediante una Escala de acceso a la inseguridad alimentaria familiar. Las prácticas de alimentación de la madre fueron evaluadas utilizando las variables de la práctica de alimentación infantil y del niño pequeño incluyendo: La duración de la lactancia materna y el momento de introducción de la alimentación complementaria.

Resultados: Con base en los resultados, de los hogares estudiados sólo el 47,7% estaban seguros de alimentos. La inseguridad alimentaria familiar moderada y moderada fue de 39,5% y 12,8%, respectivamente. Anemia, deficiencia de hierro (ID) y anemia por deficiencia de hierro se observaron en el 29,1%, el 12,2% y el 4,8% de los niños, respectivamente. No hubo asociación significativa entre el desequilibrio de alimentación que ocurre en la casa; los hábitos nutricionales de la madre, el ID del niño con o sin anemia.

Conclusiones: No se encontró asociación entre la inseguridad alimentaria en el hogar con la aparición de anemia en los niños de 6-24 meses. Sin embargo, estos hallazgos no descartan la posibilidad de otras deficiencias de micronutrientes entre los niños del hogar con inseguridad alimentaria.

### **B) A nivel nacional**

Gutiérrez (2014). "Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica relacionado con la actitud preventiva de las madres en niños menores de 1 año. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2013". Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica relacionado con la actitud preventiva de las madres en niños menores de 1 año, Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote 2013. Material y método: Trabajo de investigación de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 78 madres jóvenes que asistieron al Módulo de Pediatría con niños menores de 1 año, a quienes se le aplicó un cuestionario relacionado al nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica



y una escala de evaluación de actitud preventiva de anemia ferropénica. El procesamiento de datos se realizó mediante la prueba estadística de independencia de criterios. Conclusiones: 1. Más de la mitad presentan un nivel de conocimiento inadecuado (59.0%) y el (41.0%) un nivel de conocimiento adecuado. 2. La mayor prevalencia de actitud preventiva menos positiva (70.5 %), seguido de una actitud preventiva más positiva (29.5%). 3. Existe una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud preventiva sobre anemia ferropénica ( $p=0.021$ ). Asimismo, ante prueba de riesgo, el tener un nivel de conocimiento inadecuado se constituye en riesgo elevado para presentar una actitud preventiva menos positiva ( $OR=3.2$ ),  $p$ : significativo,  $OR$ : Riesgo Elevado.

### **C) A nivel local**

Cornejo. “Conocimientos y prácticas para prevenir la deficiencia de hierro ocasionando anemia en mamás con niños de 6 y 24 meses de un Establecimiento de Salud Lima 2015”. Objetivo: concientizar el saber y los hábitos acerca de como prevenir la deficiencia hierro en la sangre en mamás con niños de 6 a 24 meses. Materiales y Métodos: la investigación yace de una muestra cuantitativa, el cual es a nivel aplicativo, tiene como procedimiento representativo de corte (perpendicular a su dimensión longitudinal) transversal. El grupo poblacional estuvo constituido por 146 mamás de niños con 6 a 24 meses, aquellos que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo. El muestro se realizo con 84 mamás con niños de 6 a 24 meses. Resultados: Con relación a la cultura de la madre el 54% no sabe y el 46% si sabe acerca de como prevenir la anemia causada por le deficiencia de hierro en la sangre; entanto que el 58% tienen habitos inapropiados, ya que unicamente el 42% desarrollan prácticas correctas. Conclusiones: se termina definiendo que en gran parte las mamás que asiten al establecimiento de salud no tiene conocimientos sobre el tratamiento y los riesgos o secuelas puede ocasionar esta enfermedad. Siendo una señal negativa para lograr prevenir la deficiencia de hierro en un menor de 3 años. De tal manera, el mayor grupo de mamás que asisten al establecimiento de salud realizan

prácticas incorrectas para prevenir dicha enfermedad, que consta en no darles una alimentación con consistencia, frecuencia y cantidad concuerdo al mes o edad que tiene el niño, por el cual no cubre el requerimiento nutricional.

Garro (2016). En el Perú, la anemia infantil y la desnutrición crónica son los principales problemas nutricionales que afecta a los niños menores de 3 años. El presente estudio se titula: La realidad del plan educativo, el acto de prevenir la deficiencia de hierro (anemia) y la desnutrición crónica en menores de 36 meses, a nivel cognitivo y practicas de las mamás que acuden al establecimiento de salud. El propósito es diagnosticar la realidad del plan educativo. Prevenir la deficiencia de hierro provocando anemia y el consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas, provocando desnutrición en un niño menor de 36 meses. Si hablamos de capacidades y habitos de las mamás que acuden a un Establecimiento de salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto, ubicado en lurin.

El proyecto de investigacion es cuantitava, de acuerdo a la informacion que se obtuvo son susceptibles de cuantificación, de nivel aplicativo y de corte transversal, por ello se permitio mostrar la varible de estudio, en el espacio y tiempo designado. El grupo poblacional estuvo constituido por 15 mamás primerizas que realizaron con todos los criterios de inclusión y exclusión. La herramienta o instrumento que su uso fue el talonario de preguntas. Para encontrar el resultado, tuvimos un grupo poblacional de 100%, y de aquellas solo 15 mamás fueron indagadas, se logro indagar, antes de aplicar el plan educativo se pudo observar que el 53.3% osea 8 mamás tienen conocimiento de como prevenir la deciencia de hierro y la desnutrición crónica, entretanto luego de aplicar el plan educativo del 100% solo 15 mamás tienen conocimiento. Concluimos que el paln educativo fue positivo, ya que las mamás desarrollaron el nivel cognitivo y sus habitos a un 100% para prevenir la deficiencia de hierro y la desnutrición crónica.

Centeno 2014. Factor de riesgo intrínseco y extrínseco coligado a la deficiencia de hierro en los niños de 6 meses en 4 centros de salud de la Red

SJM-VMT2013. Tiene por objetivo determinar los agentes de riesgo intrínsecos y extrínsecos coligado a la deficiencia de hierro causando anemia en los niños de 6 meses de edad. Material y método: la presente investigación es de nivel aplicativo, de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte trasversal. El método para lograr esta investigación fue el diálogo y el cuestionario, se realizó el muestreo con 40 niños de 6 meses de edad. El resultado obtenido nos muestra con respecto al factor intrínseco, el 45% de niños nacieron pequeños para la edad gestacional, y el 40% nacieron prematuros y el 20 nacieron con un peso bajo. Los factores extrínsecos tienen el 58% de niños que no tuvo tratamiento con suplementación de hierro, mientras el 53% solo se alimenta con leches en fórmula u otros.

Las madres que padecieron hiperémesis gravídica es el 58%, el 53% desconocen sobre la enfermedad, el 50% presento menstruación de 5 a más días antes de su embarazo, y por último el 48% padeció de deficiencia de hierro (anemia) en todo el embarazo. Se concluyó que los factores intrínsecos que tuvieron resultados característicos fueron pequeño para la edad gestacional, prematuro, y bajo peso al nacer. Los factores extrínsecos que manifestaron una gran proporción fue el no consumir suplementos de hierro, la hiperémesis gravídica (náuseas y vómitos presentes en mujeres embarazadas, que evolucionan de manera severa, producen deshidratación, pérdida de peso mayor del 5 %), falta de cultura de la mamá y la lactancia mixta y otros factores que complicaron durante el embarazo por la ignorancia de la mamá sobre dicha enfermedad.

## **2.3. Marco Conceptual**

### **2.3.1. Generalidades**

El Marco Conceptual está compuesto de referencias a sucesos y situaciones pertinentes, a resultados de investigación, incluye, por tanto, un marco de antecedentes, definiciones, supuestos, etc (Mónica Ortiz Gonzales, 2011). Se constituye como un conjunto de definiciones, teorías, conceptos, sobre los temas que estructuran el desarrollo de la

investigación y que sirven para interpretar los resultados que se obtengan del trabajo realizado en campo (aula fácil, 2016).

**Alimentación complementaria:** Uso de alimentos sólidos o semisólidos seguros, suficientes y adecuados a la edad, además de la leche materna o de preparaciones para lactantes. El proceso comienza cuando la leche materna o los preparados para lactantes ya no son suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales del bebé. No se recomienda darles ningún alimento sólido, semisólido o blando a los bebés menores de seis meses de edad. En general se considera que el rango objetivo para la alimentación complementaria va de los 6 a los 23 meses. (PAHO, OMS 2009)

**Anemia:** Caracterizada por la reducción de los niveles de hemoglobina o de los glóbulos rojos, que dificulta la llegada de oxígeno a los tejidos del organismo, la anemia es causada por la ingesta insuficiente o la malabsorción de hierro, folato, vitamina B12 y otros nutrientes. También es provocada por enfermedades infecciosas como la malaria, la infestación por anquilostoma y la esquistosomiasis, y enfermedades genéticas. Las mujeres y los niños son grupos de alto riesgo. Los signos clínicos comprenden cansancio, palidez, dificultad para respirar y cefalea. (Postobón 28 sep. 2017)

**Anemia ferropénica:** Es la insuficiencia de glóbulos rojos saludables debido por la falta de hierro en la sangre y con un valor debajo a 11 g/dl en menores de 24 meses, que asisten al establecimiento de Salud Chacra Colorada. (Sociedad Argentina de Pediatría, 2017)

**Chispitas:** Las Chispitas son multimicronutrientes ricos en hierro, vitamina A, complejo B y otros nutrientes. (MINSA, 2016)

**Conocimientos:** La experiencia o el aprendizaje que nos dan poseen las mamás que asisten al establecimiento de salud chacra colorada relacionado con la deficiencia de hierro en la sangre ocasionando anemia, en niños menores de 24 meses.

**Deficiencia de hierro:** Los globulos rojos transportan O<sub>2</sub> a todos los tejidos del cuerpo, ya que los globulos rojos sano se producen en la médula ósea. Ellos circulan por el cuerpo durante durante 3 a 4 meses. El bazo elimina los glóbulos viejos. El hierro es un agente primordial para los globulos rojos, ya que sin hierro la sangre no puede llevar O<sub>2</sub> eficientemente. Las mamás primerizas deben conocer que el hierro se obtiene mediante la alimentación y mas aun rico en hierro, y se dice que se reutiliza el hierro de los globulos rojos viejos. (AEAL, 2017).

**Enriquecimiento:** Asimismo conocida a manera de “fortificación”, es el proceso de agregar micronutrientes a productos alimenticios o restaurar los que se perdieron durante el procesamiento. Algunos ejemplos son el enriquecimiento de harina de trigo con vitamina B1, niacina y hierro.

**Fortificación:** se requiere de alimentos que puedan mejorar el estado de micronutrientes. Estos dos enfoques usan la misma técnica de añadir vitaminas o minerales o alimentos básicos.

La adición deliberada de nutrientes específicos a los alimentos para aumentar su contenido, a veces en niveles mayores de lo normal, como medio de proveer a la población con un mayor nivel de ingesta. Generalmente, es usado como sinónimo de enriquecimiento, suplementación y restauración. (FAO, Roma 2002)

**Fortificantes:** Vitaminas y minerales agregados a los alimentos para fortificarlos. (FAO, Roma 2002)

**Madre:** Mujer quien esta apta para cuidar a su menor hijo y asiste al establecimiento de salud para ser atendido.

**Micronutrientes:** Vitaminas y minerales esenciales que el organismo necesita en cantidades minúsculas durante todo el ciclo de vida. (MINSA 2015)

**Prácticas:** es el trabajo que toda mamá desarrolla para prevenir la deficiencia de hierro provocando anemia. (Plan Nacional Para La Reducción Y Control De La Anemia Materno Infantil Y La Desnutrición Crónica Infantil 2017)

**Ración:** La ración o “canasta de alimentos” consiste en general en una variedad de alimentos básicos (cereales, aceite y legumbres) y, posiblemente, alimentos adicionales llamados complementarios (carne o pescado, frutas y verduras, mezclas de cereales fortificadas, azúcar, condimentos que mejoran la adecuación nutricional y el sabor de los alimentos (Ondina Aguilus, 2017)

Suplementación (micronutrientes): Suministro de micronutrientes en comprimidos, cápsulas, jarabe o polvo. (Minsa, 2015)

## CAPÍTULO III

### HIPÓTESIS Y VARIABLES

#### 3.1. Formulacion de la Hipótesis

##### 3.1.1. Hipótesis General

H<sub>6</sub>: Existe relación positiva entre los conocimientos y las prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

##### 3.1.2. Hipótesis Específicas

H<sub>1</sub>: Existe relación positiva entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de **higiene de los alimentos** en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

H<sub>2</sub>: Existe relación positiva entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de **tipos de alimentos empleados** en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

H<sub>3</sub>: Existe relación positiva entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de **consistencia de la preparación** en mamás con niños menor de 6 a 24 meses del establecimiento de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

H<sub>4</sub>: Existe relación positiva entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de **frecuencia de comidas diarias** en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

## 3.2. Variables de estudio

### 3.2.1. Clasificación de Variables

El presente trabajo de investigación clasifica y define las siguientes variables:

- **Variable Independiente:** Conocimientos y Prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica.
- **Variable Dependiente:** Prácticas de prevención de la anemia ferropénica

### 3.2.2. Definición Coceptual de las Variables

#### **Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica:**

Proceso mental referente a una idea, imágen o concepto que la mamá estructuró y acumuló en su mente a partir de una realidad objetiva sobre la disminución de hierro en la sangre provocando anemia ferropénica (Cornejo, 2016).

#### **Prácticas de prevención de la anemia ferropénica:**

Acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos adquiridos pudiendo ser valoradas a través de la observación del contenido de los alimentos que brindan; o expresada por la madre por medio del lenguaje (Cornejo, 2016).

### 3.2.3. Definición Operacional de las variables

El presente trabajo de investigación definirá a sus variables operacionalmente de la siguiente forma:



Cuadro de operacionalización de las variables de estudio

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES
<p><b>Variable Independiente:</b></p> <p>Conocimientos y Prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición</li> <li>• Causas.</li> <li>• Síntomas.</li> <li>• Diagnostico.</li> <li>• Tratamiento.</li> <li>• Preventivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. -Información sobre anemia, hierro, hemoglobina, anemia ferropénica.</li> <li>. -Baja producción de glóbulos rojos y destrucción de éstas, esferocitosis hereditaria, uso de antibióticos – fármacos, niños prematuros.</li> <li>. -Fatiga, debilidad, dificultad para respirar, mareos, taquicardias, palidez y manos frías.</li> <li>. -Examen médico, hemograma completo.</li> <li>. -Sulfato ferroso, o complejo polimaltosado férrico en gotas, micronutrientes, alimentos ricos en hierro.</li> <li>. -Tamizaje o despistaje, inicia a los 6 meses de edad.</li> </ul>
<p><b>Variable Dependiente:</b></p> <p>Prácticas de prevención de la anemia ferropénica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene de alimentos.</li> <li>• Conservación.</li> <li>• Alimentación complementaria.</li> <li>• Alimentos de origen vegetal</li> <li>• Alimentos de origen animal</li> <li>•Consistencia.</li> <li>• Frecuencia.</li> <li>• Cantidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. - Es importante el lavado de manos y el lavado de los alimentos al inicio de la preparación de la comida.</li> <li>. - Almacenar en un ambiente adecuado, tiempo de conservación – (comida calentada).</li> <li>. - A partir de los 6 meses de edad.</li> <li>. - Cereales (lentejas, garbanzo, pallar). . Frutas (granadilla, manzana). . Verduras (espinaca, brócoli, zanahoria).</li> <li>. - Hígado de pollo, bazo, sangrecita, carne de res, pollo, pescado.</li> <li>. - Aplastado (6 meses) . Triturado (7 -8 meses) . Picado (9 -11 meses) . olla familiar (1 – 2 años)</li> <li>. - 6 meses: 2 a 3 cucharadas 2 comidas + LME . 7 – 8 m: 3 a 5 cucharadas 3 comidas + LME . 9 – 11m: 5 a7 chucharadas 3 comidas + una adicional +LME . 12 - 24 m: 7 a 10 cucharadas 3 comidas + dos adicionales +LME</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactancia materna exclusiva.</li> <li>• Suplementos de hierro.</li> <li>• Control de Cred.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. - La leche materna es importante hasta los 6 meses, siendo imprescindible que acompañe a la alimentación complementaria hasta los 24m.</li> <li>. - Complejo polimaltosado férrico en gotas, micronutrientes.</li> <li>. - Identificar oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva.</li> </ul>
--	--	---

## CAPÍTULO IV

### METODOLOGÍA

#### 4.1 Descripción del Método y Diseño

En el presente trabajo de investigación se empleó el siguiente método y diseño:

El método de estudio empleado es de tipo descriptivo, y la correlación descriptiva sobre los conocimientos y prácticas y prevención sobre la anemia ferropénica sujetos al estudio el fenómeno en su estado actual y en su forma natural (Sánchez y Reyes, 2015). El estudio es de corte transversal porque se obtendrá la información en un determinado periodo.

El diseño utilizado es el descriptivo correlacional porque se hará una descripción, en la determinación del grado de relación existente entre dos o más variables de interés en una misma muestra de sujetos o el grado de relación existente entre dos fenómenos o eventos observados (Sánchez y Reyes, 2015).

Así, en este estudio se busca determinar la relación existente entre los conocimientos y las prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, setiembre 2017. El diagrama del diseño correlacional es el siguiente:

$$M1: \quad O_x \quad r \quad O_y$$

Donde:

**O<sub>x</sub>** : Observación de la variable Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica.

**O<sub>y</sub>** : Observación de la variable Prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica.

**R** : Índice de correlación entre las variables de estudio.

## 4.2 Tipo y nivel de Investigación

La investigación es de tipo cuantitativa, caracterizada por el interés en la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación y las consecuencias prácticas que de ella se deriven (Sánchez y Reyes, 2015).

La investigación corresponde a un nivel descriptivo, ya que su objetivo lleva a indagar y presentar la situación del estado o momento actual del fenómeno en estudio (Sánchez y Reyes, 2015).

## 4.3 Población, Muestra y Muestreo

### 4.3.1 Población

La población estuvo conformada por 100 madres-niños, de 6 y 24 meses de edad en el servicio de CRED del Centro de Salud Chacra Colorada.

$$N = 100$$

### 4.3.2 Muestra

Para obtener la muestra se consideró un 5 % de margen de error, 0,5 de margen de error y 95% de confianza, aplicando la fórmula para la población finita se obtuvo la muestra del estudio.

El estudio se realizó con una muestra de 80 madres-hijos que acuden al servicio de CRED del Centro de Salud Chacra Colorada, ubicado en el mencionado distrito, en el año 2017.

Para la selección de la muestra, se calculó su tamaño mediante fórmula para población finita.

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

Donde:

- N : Población  
Z : Nivel de confianza (95%: 1.96)  
P : Probabilidad de éxito (0.5)  
q : Probabilidad de fracaso (0.5)  
E : Error estándar (0.05)

Se Reemplazó

$$n = \frac{100 \times 1.96^2 (0.5 \times 0.5)}{99 \times 0.05^2 + 1.96^2 (0.5 \times 0.5)}$$

$$n = 80$$

### 4.3.3 Muestreo

Muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple.

## 4.4 Consideraciones Éticas

En este trabajo de investigación fue aplicado los principios bioéticos que se exige al licenciado de enfermería, tal cual permiten cumplir con los objetivos establecidos, moralmente y éticamente aceptados.

### Principio de beneficencia

La beneficencia en la actitud o comportamiento compasiva ante las dificultades o carencias de los demás, y permeó la ética médica desde sus orígenes hasta nuestros días, y a la obligación moral de actuar en beneficio de otros.

### Principio de no maleficencia

Quiere decir no hacer daño intencionalmente ya sea por acción o sea por omisión, por la ética médica. Sin embargo, la mayoría de principalitas lo consideran como un principio independiente, pues restringen el objeto de la

“No maleficencia” a los males que se producen como consecuencia de la acción terapéutica que se lleva a cabo.

### **Principio de justicia**

En el marco de la atención de salud, se refiere generalmente a lo que los filósofos denominan “justicia distributiva”, es decir, la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad. Justicia significa, a fin de cuentas, dar a cada quien lo suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario, y este enunciado está evidentemente vinculado, en primera instancia, al proyecto social del modelo económico que impere en la sociedad que se analiza.

### **Principio de autonomía**

Es el primer principio en la Bioética, ya que es un principio que tiene sus raíces en la filosofía moderna, y que en el ámbito sanitario se introduce como contraposición al multisecular. Es definida porque acepta al otro como agente ya sea moral, responsable y libre para definir una decisión. El paciente se expresa de una forma más transparente del pleno ejercicio de la autonomía con el consentimiento informado, quien está conformado por 2 elementos principales: información y consentimiento.

## **CAPÍTULO V**

### **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

#### **5.1 Técnicas e Instrumentos**

La técnica a usar en la presente investigación es la encuesta, y el instrumento que utilicé fue el cuestionario con una serie de preguntas relacionada a conocimientos y prácticas sobre prevención de anemia ferropénica, el cual se administraron en madres con niños de 6 a 24 meses de edad.

#### **Cuestionario de Conocimientos y Prácticas sobre Prevención de Anemia Ferropénica**

El nombre original es Conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica, Cinthia Cornejo (2015). (Adaptado por Bachiller Grecia Arbildo Ojanama, procedente de Lima – Perú, la administración fue individual aproximadamente de 15 minutos, pude observar mediante la entrevista con las madres sobre el conocimiento prácticas y preveccion que ellas tienen.

El cuestionario consta de 3 partes: la primera parte viene a ser la introducción donde se mencionan los objetivos, confidencialidad, la importancia de la participación y el agradecimiento. La segunda parte corresponde a los datos generales del informante. La tercera parte consta de 14 preguntas que mide la variable Conocimientos. El segundo cuestionario corresponde a 24 reactivos que miden la variable de prácticas para la prevención de la anemia ferropénica.

Cada pregunta se valora en función del siguiente puntaje:

- Respuesta correcta: valor 1 punto.
- Respuesta incorrecta: valor 0 puntos.

### **Validez y confiabilidad**

Cornejo (2016) obtuvo la validez del instrumento mediante la Prueba de Lawshe de Juicio de Expertos; en la cual participaron ocho profesionales, entre ellos seis Licenciadas en Enfermería, una Médico Pediatra y una Licenciada en Nutrición; siendo tomadas sus consideraciones en el mejoramiento del instrumento, ya que se solicitó una revisión de ítem por ítem, analizando los jueces su pertinencia y no pertinencia.

Se obtuvo como resultado de la prueba piloto conformado por 20 madres sirvió para determinar la confiabilidad del instrumento mediante la prueba estadística de alfa de Cronbach. En tal sentido, para la variable Conocimientos se obtuvo un valor alfa de Cronbach igual a 0,63, mientras que para la variable Prácticas el valor alfa de Cronbach fue de 0,61. Ambos índices establecen un nivel aceptable de consistencia interna de las escalas correspondientes a las variables. En conclusión, se puede afirmar que el instrumento es confiable y válido; por tanto, apto para su aplicación a la muestra de estudio.

## **5.2 PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS**

### **Plan de recolección de datos**

Para realizar el plan de recolección de datos se presentó una carta al Director Médico Jefe del “Centro de Salud Chacra Colorada” Breña, adjuntando el proyecto aprobado por la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, luego de tener la autorización se realizó las coordinaciones con la Jefa del Área de Crecimiento y Desarrollo, de tal forma se socializó para que dichos Instrumentos se aplicara a las mamás con niños de 6 a 24 meses que son atendidos en dicho centro de salud. Asimismo, la duración de la aplicación de los instrumentos fue de aproximadamente 20 minutos por cada uno. Una vez obtenida la información los datos fueron procesados en forma estadística.



## **Plan del procesamiento de datos**

Antes de realizar la codificación de los datos, se elaboró una base de datos usando el programa estadístico IBM SPSS versión 22 en español y se registraron la información que es procedente de los instrumentos.

Para el análisis descriptivo, se confeccionaron tablas de frecuencias y porcentajes para cada variable y sus dimensiones; y en cuanto al análisis inferencial, se procedió a un análisis de relación entre las variables de estudio, utilizando la prueba paramétrica de correlación lineal de Pearson, estableciéndose la decisión de rechazo de la hipótesis nula cuando la significación sea de  $p < 0,01$ .

## **Plan de presentación de datos**

Los datos analizados fueron presentados en cuadros de frecuencias y porcentajes y en gráficos estadísticos, se utilizó el programa estadístico, y con ayuda del programa Microsoft Excel 2013, se procedió a elaborar las tablas de frecuencias y porcentajes, así como las tablas de la contrastación de hipótesis; y, finalmente, se efectuó el análisis de cada una de tales tablas estadísticas con el programa estadístico IBM SPSS 22, agregándose las correspondientes figuras, dando, de ese modo, cumplimiento a cada uno de los objetivos establecidos en la investigación.

## **Confiabilidad del Cuestionario de Conocimientos sobre Prevención de la Anemia Ferropénica.**

El nombre original es Conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica, Cinthia Cornejo (2015). (Adaptado por la Bachiller Grecia Arbildo Ojanama, procedente de Lima – Perú, quien es autora de la presente investigación.

Respecto al cuestionario utilizado para la recolección de los datos sobre la variable de estudio: conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica, se procedió a aplicar el alfa de Cronbach para determinar la consistencia

interna de los ítems conformados en la medición de dicha variable. Cabe mencionar que el coeficiente alfa de Cronbach varía de 0 a 1, lo cual significa que mientras los valores calculados se aproximen más a 1, mayor consistencia interna tendrá la escala de reactivos; y además se recomienda su aplicación cuando los ítems son politómicos, es decir, de opciones de respuesta múltiple, como es el caso de las preguntas sobre la variable del presente cuestionario. El cálculo del alfa de Cronbach se realizó con el software estadístico IBM SPSS 24, y el valor del coeficiente obtenido fue de 0,640, lo cual indica que el instrumento tiene un nivel aceptable de consistencia interna y, por lo tanto, es confiable y apto para su administración a la muestra de investigación.

### **Confiabilidad del Cuestionario de Prácticas de Prevención de la Anemia Ferropénica.**

Con relación al cuestionario empleado para la recogida de datos sobre la variable de investigación: prácticas de prevención de la anemia ferropénica, se procedió, como en el caso del instrumento anterior, a aplicar el alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna de los ítems constituidos en la medición de tal variable. El cálculo del alfa de Cronbach también se realizó con el software estadístico IBM SPSS 24, y el valor del coeficiente computado fue de 0,636, lo cual permite afirmar que el nivel de consistencia interna del instrumento es aceptable y, por consiguiente, es considerado confiable y apto para su aplicación a la muestra de estudio.

**Baremo Del Cuestionario De Conocimientos y Prácticas Sobre  
Prevención De La Anemia Ferropénica.**

Nivel de conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica	Puntaje
Bajo	0 – 8
Medio	9 – 11
Alto	12 – 14

**Baremo Del Cuestionario Prevención De La Anemia Ferropénica.**

Nivel de prácticas de prevención de la anemia ferropénica	Puntaje
Inadecuadas	0 – 17
Adecuadas	18 – 26

## **CAPÍTULO VI:**

### **RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **6.1 Presentación, análisis e interpretación de datos**

Se utilizaron criterios de clasificación para la presentación e interpretación de los resultados descriptivos en relación a las variables de estudio: Conocimientos y prácticas y Conocimiento sobre prevenir la anemia ferropénica. En el caso de la primera variable, esta se clasifica en las categorías de Bajo, Medio y Alto; y tratándose de la segunda variable, la clasificación para la escala total es con las categorías Inadecuadas y Adecuadas.

Se analizó, las variables por su relación mediante el uso de la prueba estadística paramétrica la correlación lineal de Pearson para la comprobación de la hipótesis formulada para esta investigación.

Se presentó los resultados mediante tablas y figuras, con la correspondiente decisión estadística.

Y por ultimo se finaliza mediante la discusión de resultados en base a la comparación con los encontrados en otros estudios.

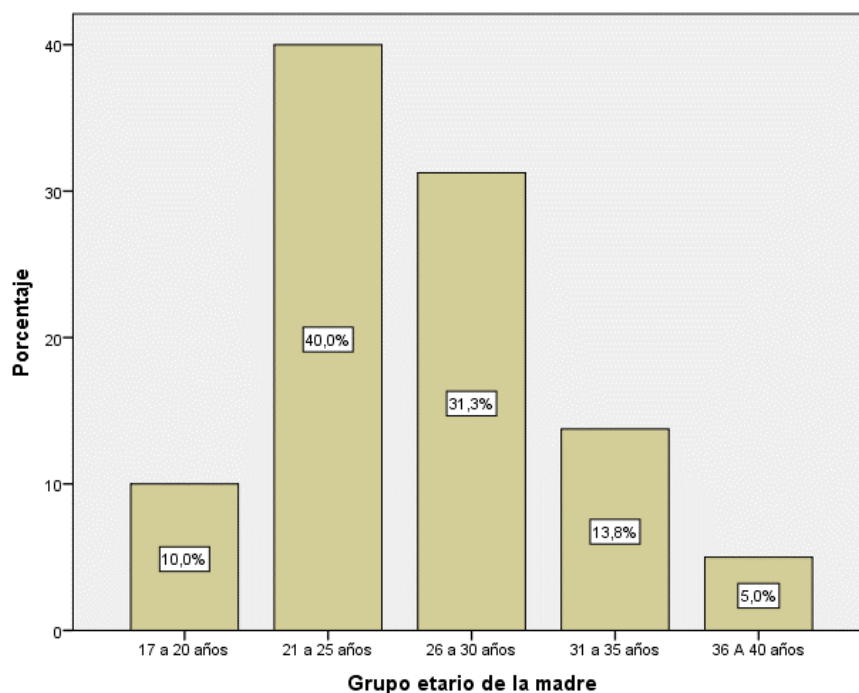
### 6.1.1 Resultados descriptivos de los datos sociodemográficos de la muestra de estudio

**Tabla 1**

Frecuencias y porcentajes de acuerdo al grupo etario en la muestra de madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
17 a 20 años	8	10,0	10,0
21 a 25 años	32	40,0	50,0
26 a 30 años	25	31,3	81,3
31 a 35 años	11	13,8	95,0
36 a 40 años	4	5,0	100,0
Total	80	100,0	

El 40% de las madres encuestadas tiene edades entre 21 y 25, mientras que el 31,3%, entre 26 y 30. Asimismo, se observa que el 13,8% tiene de edades que oscilan entre los 31 y 35; el 10%, entre 17 y 20; y apenas el 5%, entre 36 y 40 años.



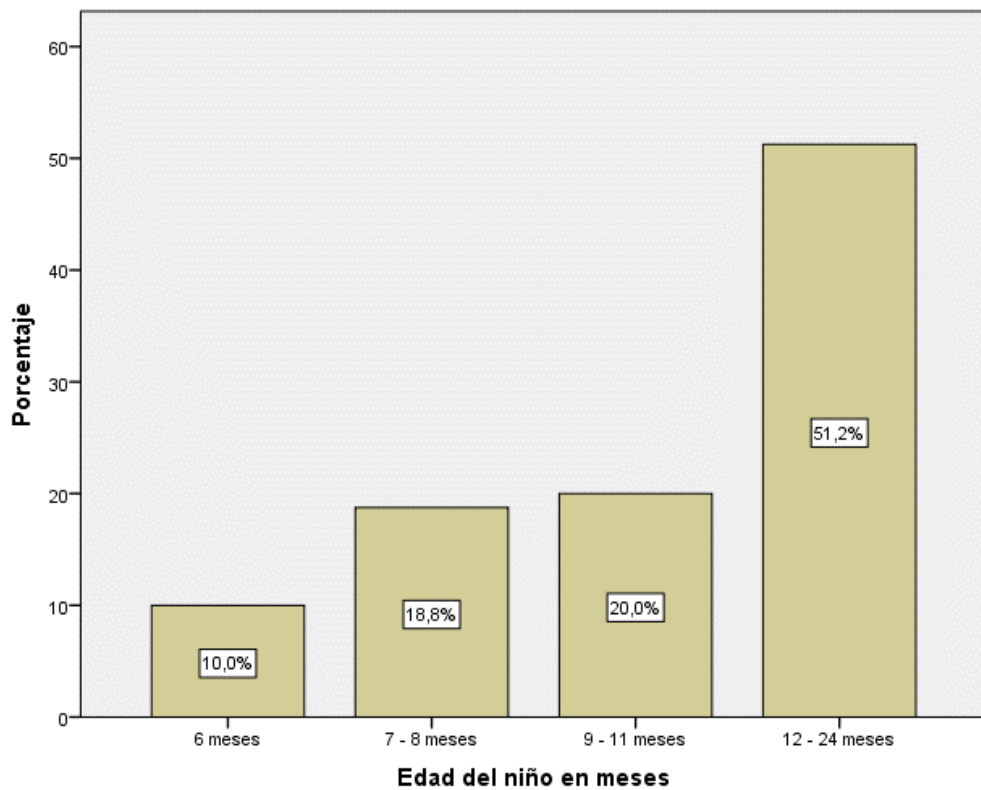
**Figura 1.**

**Tabla 2**

Frecuencias y porcentajes según edad en meses en la muestra de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña.

Edad en meses	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
6 meses	8	10,0	10,0
7 - 8 meses	15	18,8	28,8
9 - 11 meses	16	20,0	48,8
12 - 24 meses	41	51,3	100,0
Total	80	100,0	

El 51,3% de los niños de las madres encuestadas, que asiste al Centro de Chacra Colorada, tiene entre 12 y 24 meses, en tanto que el 20% se encuentra entre los 9 y 11 meses; 18,8% cuenta entre 7 y 8 meses; y el 10%, con 6 meses.



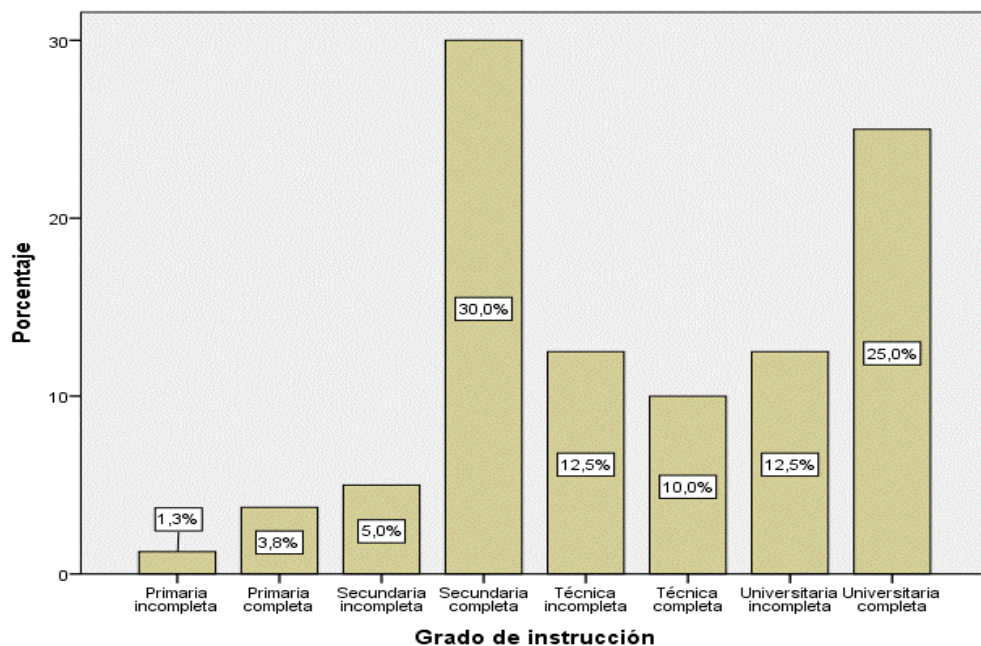
**Figura 2.**

**Tabla 3**

Frecuencias y porcentajes según grado de instrucción de las madres en la muestra de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	1	1,3
Primaria completa	3	3,8
Secundaria incompleta	4	5,0
Secundaria completa	24	30,0
Técnica incompleta	10	12,5
Técnica completa	8	10,0
Universitaria incompleta	10	12,5
Universitaria completa	20	25,0
Total	80	100,0

El 30% de las madres evaluadas concluyó la secundaria, mientras que el 25% tuvo estudios universitarios completos; el 12,5%, por igual, tiene técnica incompleta e universitaria incompleta; el 10%, con técnica completa; el 5%, secundaria incompleta; el 3,8%, primaria completa; y solo el 1,3%, primaria incompleta.



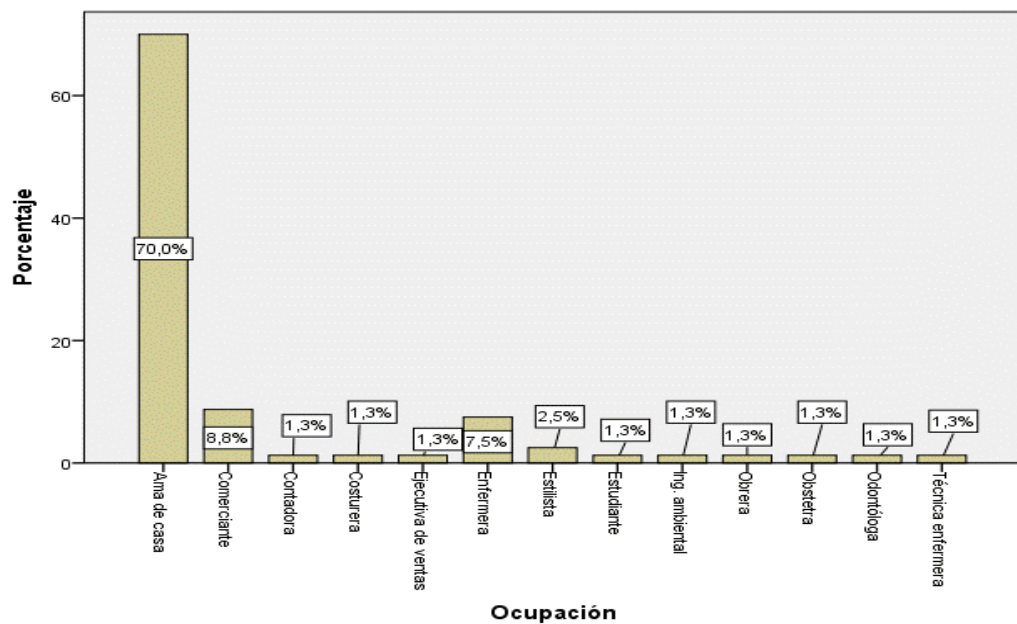
**Figura 3.**

**Tabla 4**

Frecuencias y porcentajes según ocupación de las madres en la muestra de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña

Ocupación	F	%
Ama de casa	56	70,0
Comerciante	7	8,8
Contadora	1	1,3
Costurera	1	1,3
Ejecutiva de ventas	1	1,3
Enfermera	6	7,5
Estilista	2	2,5
Estudiante	1	1,3
Ing. ambiental	1	1,3
Obrera	1	1,3
Obstetra	1	1,3
Odontóloga	1	1,3
Técnica enfermera	1	1,3
Total	80	100,0

Frente a la pregunta de la ocupación en la cual se desempeñan actualmente las madres encuestadas, el 70% respondió que se desempeña como ama de casa; un 8,8% se desenvuelve como comerciante; un 7,5% ejerce la profesión de enfermera; y un 2,5% se ocupa como estilista. En porcentajes ínfimos se registra un 1,3% para cada una de estas ocupaciones: Contadora, costurera, ejecutiva de ventas, estudiante, ingeniera ambienta, obrera, obstetra, odontóloga, y técnica enfermera.



**Figura 4.**

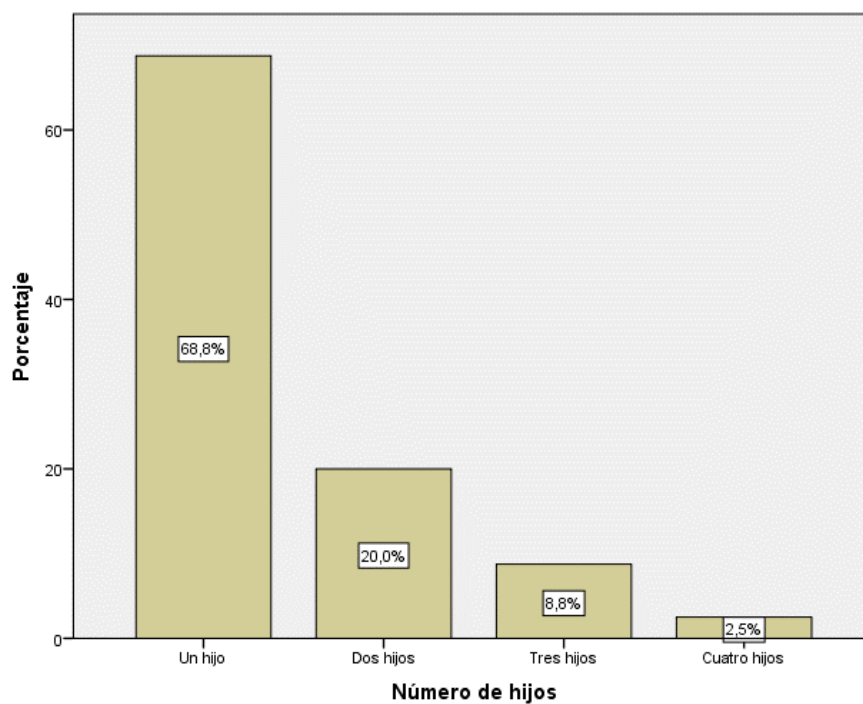


**Tabla 5**

Frecuencias y porcentajes según número de hijos de las madres en la muestra de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña

Número de hijos	F	%
Un hijo	55	68,8
Dos hijos	16	20,0
Tres hijos	7	8,8
Cuatro hijos	2	2,5
Total	80	100,0

El 68,8% de las madres evaluadas refirió que tiene un hijo, 22 mientras el 20% respondió que tiene dos hijos. Asimismo, un 8,8% señaló que se encuentra con tres hijos; y apenas el 2,5%, con cuatro hijos.



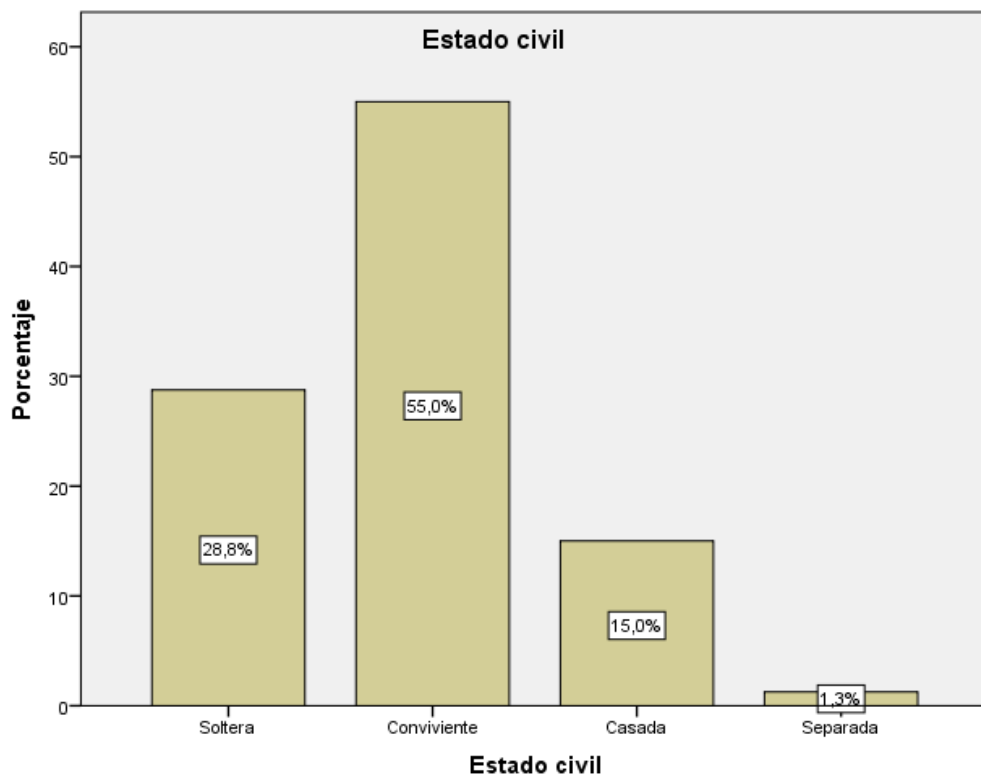
**Figura 5.**

**Tabla 6**

Frecuencias y porcentajes según estado civil de las madres en la muestra de niños de 6 a 24 meses del Establecimiento de Salud Chacra Colorada, Breña

Estado civil	F	%
Soltera	23	28,8
Conviviente	44	55,0
Casada	12	15,0
Separada	1	1,3
Total	80	100,0

El 55% de las madres de la muestra investigada se encuentra en condición civil de conviviente; el 28,8%, en condición de soltera; el 15%, como casada; y solo el 1,3%, como para el de separada.



**Figura 6.**

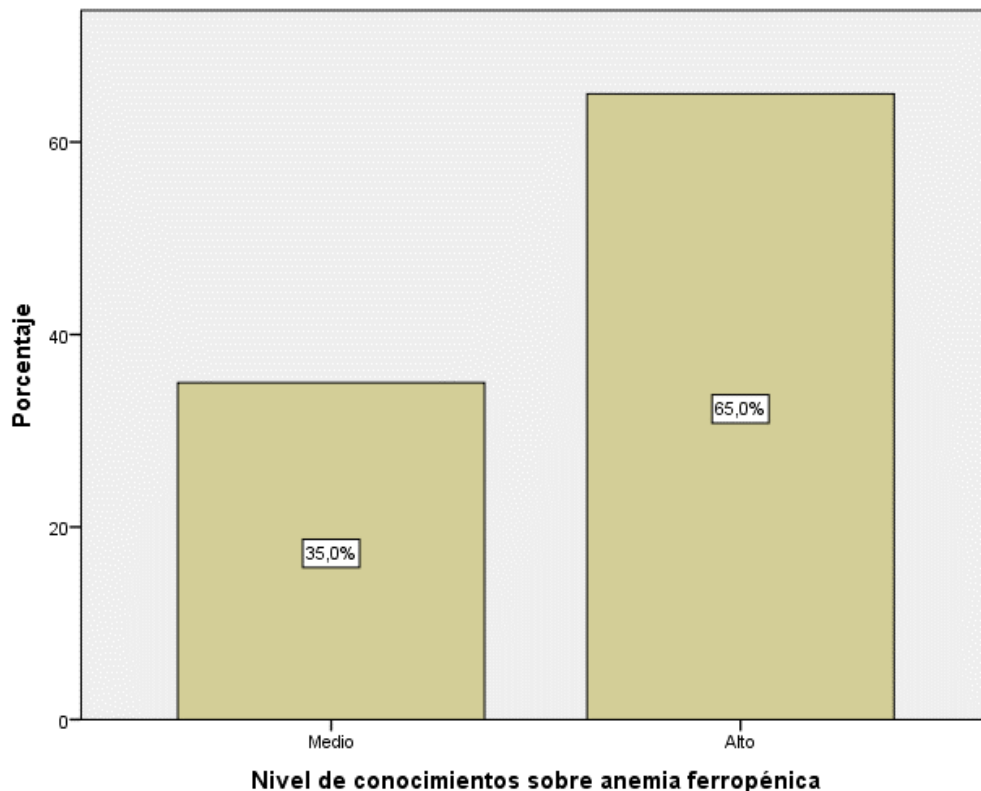
### 6.1.2 Resultados estadísticos de la variable: Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica

**Tabla 7**

Frecuencias y porcentajes en la variable: Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica en las madres de la muestra de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	19	23,8	23,8
Medio	46	57,5	81,3
Alto	15	18,8	100,0
Total	80	100,0	

Respecto a la variable: Conocimientos sobre la prevención de la anemia ferropénica, el 57,5% de las madres se encuentra en nivel medio; el 23,8% se ubica en nivel bajo; y el 18,8%, en nivel alto.



**Figura 7.**

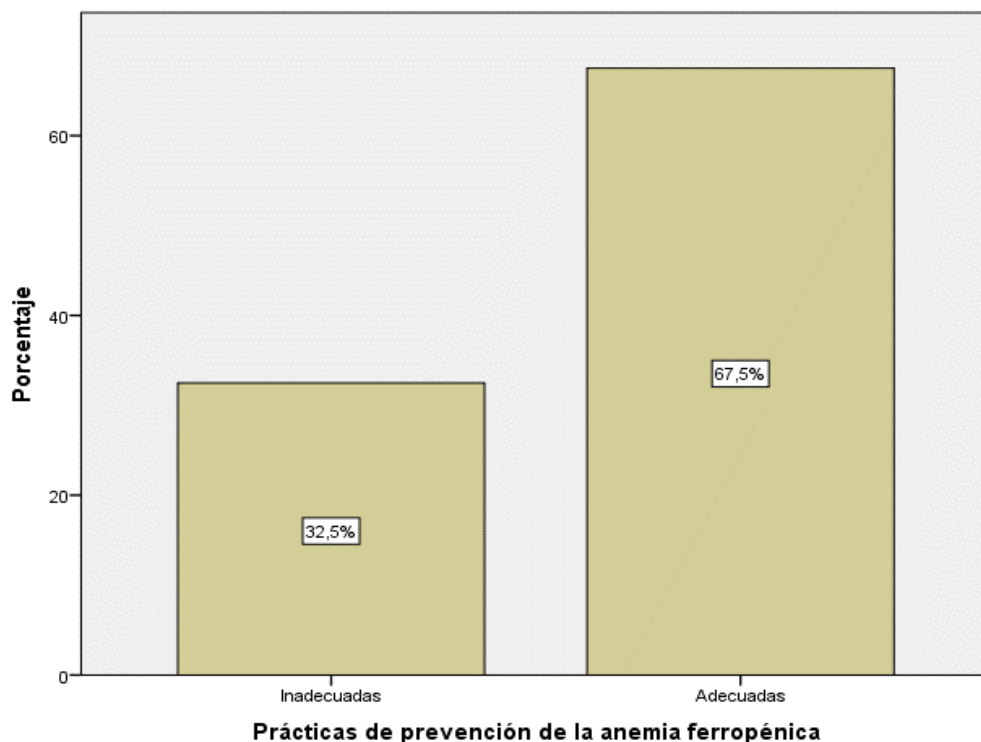
### 6.1.3 Resultados de la variable: Prácticas de prevención de la anemia ferropénica.

**Tabla 8**

Frecuencias y porcentajes en la variable: Prácticas de prevención de la anemia ferropénica en las madres de la muestra de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuadas	26	32,5
Adecuadas	54	67,5
Total	80	100,0

Con relación a la variable: Prácticas de prevención de la anemia ferropénica, el 67,5% de las madres presenta prácticas adecuadas, en tanto que el 32,5% presenta prácticas inadecuadas.



**Figura 8.**

#### 6.1.4 Resultados estadísticos de las dimensiones de la variable: Prácticas de prevención de la anemia ferropénica

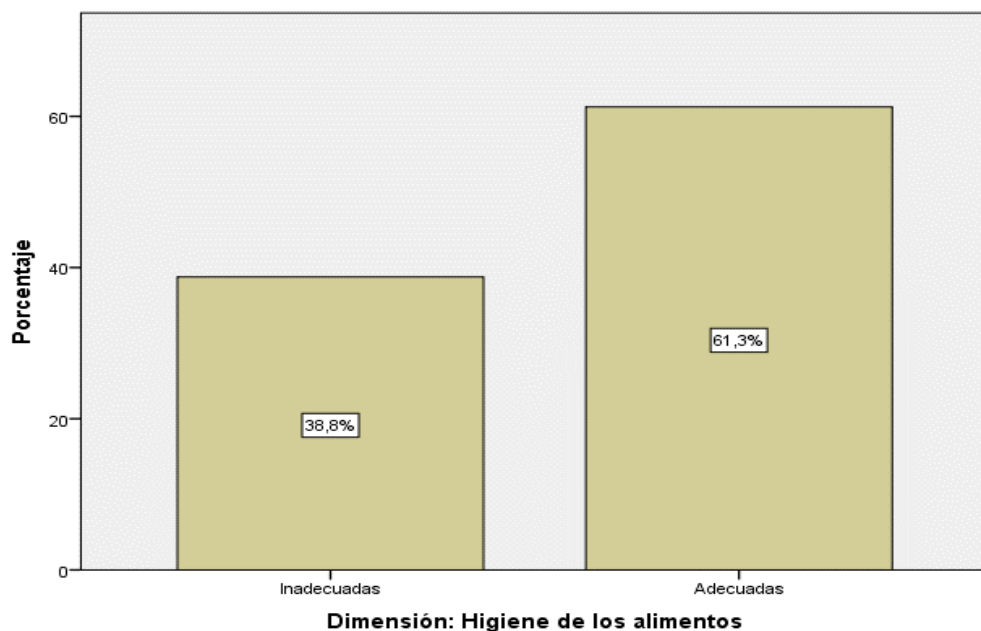
##### DIMENSIÓN: HIGIENE DE LOS ALIMENTOS

**Tabla 9**

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Higiene de los alimentos en las madres de la muestra de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuadas	31	38,8
Adecuadas	49	61,3
Total	80	100,0

Con referencia a la dimensión: Higiene de los alimentos, en las prácticas de prevención de la anemia ferropénica, el 61,3% de las madres presenta prácticas adecuadas, mientras que el 38,8% realiza prácticas inadecuadas.



**Figura 9.**

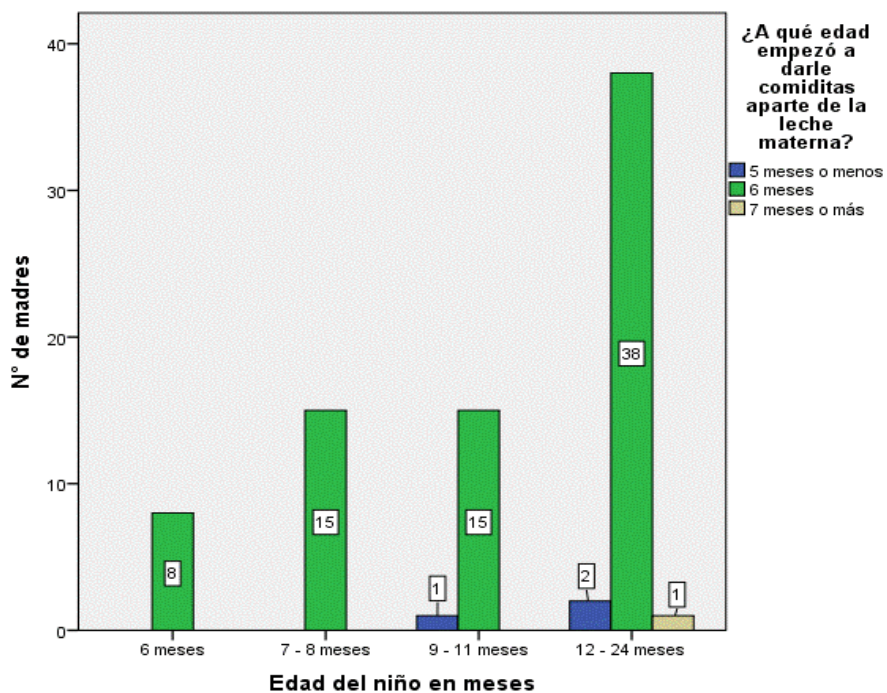
## DIMENSIÓN: INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

**Tabla 10**

Tabla cruzada de Edad del niño en meses con la pregunta: ¿A qué edad empezó a darle comiditas aparte de la leche materna?

		¿A partir de qué edad empezó a darle comiditas aparte de la leche materna?			Total
		5 m o menos	6 m	7 m o más	
Edad del niño en meses	6 meses	0 0,0%	<b>8</b> <b>100,0%</b>	0 0,0%	8 100,0%
	7 - 8 meses	0 0,0%	<b>15</b> <b>100,0%</b>	0 0,0%	15 100,0%
	9 - 11 meses	1 6,3%	15 93,8%	0 0,0%	16 100,0%
	12 - 24 meses	2 4,9%	38 92,7%	1 2,4%	41 100,0%
Total		3 3,8%	76 95,0%	1 1,3%	80 100,0%

Todas las madres (100%) coinciden en sus respuestas al afirmar que empezaron a darle comiditas a los 6 meses del niño, lo cual corresponde a su edad cronológica (6 meses); del mismo modo, corresponde con las otras edades del niño (100% con la edad de 7 a 8 meses), en tanto que el 93,8% corresponde a la edad de 9 a 11 meses; y el 92,7%, con la edad de 12 a 24 meses.



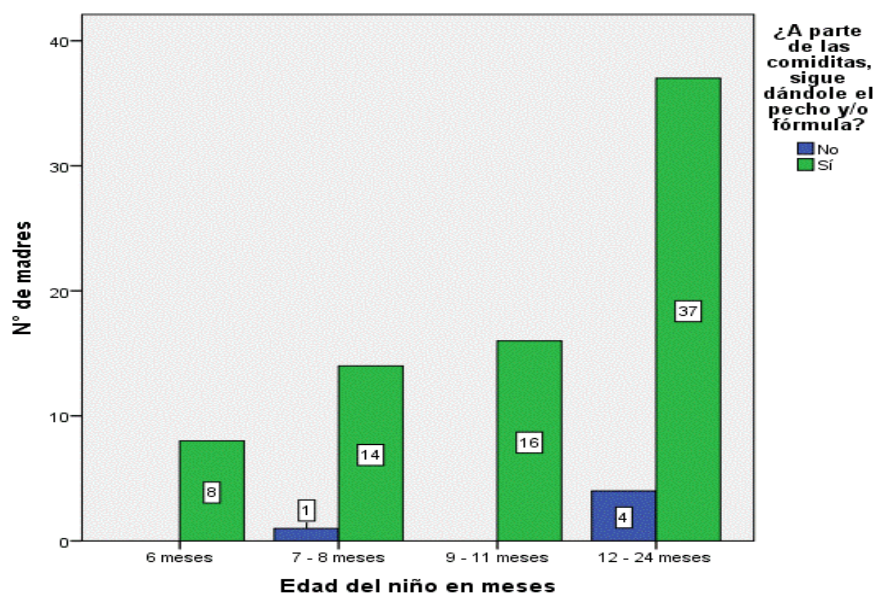
**Figura 10.**

**Tabla 11**

Tabla cruzada de Edad del niño en meses con la pregunta: ¿A parte de las comiditas, sigue dándole el pecho y/o fórmula?

		¿A parte de las comiditas, sigue dándole el pecho y/o fórmula?		Total
		Sí	No	
Edad del niño en meses	6 meses	0 0,0%	<b>8</b> <b>100,0%</b>	8 100,0%
	7 - 8 meses	1 6,7%	14 93,3%	15 100,0%
	9 - 11 meses	0 0,0%	<b>16</b> <b>100,0%</b>	16 100,0%
	12 - 24 meses	4 9,8%	37 90,2%	41 100,0%
Total		5 6,3%	75 93,8%	80 100,0%

Para la edad de 6 meses, el 100% de las madres encuestadas manifestó que no le sigue dando el pecho y/o fórmula. De igual forma, para la edad de 9 a 11 meses del bebé, el 100% de las madres respondió que no. No obstante, se aprecia que el 9,8% de las madres de niños de 12 a 24 meses señaló que sí le sigue dando el pecho y/o fórmula.



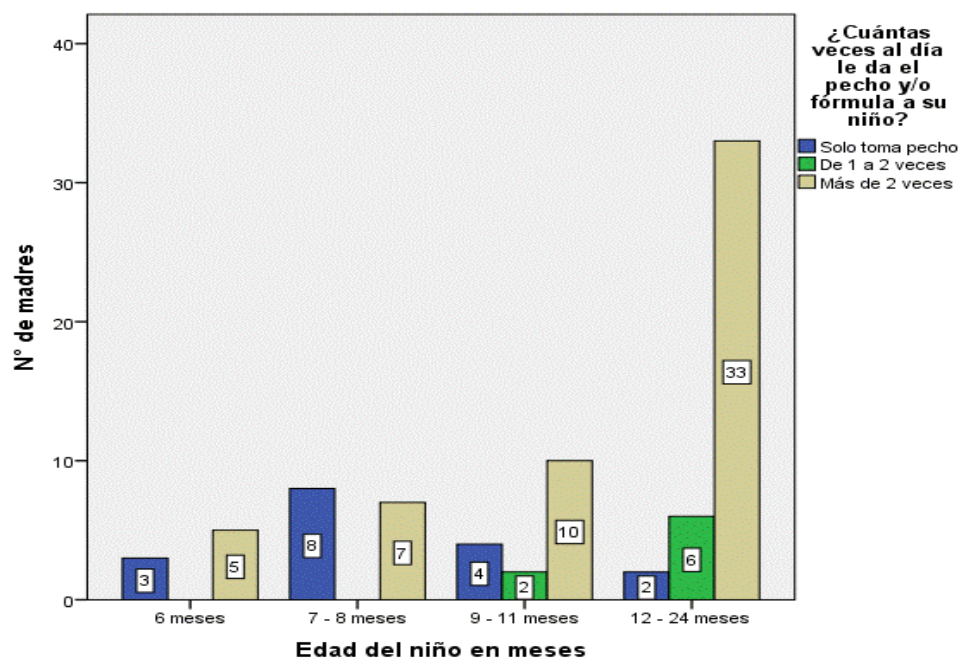
**Figura 11.**

**Tabla 12**

Tabla cruzada de Edad del niño en meses con la pregunta: ¿Cuántas veces al día le da el pecho y/o fórmula a su niño?

		¿Cuántas veces al día le da el pecho y/o fórmula a su niño?			Total
		Leche materna	De 1 a 2 veces	Más de 2 veces	
Edad del niño en meses	6 meses	3 37,5%	0 0,0%	5 62,5%	8 100,0%
	7 - 8 meses	8 53,3%	0 0,0%	7 46,7%	15 100,0%
	9 - 11 meses	4 25,0%	2 12,5%	10 62,5%	16 100,0%
	12 - 24 meses	2 4,9%	6 14,6%	33 80,5%	41 100,0%
Total		17 21,3%	8 10,0%	55 68,8%	80 100,0%

Se observa que el 62,5% de las madres de niños de 6 meses respondió que le da el pecho y/o fórmula más de 2 veces. Asimismo, otro 62,5% de madres de niños de 7 a 8 meses señaló que también le da más de 2 veces. Del mismo modo, un 80,5% de madres de niños de 12 a 24 meses manifestó que le da el pecho y/o fórmula más de 2 veces.



**Figura 12.**



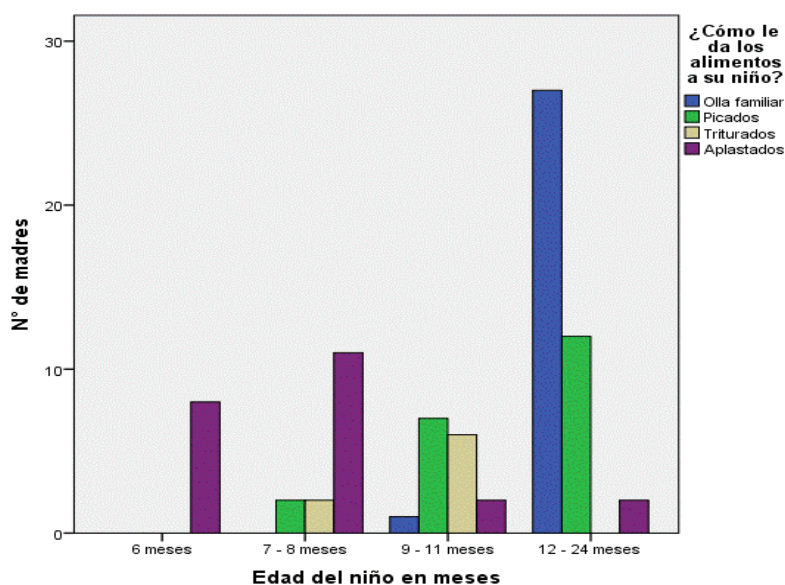
## DIMENSIÓN: CONSISTENCIA DE LA PREPARACIÓN

**Tabla 13**

Tabla cruzada de Edad del niño en meses con la pregunta: ¿Cómo le da los alimentos a su niño?

		¿Cómo le da los alimentos a su niño?				Total
		Olla familiar	Picados	Triturados	Aplastados	
Edad del niño en meses	6 meses	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	<b>8</b> <b>100,0%</b>	8 100,0%
	7 - 8 meses	0 0,0%	2 13,3%	2 13,3%	<b>11</b> <b>73,3%</b>	15 100,0%
	9 - 11 meses	1 6,3%	<b>7</b> <b>43,8%</b>	6 37,5%	2 12,5%	16 100,0%
	12 - 24 meses	<b>27</b> <b>65,9%</b>	12 29,3%	0 0,0%	2 4,9%	41 100,0%
Total		28 35,0%	21 26,3%	8 10,0%	23 28,8%	80 100,0%

Se aprecia que el 100% de las madres de bebés de 6 meses respondió que le da los alimentos aplastados; el 73,3% de madres de niños de 7 a 8 meses señaló que también le da los alimentos aplastados; el 43,8% de madres de niños de 9 a 11 meses refirió que le da los alimentos picados; y el 65,9% de madres de niños de 12 a 24 meses manifestó que le da los alimentos de la olla familiar.



**Figura 13.**

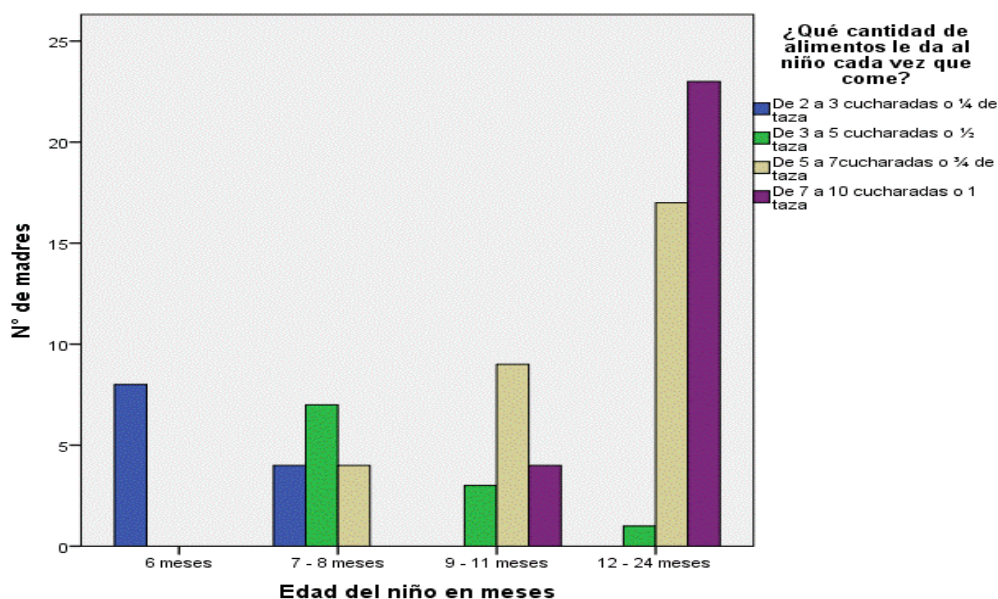
## DIMENSIÓN: FRECUENCIA DE COMIDAS DIARIAS

**Tabla 14**

Tabla cruzada de Edad del niño en meses con la pregunta: ¿cuál es la proporción de alimentos que brinda al niño cada vez que come?

		¿Qué cantidad de alimentos le da al niño cada vez que come?				Total
		De 2 a 3 cucharadas o ¼ de taza	De 3 a 5 cucharadas o ½ taza	De 5 a 7 cucharadas o ¾ de taza	De 7 a 10 cucharadas o 1 taza	
Edad del niño en meses	6 meses	8 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 100,0%
	7 - 8 meses	4 26,7%	7 46,7%	4 26,7%	0 0,0%	15 100,0%
	9 - 11 meses	0 0,0%	3 18,8%	9 56,3%	4 25,0%	16 100,0%
	12 - 24 meses	0 0,0%	1 2,4%	17 41,5%	23 56,1%	41 100,0%
Total		12 15,0%	11 13,8%	30 37,5%	27 33,8%	80 100,0%

Se advierte que el 100% de las madres de bebés de 6 meses respondió que le da de 2 a 3 cucharadas o ¼ de taza; el 46,7% de madres de niños de 7 a 8 meses señaló que le da de 3 a 5 cucharadas o ½ taza; el 56,3% de madres de niños de 9 a 11 meses refirió que le da de 5 a 7 cucharadas o ¾ de taza; y el 56,1% de madres de niños de 12 a 24 meses manifestó que le da de 7 a 10 cucharadas o 1 taza.



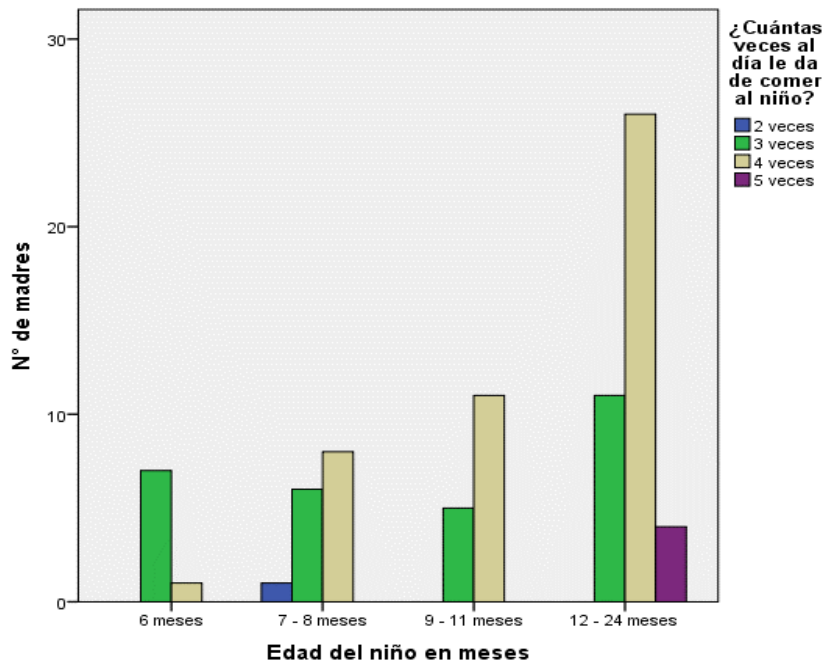
**Figura 14.**

**Tabla 15**

Tabla cruzada de Edad del niño en meses con la pregunta: ¿Cuántas veces al día le da de comer al niño?

		¿Cuántas veces al día le da de comer al niño?				Total
		2 veces	3 veces	4 veces	5 veces	
Edad del niño en meses	6 meses	0 0,0%	<b>7</b> <b>87,5%</b>	1 12,5%	0 0,0%	8 100,0%
	7 - 8 meses	1 6,7%	6 40,0%	<b>8</b> <b>53,3%</b>	0 0,0%	15 100,0%
	9 - 11 meses	0 0,0%	5 31,3%	<b>11</b> <b>68,8%</b>	0 0,0%	16 100,0%
	12 - 24 meses	0 0,0%	11 26,8%	<b>26</b> <b>63,4%</b>	4 9,8%	41 100,0%
Total		1 1,3%	29 36,3%	46 57,5%	4 5,0%	80 100,0%

El 87,5% de las madres de bebés de 6 meses señaló que le da de comer al niño 3 veces al día; el 53,3% de madres de niños de 7 a 8 meses manifestó que le da de comer 4 veces diarias; de igual modo, el 68,8% de madres de niños de 9 a 11 meses refirió que le da de comer también 4 veces al día, en tanto que el 63,4% de madres de niños de 12 a 24 meses respondió que le da de comer 4 veces al día.



**Figura 15.**

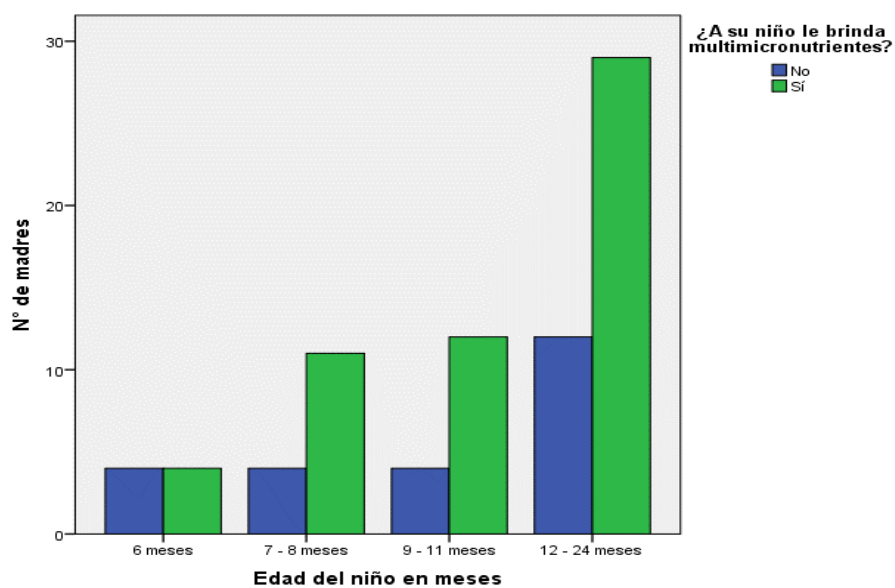
## DIMENSIÓN: TIPOS DE ALIMENTOS

**Tabla 16**

Tabla cruzada de Edad del niño en meses con la pregunta: ¿A su niño le brinda multimicronutrientes?

		¿Señora a su menor hijo le agrega en sus comidas micronutrientes?		Total
		Sí	No	
Edad del niño en meses	6 meses	4 50,0%	4 50,0%	8 100,0%
	7 - 8 meses	11 73,3%	4 26,7%	15 100,0%
	9 - 11 meses	12 75,0%	4 25,0%	16 100,0%
	12 - 24 meses	29 70,7%	12 29,3%	41 100,0%
Total		56 70,0%	24 30,0%	80 100,0%

Se observa que un 50% de las madres de bebés de 6 meses señaló que le brinda a su niño micronutrientes, pero otro 50% respondió que no le brinda; asimismo, el 73,3% de madres de niños de 7 a 8 meses manifestó que sí le brinda micronutrientes; de igual manera, el 75% de madres de niños de 9 a 11 meses refirió que le brinda micronutrientes, en tanto que el 70,7% de madres de niños de 12 a 24 meses respondió afirmativamente.



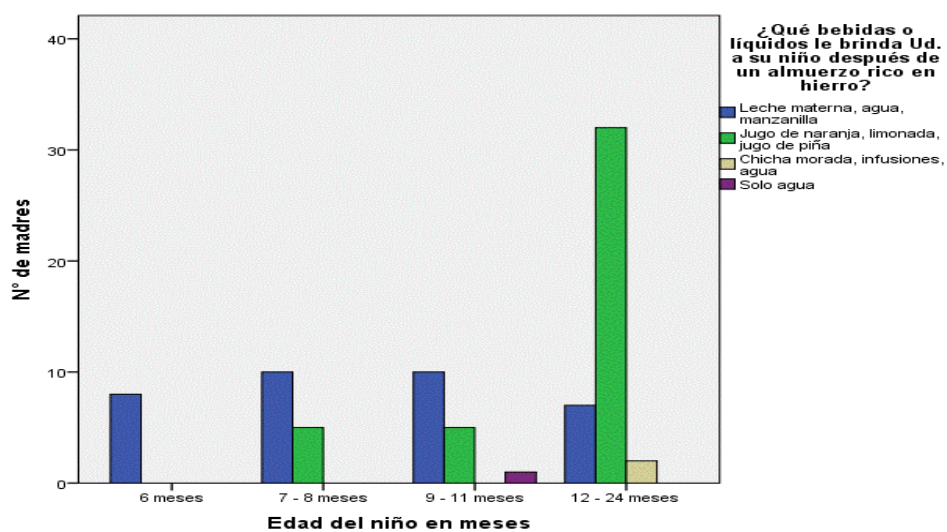
**Figura 16.**

**Tabla 17**

Tabla cruzada de Edad del niño en meses con la pregunta: ¿Qué bebidas o líquidos le brinda Ud. a su niño después de un almuerzo rico en hierro?

		¿Qué bebidas o líquidos le brinda Ud. a su niño después de un almuerzo rico en hierro?				Total
		Leche materna, agua, manzanilla	Jugo de naranja, limonada, jugo de piña	Chicha morada, infusiones, agua	Solo agua	
Edad del niño en meses	6 meses	8 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 100,0%
	7 - 8 meses	10 66,7%	5 33,3%	0 0,0%	0 0,0%	15 100,0%
	9 - 11 meses	10 62,5%	5 31,3%	0 0,0%	1 6,3%	16 100,0%
	12 - 24 meses	7 17,1%	32 78,0%	2 4,9%	0 0,0%	41 100,0%
Total		35 43,8%	42 52,5%	2 2,5%	1 1,3%	80 100,0%

Se aprecia que el 100% de las madres de bebés de 6 meses respondió que le brinda a su niño leche materna, agua o manzanilla como líquidos; asimismo sucede con el 66,7% de madres de niños de 7 a 8 meses y con el 62,5% de madres de niños de 9 a 11 meses, mientras que en el caso del 78% de madres de niños de 12 a 24 meses, éstas manifestaron que le brindan jugo de naranja, limonada o jugo de piña.



**Figura 17.**

**Tabla 18**

Tabla cruzada de Edad del niño en meses con la pregunta: ¿Con qué frecuencia brinda Ud. los siguientes alimentos?: Carne de res, pollo y pescado.

		Carne de res						Total
		Nunca	Mensual	1 vez a semana	2 veces a la semana	3 veces a la semana	Todos los días	
Edad del niño en meses	6 m	<b>8</b> <b>100,0%</b>	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 100,0%
	7 - 8 m	<b>14</b> <b>93,3%</b>	0 0,0%	1 6,7%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	15 100,0%
	9 - 11 m	<b>12</b> <b>75,0%</b>	0 0,0%	3 18,8%	1 6,3%	0 0,0%	0 0,0%	16 100,0%
	12 - 24 m	9 22,0%	10 24,4%	<b>17</b> <b>41,5%</b>	4 9,8%	1 2,4%	0 0,0%	41 100,0%
	<b>Total</b>	43 53,8%	10 12,5%	21 26,3%	5 6,3%	1 1,3%	0 0,0%	0 0,0%
		Pollo						Total
Edad del niño en meses	6 m	<b>6</b> <b>75,0%</b>	0 0,0%	2 25,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 100,0%
	7 - 8 m	1 6,7%	0 0,0%	<b>7</b> <b>46,7%</b>	3 20,0%	0 0,0%	4 26,7%	15 100,0%
	9 - 11 m	0 0,0%	0 0,0%	1 6,3%	<b>5</b> <b>31,3%</b>	<b>5</b> <b>31,3%</b>	<b>5</b> <b>31,3%</b>	16 100,0%
	12 - 24 m	1 2,4%	2 4,9%	3 7,3%	10 24,4%	<b>14</b> <b>34,1%</b>	11 26,8%	41 100,0%
	<b>Total</b>	8 10,0%	2 2,5%	13 16,3%	18 22,5%	19 23,8%	20 25,0%	80 100,0%
		Pescado						Total
Edad del niño en meses	6 m	<b>8</b> <b>100,0%</b>	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 100,0%
	7 - 8 m	<b>13</b> <b>86,7%</b>	0 0,0%	0 0,0%	2 13,3%	0 0,0%	0 0,0%	15 100,0%
	9 - 11 m	<b>7</b> <b>43,8%</b>	1 6,3%	6 37,5%	1 6,3%	1 6,3%	0 0,0%	16 100,0%
	12 - 24 m	2 4,9%	3 7,3%	<b>28</b> <b>68,3%</b>	6 14,6%	2 4,9%	0 0,0%	41 100,0%
	<b>Total</b>	30 37,5%	4 5,0%	34 42,5%	9 11,3%	3 3,8%	0 0,0%	0 0,0%

En cuanto a la carne de res, se advierte que el 100% de las madres de bebés de 6 meses respondió que nunca le da este alimento; del mismo modo respondieron el 93,3% y el 75% de las madres de niños de 7 a 8 meses y de 9 a 11 meses, respectivamente. En tanto que el 41,5% de las madres de niños de 12 a 24 meses manifestó que le da una vez por semana.

En cuanto al pollo, el 75% de las madres de bebés de 6 meses respondió que nunca le da este alimento; el 46,7% de madres de niños de 7 a 8 meses indicó que le da una vez por semana; el 31,3% de madres de niños de 9 a 11 meses, por igual, le da 2 y 3 veces y todos los días; y el 34,1% de madres de niños de 12 a 24 meses respondió que le da tres veces a la semana.

Con relación al pescado, se observa lo siguiente: 100%, 86,7% y 43,8% de las madres de niños de 6 meses, de 7 a 8 meses y de 9 a 11 meses, respectivamente, refirieron que nunca le dan pescado. Y el 68,3% de madres de niños de 12 a 24 meses señaló que solo le da una vez a la semana.

**Tabla 19**

Tabla cruzada de Edad del niño en meses con la pregunta: ¿Con qué frecuencia brinda Ud. los siguientes alimentos?: Hígado, sangrecita y bazo.

		Hígado						Total
		Nunca	Mensual	1 vez a la semana	2 veces a la semana	3 veces a la semana	Todos los días	
Edad del niño en meses	6 m	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 12,5%	<b>7</b> <b>87,5%</b>	8 100,0%
	7 - 8 m	2 13,3%	0 0,0%	2 13,3%	1 6,7%	2 13,3%	<b>8</b> <b>53,3%</b>	15 100,0%
	9 - 11 m	0 0,0%	0 0,0%	4 25,0%	1 6,3%	3 18,8%	<b>8</b> <b>50,0%</b>	16 100,0%
	12 - 24 m	0 0,0%	1 2,4%	<b>16</b> <b>39,0%</b>	6 14,6%	6 14,6%	12 29,3%	41 100,0%
	<b>Total</b>	2 2,5%	1 1,3%	22 27,5%	8 10,0%	12 15,0%	35 43,8%	80 100,0%
		Sangrecita						Total
Edad del niño en meses	6 m	2 25,0%	0 0,0%	<b>3</b> <b>37,5%</b>	2 25,0%	0 0,0%	1 12,5%	8 100,0%
	7 - 8 m	4 26,7%	0 0,0%	<b>8</b> <b>53,3%</b>	1 6,7%	0 0,0%	2 13,3%	15 100,0%
	9 - 11 m	6 37,5%	1 6,3%	<b>7</b> <b>43,8%</b>	1 6,3%	0 0,0%	1 6,3%	16 100,0%
	12 - 24 m	15 36,6%	5 12,2%	<b>19</b> <b>46,3%</b>	2 4,9%	0 0,0%	0 0,0%	41 100,0%
	<b>Total</b>	27 33,8%	6 7,5%	37 46,3%	6 7,5%	0 0,0%	4 5,0%	80 100,0%
		Bazo						Total
Edad del niño en meses	6 m	<b>5</b> <b>62,5%</b>	0 0,0%	3 37,5%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 100,0%
	7 - 8 m	<b>10</b> <b>66,7%</b>	3 20,0%	1 6,7%	1 6,7%	0 0,0%	0 0,0%	15 100,0%
	9 - 11 m	<b>14</b> <b>87,5%</b>	2 12,5%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	16 100,0%
	12 - 24 m	<b>35</b> <b>85,4%</b>	3 7,3%	1 2,4%	2 4,9%	0 0,0%	0 0,0%	41 100,0%
	<b>Total</b>	64 80,0%	8 10,0%	5 6,3%	3 3,8%	0 0,0%	0 0,0%	80 100,0%



Respecto al hígado como alimento, se observa lo siguiente: 87,5%, 53,3% y 50% de las madres de niños de 6 meses, de 7 a 8 meses y de 9 a 11 meses, respectivamente, refirieron que todos los días le dan hígado. Y el 39% de mamás con niños de 12 a 24 meses señaló que solo le da una vez a la semana.

Con referencia a la sangrecita como alimento, se aprecia lo siguiente: 37,5%, 53,3%, 43,8% y 46,3% de las madres de niños de 6 meses, de 7 a 8 meses, de 9 a 11 meses y de 12 a 24 meses, respectivamente, respondieron que le dan una vez por semana.

Y tocante al bazo como alimento, se anota lo siguiente: 62,5%, 66,7%, 87,5% y 85,4% de las madres de niños de 6 meses, de 7 a 8 meses, de 9 a 11 meses y de 12 a 24 meses, respectivamente, manifestaron que nunca le dan.

**Tabla 20**

Tabla cruzada de Edad del niño en meses con la pregunta: ¿Con qué frecuencia brinda Ud. los siguientes alimentos?: Lentejas, garbanzo y arroz.

		Lentejas						Total
		Nunca	Mensual	1 vez a la semana	2 veces a la semana	3 veces a la semana	Todos los días	
Edad del niño en meses	6 m	<b>8</b> <b>100,0%</b>	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 100,0%
	7 - 8 m	<b>11</b> <b>73,3%</b>	0 0,0%	2 13,3%	2 13,3%	0 0,0%	0 0,0%	15 100,0%
	9 - 11 m	2 12,5%	0 0,0%	<b>11</b> <b>68,8%</b>	2 12,5%	1 6,3%	0 0,0%	16 100,0%
	12 - 24 m	0 0,0%	0 0,0%	<b>33</b> <b>80,5%</b>	7 17,1%	1 2,4%	0 0,0%	41 100,0%
	<b>Total</b>	21 26,3%	0 0,0%	46 57,5%	11 13,8%	2 2,5%	0 0,0%	80 100,0%
		Garbanzo						Total
Edad del niño en meses	6 m	<b>8</b> <b>100,0%</b>	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 100,0%
	7 - 8 m	<b>12</b> <b>80,0%</b>	0 0,0%	3 20,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	15 100,0%
	9 - 11 m	<b>13</b> <b>81,3%</b>	0 0,0%	2 12,5%	0 0,0%	1 6,3%	0 0,0%	16 100,0%
	12 - 24 m	<b>19</b> <b>46,3%</b>	1 2,4%	18 43,9%	3 7,3%	0 0,0%	0 0,0%	41 100,0%
	<b>Total</b>	52 65,0%	1 1,3%	23 28,8%	3 3,8%	1 1,3%	0 0,0%	80 100,0%
		Arroz						Total
Edad del niño en meses	6 m	<b>7</b> <b>87,5%</b>	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 12,5%	8 100,0%
	7 - 8 m	<b>8</b> <b>53,3%</b>	0 0,0%	0 0,0%	1 6,7%	0 0,0%	6 40,0%	15 100,0%
	9 - 11 m	0 0,0%	0 0,0%	2 12,5%	0 0,0%	1 6,3%	<b>13</b> <b>81,3%</b>	16 100,0%
	12 - 24 m	0 0,0%	1 2,4%	0 0,0%	0 0,0%	4 9,8%	<b>36</b> <b>87,8%</b>	41 100,0%
	<b>Total</b>	15 18,8%	1 1,3%	2 2,5%	1 1,3%	5 6,3%	56 70,0%	80 100,0%

Considerando las lentejas como alimento, se aprecia que el 100% y 63,3% de las mamás con niños de 6 meses y de 7 a 8 meses, respectivamente, nunca le dan a su bebé; en cambio, el 68,8% y el 80,5% de madres de niños de 9 a 11 meses y de 12 a 24 meses, respectivamente, le dan una vez a la semana.

Teniendo en cuenta el garbanzo como alimento, se observa que el 100%, 80%, 81,3% y 46,3% de las madres de niños de 6 meses, de 7 a 8 meses, de 9 a 11 meses y de 12 a 24 meses, respectivamente, respondieron que nunca le dan este alimento.

Y acerca del arroz como alimento, se registra que el 87,5% y 53,3% de las madres de niños de 6 meses y de 7 a 8 meses, respectivamente, nunca le dan este alimento, en tanto que el 81,3% y 87,8% de madres de niños de 9 a 11 meses y de 12 a 24 meses, correspondientemente, manifestaron que le dan todos los días.

**Tabla 21**

Tabla cruzada de Edad del niño en meses con la pregunta: ¿Con qué frecuencia brinda Ud. los siguientes alimentos?: Espinaca y brócoli.

		Espinaca					Total	
		Nunca	Mensual	1 vez a la semana	2 veces a la semana	3 veces a la semana		Todos los días
Edad del niño en meses	6 m	0 0,0%	0 0,0%	5 62,5%	0 0,0%	0 0,0%	3 37,5%	8 100,0%
	7 - 8 m	1 6,7%	0 0,0%	8 53,3%	3 20,0%	0 0,0%	3 20,0%	15 100,0%
	9 - 11 m	1 6,3%	0 0,0%	10 62,5%	2 12,5%	1 6,3%	2 12,5%	16 100,0%
	12 - 24 m	2 4,9%	0 0,0%	26 63,4%	6 14,6%	1 2,4%	6 14,6%	41 100,0%
Total		4 5,0%	0 0,0%	49 61,3%	11 13,8%	2 2,5%	14 17,5%	80 100,0%
		Brócoli					Total	
Edad del niño en meses	6 m	7 87,5%	0 0,0%	1 12,5%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 100,0%
	7 - 8 m	5 33,3%	0 0,0%	8 53,3%	1 6,7%	1 6,7%	0 0,0%	15 100,0%
	9 - 11 m	3 18,8%	0 0,0%	9 56,3%	3 18,8%	0 0,0%	1 6,3%	16 100,0%
	12 - 24 m	8 19,5%	2 4,9%	19 46,3%	7 17,1%	1 2,4%	4 9,8%	41 100,0%
Total		23 28,8%	2 2,5%	37 46,3%	11 13,8%	2 2,5%	5 6,3%	80 100,0%

Sobre la espinaca como alimento, se observa que el 62,5%, 53,3%, 62,5% y 63,4% de las madres de niños de 6 meses, de 7 a 8 meses, de 9 a 11 meses y de 12 a 24 meses, correspondientemente, respondieron que le dan este alimento una vez a la semana.

Y en cuanto al brócoli como alimento, se aprecia que el 87,5% de las madres de niños de 6 meses nunca le da esta verdura; mientras que el 53,3%, 56,3% y 46,3% de las madres de niños de 7 a 8 meses, de 9 a 11 meses y de 12 a 24 meses, respectivamente, manifestaron que le dan una vez a la semana.

**Tabla 22**

Tabla cruzada de Edad del niño en meses con la pregunta: ¿Con qué frecuencia brinda Ud. los siguientes alimentos?: Zanahoria y papa

		Zanahoria					Total	
		Nunca	Mensual	1 vez por semana	2 veces a la semana	3 veces a la semana		Todos los días
Edad del niño en meses	6 m	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	<b>8</b> <b>100,0%</b>	8 100,0%
	7 - 8 m	1 6,7%	0 0,0%	1 6,7%	0 0,0%	2 13,3%	<b>11</b> <b>73,3%</b>	15 100,0%
	9 - 11 m	0 0,0%	1 6,3%	0 0,0%	1 6,3%	0 0,0%	<b>14</b> <b>87,5%</b>	16 100,0%
	12 - 24 m	0 0,0%	1 2,4%	3 7,3%	4 9,8%	4 9,8%	<b>29</b> <b>70,7%</b>	41 100,0%
	<b>Total</b>	<b>1</b> <b>1,3%</b>	<b>2</b> <b>2,5%</b>	<b>4</b> <b>5,0%</b>	<b>5</b> <b>6,3%</b>	<b>6</b> <b>7,5%</b>	<b>62</b> <b>77,5%</b>	<b>80</b> <b>100,0%</b>
		Papa					Total	
Edad del niño en meses	6 m	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	<b>8</b> <b>100,0%</b>	8 100,0%
	7 - 8 m	0 0,0%	0 0,0%	1 6,7%	0 0,0%	2 13,3%	<b>12</b> <b>80,0%</b>	15 100,0%
	9 - 11 m	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	<b>16</b> <b>100,0%</b>	16 100,0%
	12 - 24 m	0 0,0%	1 2,4%	3 7,3%	1 2,4%	4 9,8%	<b>32</b> <b>78,0%</b>	41 100,0%
	<b>Total</b>	<b>0</b> <b>0,0%</b>	<b>1</b> <b>1,3%</b>	<b>4</b> <b>5,0%</b>	<b>1</b> <b>1,3%</b>	<b>6</b> <b>7,5%</b>	<b>68</b> <b>85,0%</b>	<b>80</b> <b>100,0%</b>

Con referencia a la zanahoria la espinaca como alimento, se advierte que el 100%, 73,3%, 87,5% y 70,7% de las madres de niños de 6 meses, de 7 a 8 meses, de 9 a 11 meses y de 12 a 24 meses, correspondientemente, señalaron que le dan este alimento todos los días.

Y relativo a la papa como alimento, se observa que el 100%, 80%, 100% y 78% de las madres de niños de 6 meses, de 7 a 8 meses, de 9 a 11 meses y de 12 a 24 meses, respectivamente, declararon que le dan todos los días.

### 6.1.5 Contrastación de hipótesis

Se ha utilizado, para la contrastación de las hipótesis general y específicas, la correlación lineal de Pearson como prueba estadística paramétrica, que permite determinar la relación entre las variables de estudio Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y Prácticas de prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Chacra Colorada de Breña, así como la relación entre la primera variable y cada de las dimensiones de la segunda variable.

#### Contrastación de la hipótesis general

**H<sub>G</sub>:** Existe relación positiva entre los conocimientos y las prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación positiva entre los conocimientos y las prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

#### Tabla 23

Correlación entre las variables Conocimientos y la variable Prácticas de prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

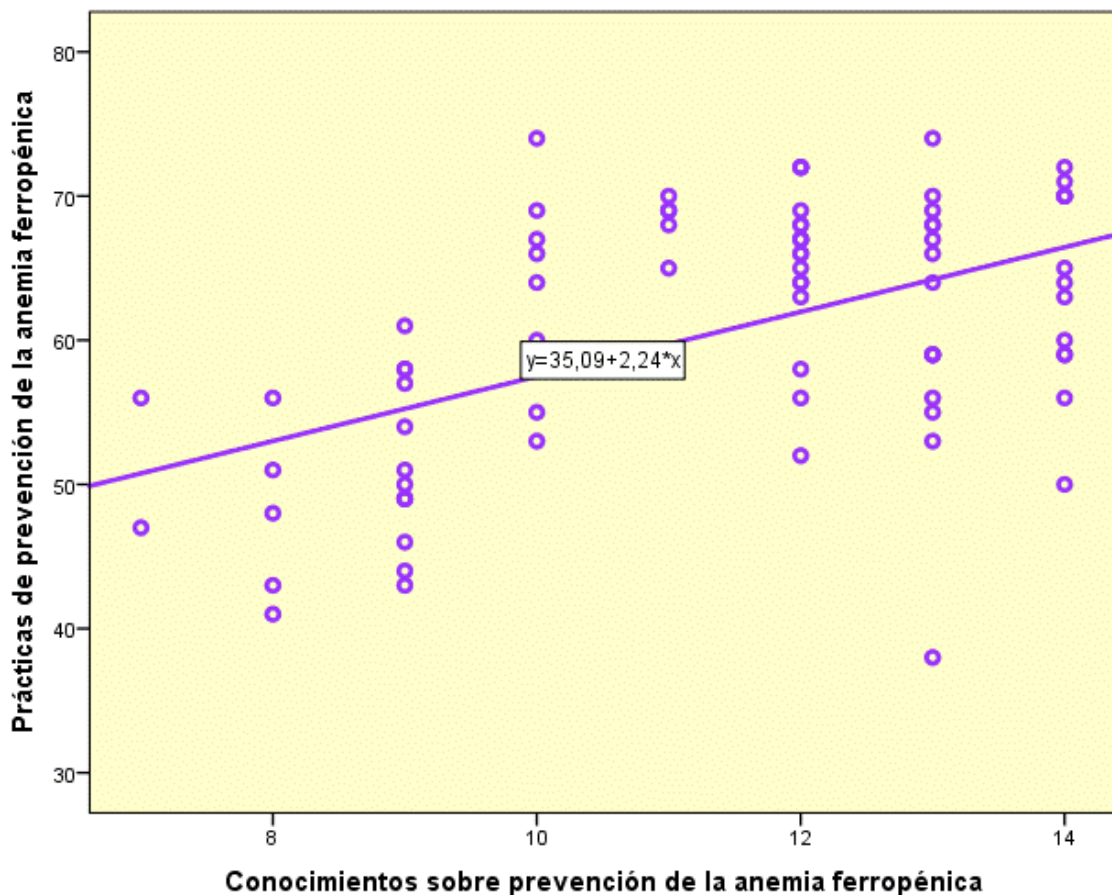
		Prácticas de prevención
Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica	Correlación de Pearson	<b>0,514**</b>
	Sig. (unilateral)	0,000
	N	80

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

Como se aprecia en la tabla 23, el coeficiente de correlación obtenido ( $r = 0,514$ ; Sig. = 0,000) entre las variables de estudio

Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y Prácticas de prevención de la anemia ferropénica, es un valor estadísticamente significativo para el nivel de  $p < 0,01$ . Asimismo, este resultado es indicador de que la primera variable mencionada se relaciona positivamente con la segunda variable; es decir, mientras mayor es la puntuación en la variable Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica, mayor será la frecuencia de Prácticas de prevención de la anemia ferropénica en las madres encuestadas de la muestra investigada.

**Decisión:** Por consecuencia, se toma la decisión de descartar la



hipótesis nula de la hipótesis general de estudio.

**Figura 23.**

### Contrastación de las hipótesis específicas

**H<sub>1</sub>:** Existe relación positiva entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de **higiene de los alimentos** en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación positiva entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de **higiene de los alimentos** en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

**Tabla 24**

Correlación entre la variable Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la dimensión Higiene de alimentos en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

	Higiene de alimentos	
Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica	Correlación de Pearson	<b>0,401**</b>
	Sig. (unilateral)	0,000
	N	80

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

Como se observa en la tabla 24, el coeficiente de correlación obtenido ( $r = 0,401$ ; Sig. = 0,000) entre la variable Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la dimensión: Higiene de alimentos, es un valor estadísticamente significativo para el nivel de  $p < 0,01$ . Asimismo, este resultado es indicador de que la primera variable mencionada se relaciona positivamente con la dimensión: Higiene de alimentos; es decir, mientras mayor es la puntuación en la variable



Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica, mayor será la frecuencia de prácticas de prevención en la dimensión.

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

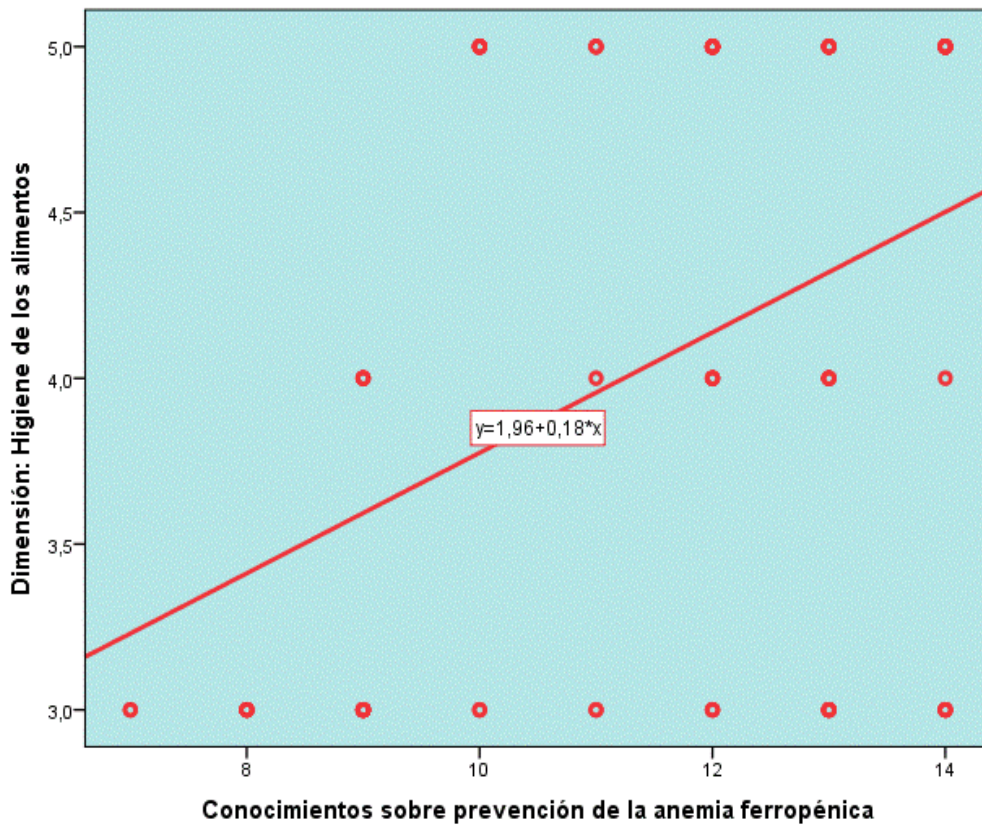


Figura 24.

**H<sub>2</sub>:** Existe relación positiva entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de **tipos de alimentos empleados** en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación positiva entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de **tipos de alimentos empleados** en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

**Tabla 25**

Correlación entre la variable Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la dimensión Tipos de alimentos empleados en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

	Tipos de alimentos empleados	
Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica	Correlación de Pearson	<b>0,415**</b>
	Sig. (unilateral)	0,000
	N	80

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

Como se puede apreciar en la tabla 25, el coeficiente de correlación obtenido ( $r = 0,415$ ; Sig. = 0,000) entre la variable Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la dimensión: Tipos de alimentos empleados, es un valor estadísticamente significativo para el nivel de  $p < 0,01$ . Asimismo, este resultado es indicador de que la primera variable mencionada se relaciona positivamente con la dimensión: Tipos de alimentos empleados; es decir,

mientras mayor es la puntuación en la variable Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica, mayor será la frecuencia de prácticas de prevención en la dimensión: Tipos de alimentos empleados en las madres encuestadas de la muestra seleccionada.

**Decisión:** Por lo tanto, al encontrar resultado significativo, se decide rechazar la hipótesis nula de la segunda hipótesis específica.

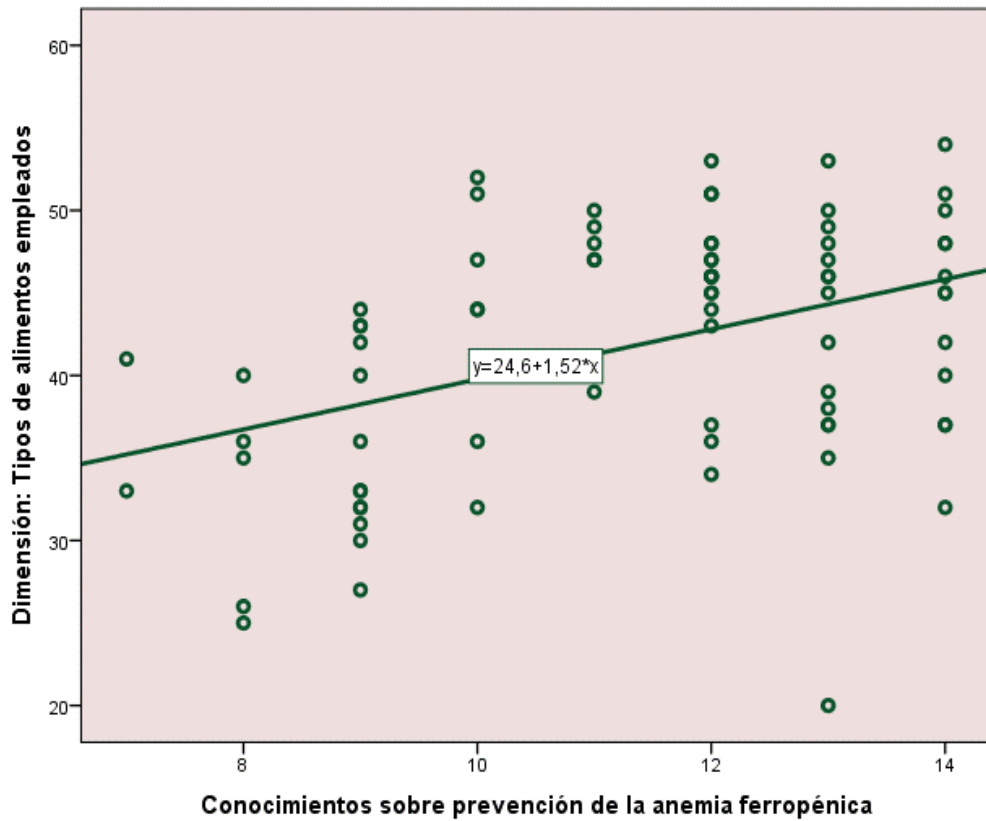


Figura 25.

**H<sub>3</sub>:** Existe relación positiva entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de **consistencia de la preparación** en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación positiva entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de **consistencia de la preparación** en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

**Tabla 26**

Correlación entre la variable Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la dimensión Consistencia de la preparación en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

	Consistencia de la preparación	
Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica	Correlación de Pearson	<b>0,365**</b>
	Sig. (unilateral)	0,000
	N	80

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

Como se advierte en la tabla 26, el coeficiente de correlación obtenido ( $r = 0,365$ ; Sig. = 0,000) entre la variable Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la dimensión: Consistencia de la preparación, es un valor estadísticamente significativo para el nivel de  $p < 0,01$ . En tal sentido, este resultado es indicador de que la primera variable mencionada se relaciona positivamente con la dimensión: Consistencia de la preparación; es decir, mientras mayor es la

puntuación en la variable Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica, mayor será la frecuencia de prácticas de prevención en la dimensión: Consistencia de la preparación en las madres encuestadas de la muestra seleccionada.

**Decisión:** Por consiguiente, al disponer de un resultado significativo, se decide rechazar la hipótesis nula de la tercera hipótesis específica.

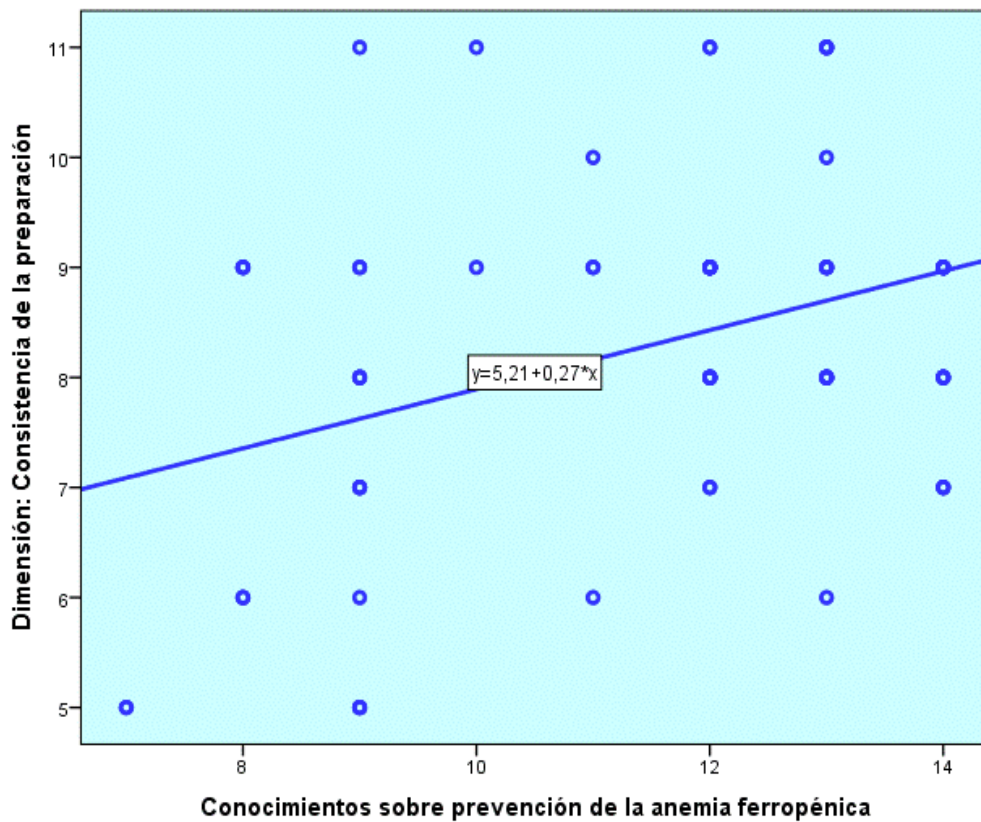


Figura 26.

**H4:** Existe relación positiva entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de **frecuencia de comidas diarias** en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

**H0:** No existe relación positiva entre los conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de **frecuencia de comidas diarias** en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

**Tabla 27**

Correlación entre la variable Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la dimensión Frecuencia de comidas diarias en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, 2017.

	<i>Frecuencia de comidas diarias</i>	
<i>Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica</i>	Correlación de Pearson	<b>0,315**</b>
	Sig. (unilateral)	0,002
	N	80

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

Como se registra en la tabla 27, el coeficiente de correlación obtenido ( $r = 0,315$ ; Sig. = 0,000) entre la variable Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la dimensión: Frecuencia de comidas diarias, es un valor estadísticamente significativo para el nivel

de  $p < 0,01$ . Por tanto, este resultado es indicador de que la primera variable mencionada se relaciona positivamente con la dimensión: Frecuencia de comidas diarias; en otros términos, mientras mayor es la puntuación en la variable Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica, mayor será la frecuencia de prácticas de prevención en la dimensión: Frecuencia de comidas diarias en las madres encuestadas de la muestra investigada.

**Decisión:** Por ende, al haberse encontrado un resultado significativo, se toma la decisión de rechazar la hipótesis nula de la cuarta hipótesis específica.

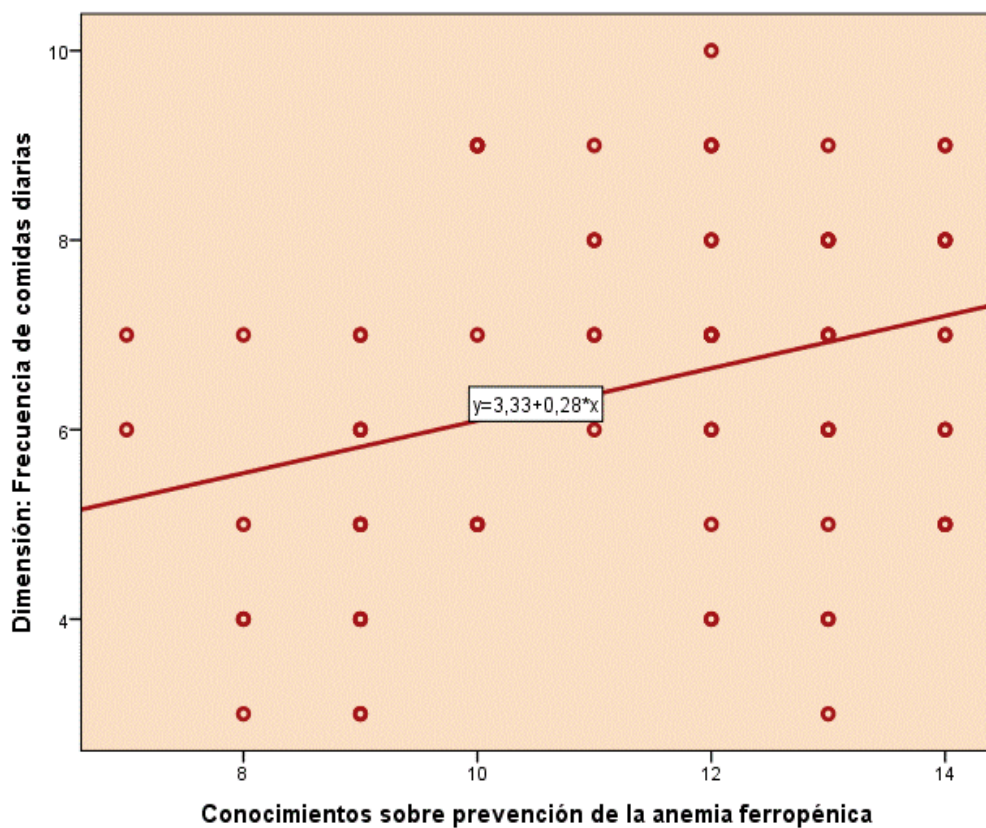


Figura 27.

### 6.1.6 Discusión de los resultados

El resultado que se detectó con la correlación lineal de Pearson permiten establecer una relación positiva entre conocimientos y prácticas sobre cómo prevenir el déficit de hierro ocasionando anemia, en mamás que tienen niños menores de 24 meses que asisten del establecimiento de Salud Chacra Colorada. Es decir, a una mayor puntuación el conocimiento que tienen las mamás sobre de cómo prevenir la deficiencia de hierro, será mayor la tendencia que las prácticas realizadas sean adecuadas. Algunos estudios se han realizado respecto a este tema en nuestro medio, cuyos resultados sustentan los aquí encontrados; tal es el caso de Cornejo (2016), que llegó a la conclusión siendo en su mayor parte las madres no comprenden sobre la cura y los riesgos que presenta dicha enfermedad; asimismo, desarrollan hábitos incorrectos para prevenir dicha enfermedad , que consta en no brindar a su niño alimentos con exactitud una proporción, frecuencia y cantidad ajuste a la edad del menor, por lo tanto no se logra cubrir el requisito nutricional para el niño. También Céspedes (2010), en su estudio realizado en Lurín, observó que las madres poseen un nivel de cultura “bajo” refiriendo a conocimientos inferior, pues ignoran el significado de hierro, el origen y efectos que produce la anemia ferropénica, quien viene siendo una señal negativa para prevenir la anemia en el niño menor de 5 años; así mismo, se muestra que la mayor parte de las mamás desarrollan “prácticas convenientes” para prevenir la anemia, consta en brindar en la dieta 3 veces mínimas por semana.

Respecto a contrastación de las hipótesis específicas, los resultados indican una estrecha relación entre conocimientos y prevención de la anemia ferropénica y cada una de las dimensiones de las prácticas que desarrollan las madres encuestadas, como son:



higiene de los alimentos, consistencia de la preparación, frecuencia de comidas diarias y tipos de alimentos empleados. De entre tales dimensiones, se encontró que en higiene de los alimentos el mayor porcentaje (61,3%) de madres cumplen prácticas adecuadas; y en el caso de las otras dimensiones, se aprecia mayores deficiencias en lo que se refiere a prácticas de prevención. Precisamente, con relación a este punto, se halló que el 32,5% de las madres efectúa prácticas inadecuadas, asociadas mayormente con la frecuencia de comidas y tipos de alimentos elegidos para la dieta alimentaria del niño; es decir, la mamás ofrecen proporciones de consistencia y frecuencias incorrectas para la alimentación de su niño y no toman en cuenta la edad de su niño, como casos de niños de 9 y 11 meses de edad, ellos consumen la proporción mínima de 5 cucharas las sopas, ingieren comidas no picadas y son alimentados menor a 4 veces al día como debería ser ; entretanto el niño mayor de un año come menor cantidad a 7 cucharadas, ya que el niño de un año debería consumir comidas de la olla común y menor a 5 veces. Podemos deducir que este desbalance originaría una deficiencia para el aporte calórico proteico, siendo lo contrario, ocasionar sobrepeso en el niño cuando la ingesta es exagerada.

Cuando la leche materna deja de ser suficiente para la necesidad que tiene el niño, continúa la Alimentación Complementaria extemporánea, presentándose muchos peligros ya sea por la situación de nutrición por deficiencia de hierro ocasionando anemia, ya que puede ocurrir que no haya una buena digestión y que el nutriente no se absorba. El menor también puede presentar diarreas, alergias alimentarias, entre otros. De éste modo, es de mucha importancia que todo niño consuma carnes, vísceras, y un buen porcentaje de consumo de menestras, las mamás deben buscar para el día un platillo con alimentos que favorezcan el prevenir y tratar la anemia, sobre todo alimentos ricos en hierro (Cornejo, 2016).

En tal sentido, la comida es un elemento de mucha importancia para tratar esta enfermedad, por ello se educa solo con la orientación siendo clara y exacta sobre todos los alimentos que son muy potentes en hierro, ya que es tiempo de combinarse y que favorezca que el hierro se absorba. También debemos tener en cuenta en adicionar vegetales a las comidas de nuestros niños, carnes y huevos, y no olvidarnos de las frutas o vegetales que contiene vitamina C que es fuente para la absorción del hierro.

Relativamente, este aspecto, pudo observarse que las mamás dan proporciones incorrectas de sangrecita y vísceras como hígado o bazo, y menestras, quienes son alimentos fundamentales para tratar la anemia, pese de estar incluida en la comida diaria del niño, las mamás no cumplen y no logran satisfacer la necesidad de ésta. Cuando hablamos de los líquidos que la mamá da para su niño después de brindarle alimentos potentes de hierro, el 11,2% de mamás prefieren dar agua e infusiones, entre otras, menos líquidos que contengan vitamina c; sabemos que es la manera inadecuada, puesto que las infusiones o cualquier otro producto que contiene conservantes o de coloración oscura ,que inhiba a que el hierro se absorba, siendo imprescindible para que el menor se alimente, asimismo el desarrollo para el niño así tenga o no tenga anemia; siendo la razón debemos educar a la mamás en reemplazar líquidos por extractos de frutos que contenga vitamina C, de tal modo favorecemos en la absorción del hierro.

Se puede resaltar, lo trascendental que son las buenas prácticas de higiene al momento de manipular alimentos y así evitamos muchas enfermedades como la GECA e infecciones producidas por las bebidas, comidas diarias y materiales que se usan en la cocina y que esté infectado. Seguir las normas de higiene podemos prevenir enfermedades contagiosas a nivel del aparato digestivo, tal el caso de las EDAS, sigue siendo fuente de muerte en niños menores de cinco

años en todo el mundo. Como se ha señalado en líneas anteriores, mayormente las mamás el 61,3% del centro de salud realizan prácticas adecuadas con la higiene y al manipular alimentos, prácticas que representan una eficiente medida de prevención que impedirá que los niños se sobreexpongan al riesgo de contagiarse de cualquier bacteria o parásito, además de la anemia ferropénica ya descrita.

## 6.2 Conclusiones

- 1) Se concluye que existe relación positiva entre las variables de estudio **Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y Prácticas de prevención de la anemia ferropénica**, según la prueba paramétrica lineal de Pearson, encontrando un coeficiente de correlación de 0,514, valor significativo.
- 2) Se concluye que existe una relación positiva entre la variable Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la dimensión **higiene de los alimentos**, según la prueba paramétrica lineal de Pearson, encontrando un coeficiente de correlación de 0,401, valor significativo.
- 3) Se concluye que existe relación positiva entre la variable Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la dimensión **consistencia de la preparación**, según la prueba paramétrica lineal de Pearson, encontrando un coeficiente de correlación de 0,365, valor significativo.
- 4) Se concluye que existe relación positiva entre la variable Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la dimensión **frecuencia de comidas diarias**, según la prueba paramétrica lineal de Pearson, encontrando un coeficiente de correlación de 0,315, valor significativo.

- 5) Se concluye, que existe relación positiva entre la variable Conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la dimensión **tipos de alimentos empleados**, según la prueba paramétrica lineal de Pearson, encontrando un coeficiente de correlación de 0,415, valor significativo.

### **6.3 Recomendaciones**

1. De acuerdo a los resultados que se encontró en la investigación, con respeto hacia el médico jefe del centro de salud Chacra Colorada, se recomienda a todos los enfermeros que laboran en fortalecer, mejorar y sensibilizar para que realicen a un 100 % todas las acciones que se recomienda y así lograr la meta de brindar conocimientos y prácticas para las madres y evitar más niños con anemia ferropénica.
2. Se recomienda a la jefa del servicio de Crecimiento y Desarrollo, en promover capacitaciones para las enfermeras del área y así fortalecer acciones educativas, mediante la implementación de un programa de promoción y prevención, mediante capacitaciones, talleres y educación permanente dirigida hacia las madres que asisten con sus niños.
3. Se recomienda a la jefa de departamento de enfermería, agrupar a un número de enfermeras para realizar visitas domiciliarias a cada uno de los niños que fueron detectados y a los que están en riesgo de presentar anemia ferropénica, y continuar educando, motivando e incentivando modos y formas para brindar mejores cuidados en cuanto a conocimientos y prácticas, de tal forma disminuya la anemia ferropénica.
4. Se recomienda a la jefa de Crecimiento y Desarrollo supervisar al personal de salud del área de Crecimiento y Desarrollo con el fin de cumplir, las acciones que se tomaron para prevenir más niños con

anemia, así mismo todo niño que ingrese al centro de salud chacra colorada, tiene que ser atendido siendo la responsabilidad del enfermero no perder la oportunidad y captar a un niño que probablemente tenga o esté en riesgo de padecer anemia ferropénica.

5. Se recomienda al personal de enfermería, fomentar nuevas investigaciones para crear nuevas estrategias para socializar entre los enfermeros y otros personales de salud en cooperar para luchar contra la anemia ferropénica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carpio, K. S., Flores, N. G. y Nieto, K. P. (2015). Frecuencia de anemia ferropénica y factores de riesgo asociados en niños que acuden a Consulta Externa en la Fundación Pablo Jaramillo Cuenca – Ecuador. 2014. Tesis previa a la obtención del título de Médico y Médica. Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador.

Carrizo, L. (2012). Aspectos epidemiológicos de la anemia ferropénica en niños de 6-23 meses en el Consultorio Externo del Hospital Pediátrico de Santiago del Estero. 2008-2010. Tesis para optar el Grado de Magíster en Salud Pública. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

Centeno, E. M. (2014). Factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos asociados a anemia ferropénica en niños de 6 meses en cuatro establecimientos de salud de la Red SJM-VMT. 2013. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Cornejo, C. P. (2016). Conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses de un Centro de Salud Lima 2015. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Costa, M. (2007). Factores que pueden dificultar el éxito de la estrategia de suplementación con hierro. Argentina.

Diario Expreso. (2013). Desnutrición y anemia se incrementa en zonas pobres de Lima.

Dirección General de Salud Pública del Departamento de Salud. (2012).

Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años). Barcelona – Madrid.

ENDES. (2012). Encuesta Demográfica de Salud Familiar. Lima: INEI

Garro, H. I. (2016). Efectividad del programa educativo 'Prevención de anemia ferropénica y desnutrición crónica en niños de 6 a 36 meses' en el nivel cognitivo y prácticas de las madres que asisten a un Centro de Salud de Lima Metropolitana - 2015. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Gil, A., Uauy, R. y Dalmau, J. (2006). Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. Revista Anales de Pediatría, Vol. 65, Núm. 5, 481-95.

Ruiz, M., Picó, V., Rosich, L., y Morales, L. (2002). Factor alimentario en la presencia de la deficiencia de hierro. Rev. Cubana de Medicina General Integral, vol. 18, n°. 1, 46-52.

Gutiérrez, L. S. U. (2014). Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica relacionado con la actitud preventiva de las madres en niños menores de 1 año. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2013. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de la Santa. Nuevo Chimbote, Perú.

MINSA. (2011). Modelo de Atención Integral basado en la Familia y Comunidad. Lima: Ministerio de Salud.

Marriner, A. y Raile, M. (2007). Modelos y teorías en enfermería. España: Elsevier S. A.

Mendizábal, M. P. (2014). Prevalencia de anemia en niños y niñas con desnutrición crónica de 6 a 12 años de la Escuela Oficial Urbana de Santa Catarina Palopó, departamento de Sololá, Guatemala. Febrero a mayo de 2014. Tesis de Grado. Trabajo presentado al Consejo de la Facultad de

Ciencias de la Salud. Universidad Rafael Landívar. Guatemala de la Asunción, Guatemala.

MINSA. (2011a). Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo del niño y niña menor de cinco años. Lima, Perú.

MINSA. (2011b). Lineamientos de gestión de la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable. Lima –Perú.

MINSA, Unicef, OPS. (2004). Lineamientos de nutrición Materno Infantil. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lima.

OMS. (2007). Manual sobre las cinco claves para la inocuidad de los alimentos. Departamento de Inocuidad de los Alimentos, Zoonosis y Enfermedades de Transmisión Alimentaria. París – Francia.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC.

PROYECTO NACIONAL DE PREVENCIÓN DE DEFICIENCIA DE MICRO NUTRIENTES (PREDEMI). (1999). Proyecto de corporación técnica internacional Ministerio de salud Dirección de Salud de las personas. Lima, Perú.

Revista Peruana de Pediatría. (2006). Anemia por deficiencia de hierro.

Ruiz, M., Picó, V., Rosich, L. y Morales, L. (2002). Factor alimentario en la presencia de la deficiencia de hierro. Rev. Cubana de Medicina General Integral, v.18, n.1, 46-52.

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



Sánchez C. y Reyes C. (2015). Metodología y Diseños en la Investigación Científica. Lima: Business Support Aneth.

Santisteban, J. (2001). Requerimientos nutricionales en el niño: micronutrientes. Clases de nutrición. UPCH. Lima – Peru.

Silva, M., Retureta, E. y Panique, N. (2015). Incidencia de factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en niños menores de cinco años. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, enero, Vol. 40, número 1, ISSN 1029-3027 | RNPS 1824.

UNICEF. (2006). Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Naciones Unidas. Recuperado de [https://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion\(13\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion(13).pdf)

Willoughby, M. L. N. (1979). Hematología pediátrica.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TITULO:** CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DEL CENTRO DE SALUD CHACRA COLORADA, BREÑA. SETIEMBRE 2017

**AUTORA:** GRECIA ARBILDO OJANAMA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACIÓN			MÉTODO
			VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Qué relación existe entre <b>conocimientos y prácticas</b> sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, setiembre 2017?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <p>1: ¿Qué relación existe entre <b>conocimientos sobre prevención</b> de la anemia ferropénica y la práctica de higiene de los alimentos en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, setiembre 2017?</p> <p>2: ¿Qué relación existe entre conocimientos sobre prevención de la anemia</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar la relación que existe entre conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, setiembre 2017.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>1: Identificar la relación que existe entre conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de <b>higiene de los alimentos</b> en madres de niños de 6 a</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b></p> <p><b>H<sub>G</sub>:</b> Existe relación positiva entre conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, Setiembre 2017</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b></p> <p><b>H<sub>1</sub>:</b> Existe relación positiva entre conocimientos</p>	<p><b>Variable independiente</b> : <b>Conocimientos y Prácticas</b> sobre prevención de la anemia ferropénica.</p>	<p><b>CONOCIMIENTOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición.</li> <li>• Causas</li> <li>• Síntomas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Información sobre anemia, hierro, hemoglobina, anemia ferropénica.</li> <li>-Baja producción de glóbulos rojos y destrucción de éstas, esferocitosis hereditaria, uso de antibióticos – fármacos, niños prematuros.</li> <li>-Fatiga, debilidad, dificultad para respirar, mareos, taquicardias, palidez y manos frías.</li> </ul>	<p><b>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN</b> Descriptivo.</p> <p><b>DISEÑO</b> Descriptivo correlacional.</p> <p><b>TIPO</b> Aplicada.</p> <p><b>NIVEL</b> Descriptivo.</p> <p><b>POBLACIÓN</b> Estuvo conformada por 150 madres con niños menores de 6 a 24 meses de edad y que asisten durante el mes de Setiembre de 2017, de forma ambulatoria, al Centro de Salud Chacra Colorada, ubicado en el distrito de</p>

<p>ferropénica y la práctica de <b>tipos de alimentos empleados</b> en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, setiembre 2017?</p> <p>3: ¿Qué relación existe entre conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de <b>consistencia de la preparación</b> en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, setiembre 2017?</p> <p>4: ¿Qué relación existe entre conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de <b>frecuencia de comidas diarias</b> en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, setiembre 2017?</p>	<p>24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, setiembre 2017.</p> <p>2: Establecer la relación que existe entre conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de <b>tipos de alimentos empleados</b> en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, setiembre 2017.</p> <p>3: Analizar la relación que existe entre conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de <b>consistencia de la preparación</b> en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, setiembre 2017.</p>	<p>sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de <b>higiene de los alimentos</b> en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, Setiembre 2017.</p> <p><b>H<sub>2</sub></b>: Existe relación positiva entre conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de <b>tipos de alimentos empleados</b> en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, Setiembre 2017.</p> <p><b>H<sub>3</sub></b>: Existe relación positiva entre conocimientos sobre prevención de la anemia</p>	<p><b>Variable dependiente:</b></p> <p>Prácticas de prevención de la anemia ferropénica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostico.</li> <li>• Tratamiento.</li> <li>• Preventivo.</li> </ul> <p><b>PRÁCTICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene de alimentos.</li> <li>• Conservación</li> <li>• Alimentación complementaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. -Examen médico, hemograma completo.</li> <li>. –Sulfato ferroso, o complejo polimaltosado férrico en gotas, micronutrientes, alimentos ricos en hierro.</li> <li>. -Tamizaje o despistaje, inicia a los 6 meses de edad.</li> <li>. - Es importante el lavado de manos y el lavado de los alimentos al inicio de la preparación de la comida.</li> <li>. - Almacenar en un ambiente adecuado, tiempo de conservación – (comida calentada).</li> <li>. - A partir de los 6 meses de edad.</li> </ul>	<p>Breña, de Lima Metropolitana.</p> <p><b>MUESTRA Y MUESTREO</b></p> <p>El estudio se realizó con una muestra de 80 madres con niños menores de 6 a 24 meses de edad que asisten al Centro de Salud Chacra Colorada, ubicado en el mencionado distrito.</p> <p>Se empleó el muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple.</p> <p><b>INSTRUMENTOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. - Cuestionario de Conocimientos y Prácticas sobre Prevención de Anemia Ferropénica.</li> </ul>
---	---	--	--	--	--	---

	<p>4: Identificar la relación que existe entre conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de <b>frecuencia de comidas diarias</b> en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, setiembre 2017.</p>	<p>ferropénica y la práctica de <b>consistencia de la preparación</b> en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, Setiembre 2017.</p> <p><b>H<sub>4</sub>:</b> Existe relación positiva entre conocimientos sobre prevención de la anemia ferropénica y la práctica de <b>frecuencia de comidas diarias</b> en madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Chacra Colorada, Breña, Setiembre 2017.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos de origen vegetal</li>   <li>• Alimentos de origen animal</li>   <li>•Consistencia.</li>   <li>• Frecuencia.</li> <li>• Cantidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. - Cereales (lentejas, garbanzo, pallar). <ul style="list-style-type: none"> <li>. Frutas (granadilla, manzana).</li> <li>. Verduras (espinaca, brócoli, zanahoria).</li> </ul> </li> <li>. - Hígado de pollo, bazo, sangrecita, carne de res, pollo, pescado.</li> <li>. - Aplastado (6 meses)</li> <li>. Triturado (7 -8 meses)</li> <li>. Picado (9 -11 meses)</li> <li>. olla familiar (1 – 2 años)</li> <li>. - 6 meses: 2 a 3 cucharadas 2 comidas + LME</li> <li>.7 – 8 m: 3 a 5 cucharadas 3 comidas + LME</li> <li>.9 – 11m: 5 a7 chucharadas 3 comidas + una adicional +LME</li> <li>.12 - 24 m: 7 a 10 cucharadas 3</li> </ul>	
--	---	---	--	---	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactancia materna exclusiva.</li>   <li>• Suplementos de hierro.</li>   <li>• Control de Cred.</li> </ul>	<p>comidas + dos adicionales +LME</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. - La leche materna es importante hasta los 6 meses, siendo imprescindible que acompañe a la alimentación complementaria hasta los 24m.</li>   <li>. - Complejo polimaltosado férrico en gotas, micronutrientes.</li>   <li>. - Identificar oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva.</li> </ul>	
--	--	--	--	--	---	--

## ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

### CUESTIONARIO 1

#### INTRODUCCIÓN

Buenos días, mi nombre es Grecia Arbildo Ojanama, soy bachiller en enfermería de la UIGV, en esta oportunidad quiero solicitar su valiosa colaboración en el presente estudio de investigación que tiene por objetivo: Identificar los conocimientos de las madres para la prevención de la anemia ferropénica, para lo cual le pido a Ud. responder con sinceridad a las siguientes preguntas. Las respuestas son anónimas y la información brindada es confidencial. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

#### INSTRUCCIONES:

A continuación, se presentan preguntas con 4 alternativas de respuesta Usted responderá la que considere más apropiada.

#### I. DATOS GENERALES

1. Edad de la madre: \_\_\_\_\_

2. Edad del niño: \_\_\_\_\_

#### 3. Grado de instrucción:

Primaria incompleta ( )

Primaria completa ( )

Secundaria incompleta ( )

Secundaria completa ( )

Técnica incompleta ( )

Técnica completa ( )

Universitaria incompleta ( )

Universitaria completa ( )

4. Ocupación: \_\_\_\_\_

5. Nº de hijos: \_\_\_\_\_

#### 6. Estado civil:

a) Soltero

c) Casada

b) Conviviente

d) Separada

#### II. CONTENIDO

#### 1. Ud. Considera que la anemia es:

a. La disminución de la hemoglobina

b. La disminución de la glucosa

c. El aumento de la hemoglobina

d. La disminución del colesterol

#### 2. Ud. Considera que el hierro es:

a. Una vitamina presente en los alimentos

b. Un mineral necesario en la alimentación del niño

c. Un nutriente presente en los alimentos

d. Un suplemento necesario en la alimentación del niño.

#### 3. La deficiencia de hierro ocasiona:

a. Cansancio

c. Fatiga

b. Mareos

d. Anemia

**4. ¿Para Ud. en qué caso el niño está en más riesgo de sufrir de anemia?**

- a. Un niño sin parásitos
- b. Un niño de 12 meses
- c. Un niño prematuro y bajo peso al nacer
- d. Un niño alimentado con leche materna

**5. Para Ud. un niño con anemia presenta las siguientes características:**

- a. Aumento de apetito, fiebre, cansancio
- b. Disminución del apetito, palidez y mucho sueño
- c. Fiebre, palidez y dolor de cabeza
- d. Dolor de huesos, fiebre y cansancio.

**6. Una de las consecuencias que puede ocasionar en el niño la anemia es:**

- a. El aumento de peso
- b. La diarrea
- c. El dolor muscular
- d. El bajo rendimiento escolar

**7. ¿Qué tipo de prueba conoce usted para diagnosticar la anemia en su niño?**

- a. Colesterol
- b. Glucosa
- c. Hemoglobina y Hematocrito
- d. Parasitosis

**8. ¿A partir de qué edad se debe de realizar la prueba de hemoglobina para descartar anemia en su niño?**

- a. 6 meses
- b. 8 meses
- c. 7 meses
- d. 12 meses

**9. Un niño con anemia tendrá una hemoglobina:**

- a. Menor a 11g/dl
- b. Mayor a 11g/dl
- c. Menor a 12g/dl
- d. Mayor a 12g/dl

**10. ¿Qué medicamento utiliza para el tratamiento de la anemia?**

- a. Calcio
- b. Vitaminas
- c. Paracetamol
- d. Sulfato ferroso

**11. ¿Qué alimentos daría Ud. a un niño después de los seis meses de edad para prevenir la anemia?**

- a. Papillas y sopas
- b. Leche materna y alimento rico en hierro
- c. Sopas y sangrecita
- d. Solo leche materna

**12. ¿Qué alimentos conoce Ud. que contenga gran cantidad de hierro?**

- a. Leche y derivados, lentejas y verduras
- b. Beterraga, huevo, carnes y papas
- c. Frutas, verduras, arroz y menestras
- d. Carnes, hígado, sangrecita y menestras

**13. ¿Cuáles son los alimentos que favorecen la absorción del hierro en nuestro organismo?**

- a. Café, infusiones
- b. Leche, yogur
- c. Chicha morada, agua
- d. Jugo de naranja, limonada

**14. ¿Qué alimentos o bebidas impiden que se absorban el hierro contenido en los alimentos?**

- a. Trigo, papa, café
- b. Café, té, infusiones
- c. Limonada, agua, verduras
- d. Frutas secas, té, infusiones

**VERIFIQUE, POR FAVOR, SUS  
RESPUESTAS.  
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



## CUESTIONARIO 2

### INSTRUCCIONES:

Marque con un aspa las actividades que realiza para preparar los alimentos de su niño.

ACTIVIDADES	SÍ	NO
- Me lavo las manos antes y después de darle de comer a mi niño.		
- Reviso que los alimentos estén frescos y en buen estado de conservación.		
- Cuento con los utensilios (plato, cuchara) propios para mi niño.		
- A mi niño le doy agua o leche en biberón		
- Limpio el biberón en agua caliente después de cada uso.		

**1.- ¿A qué edad empezó a darle comiditas aparte de la leche materna?**

5 meses o menos                      6 meses                      7 meses o más

**2.- ¿A parte de las comiditas, sigue dándole el pecho y/o fórmula?**

Si                      No                      A veces

**3.- ¿Cuántas veces al día le da el pecho y/o fórmula a su niño?**

Solo toma pecho                      De 1 a 2 veces                      Más de 2 veces

**4.- ¿Cómo le da los alimentos a su niño?**

Aplastados                      Triturados                      Picados                      Olla familiar

**5.- ¿Qué cantidad de alimentos le da al niño cada vez que come?**

De 2 a 3 cucharadas o  $\frac{1}{4}$  de taza

De 3 a 5 cucharadas o  $\frac{1}{2}$  taza

De 5 a 7 cucharadas o  $\frac{3}{4}$  de taza

De 7 a 10 cucharadas o 1 taza

**6.- ¿Cuántas veces al día le da de comer al niño?**

2 veces                      4 veces

3 veces                      5 veces

7.- ¿A su niño le brinda multimicronutrientes?

Sí

No

¿Cómo lo prepara? - - - - -

**8.- ¿Qué bebidas o líquidos le brinda Ud. a su niño después de un almuerzo rico en hierro?**

Leche materna, agua, manzanilla

Jugo de naranja, limonada, jugo de piña

Chicha morada, infusiones, agua

Solo agua

9.- ¿Con qué frecuencia brinda Ud. los siguientes alimentos?

ALIMENTOS	TODOS LOS DÍAS	1 VEZ POR SEMANA	2 VECES A LA SEMANA	3 VECES A LA SEMANA	MENSUAL	NUNCA
Carne de res						
Pollo						
Pescado						
Hígado						
Sangrecita						
Bazo						
Lentejas						
Garbanzo						
Espinaca						
Brócoli						
Zanahoria						
Papa						
Arroz						

**VERIFIQUE, POR FAVOR, SUS RESPUESTAS.  
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



PERÚ  
Ministerio  
de Salud

Dirección de Redes Integradas  
de Salud Lima Centro  
*"Tu salud es nuestra prioridad"*

"Año de la Lucha Contra la Corrupción  
e Impunidad"

Breña, 17 de setiembre del 2019

Señora

**GRECIA ARBILDO OJANAMA**

Presente. -

Asunto : Respuesta de solicitud de realizar trabajo de investigación científica y encuesta para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería.

De mi especial consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarle cordialmente y en atención a lo solicitado en el documento de la referencia a, la Dirección del centro de salud Chacra Colorada, emite **OPINIÓN FAVORABLE** para la realización de trabajo de investigación científica y encuesta para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería de la colaboradora GRECIA ARBILDO OJANAMA. En el mes de agosto, setiembre y octubre 2017.

Agradeciendo la atención brindada a la presente, quedo de usted.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD  
DIR. LIMA CENTRO  
  
MC GERSON ALVARO CASTAÑEDA  
DIRECTOR GENERAL DE REDES INTEGRADAS DE SALUD  
LIMA CENTRO

GAC/jer  
C.c.  
Archivo

BASE DE DATOS DE LA VARIABLE: CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS SOBRE PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA

N°	EDAD_MADRE	EDAD_NIÑO	G_INSTRUC	OCUP	N_HIJOS	E_CIVIL	C_1	C_2	C_3	C_4	C_5	C_6	C_7	C_8	C_9	C_10	C_11	C_12	C_13	C_14
1	25	9m	8	Enfermera	1	1	1	2	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
2	40	8m	4	Ama de casa	4	2	1	3	3	2	2	3	3	1	1	4	3	4	4	2
3	29	1 a 10 m	5	Ejecutiva de ventas	3	1	1	1	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
4	24	11 m	8	Enfermera	2	2	1	3	4	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
5	34	9m	4	Ama de casa	2	2	1	4	1	3	3	2	3	1	1	2	2	2	4	2
6	29	1 a 9 m	2	Ama de casa	1	2	1	4	3	3	2	2	3	1	1	4	2	4	2	2
7	26	6m	8	Ama de casa	1	1	1	4	3	3	2	2	3	1	1	4	2	4	2	2
8	26	9m	8	Ama de casa	2	3	1	4	3	3	2	4	3	1	3	4	2	4	2	2
9	21	1 a 1 m	4	Ama de casa	2	1	1	4	3	3	2	4	3	1	3	4	2	4	1	1
10	17	7m	4	Ama de casa	1	2	1	4	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
11	27	1 a 8 m	8	Ama de casa	1	3	1	2	3	3	2	4	3	1	1	2	2	4	2	2
12	21	1 a 3 m	4	Ama de casa	1	2	1	3	2	3	2	2	3	1	1	2	2	3	2	2
13	27	6m	4	Ama de casa	3	2	1	2	3	3	2	4	3	1	1	2	2	4	2	2
14	23	1 a 6 m	5	Ama de casa	1	1	1	1	2	3	2	4	3	1	1	2	2	4	2	2
15	19	1 a 3 m	4	Ama de casa	2	2	1	3	2	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
16	28	1 a 6 m	8	Ama de casa	1	2	1	4	3	3	2	2	3	1	1	4	2	4	2	2
17	21	9m	7	Ama de casa	1	2	1	2	3	2	2	2	3	1	1	4	2	3	2	2
18	35	6m	4	Ama de casa	1	2	1	1	2	2	2	3	3	1	1	4	2	4	3	2
19	18	10m	3	Ama de casa	1	2	1	1	2	2	2	2	3	1	1	2	2	4	2	2
20	21	7m	7	Ama de casa	1	1	1	1	2	3	3	2	3	1	1	4	2	4	2	2
21	34	1 a 5 m	5	Ama de casa	3	2	1	4	2	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
22	23	11 m	6	Ama de casa	1	1	1	4	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	4	2
23	22	1 a	7	Ama de casa	1	3	1	4	3	3	2	4	3	1	1	2	2	4	2	2
24	30	1 a 3 m	8	Ama de casa	1	1	1	3	3	3	2	2	3	1	1	4	2	4	2	2
25	27	8m	7	Comerciante	2	2	1	1	1	3	2	4	3	1	1	2	2	1	4	2
26	26	1 a 10 m	5	Ama de casa	2	2	1	4	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
27	22	11 m	4	Ama de casa	1	2	1	4	2	3	2	2	3	1	1	4	3	4	4	2
28	22	1 a 7 m	6	Ama de casa	1	2	1	4	3	3	2	4	3	4	1	4	2	4	2	2
29	27	9m	4	Ama de casa	1	2	1	4	3	3	2	2	3	1	1	4	2	3	3	4
30	38	1 a 9 m	5	Ama de casa	2	2	1	3	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
31	17	1 a 1 m	4	Estudiante	1	1	1	4	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
32	29	6m	8	Comerciante	1	1	1	4	2	3	2	2	3	2	1	2	2	1	2	2
33	17	1a	3	Ama de casa	1	1	1	3	1	3	2	4	3	1	1	2	3	4	2	2
34	29	2a	4	Comerciante	3	2	1	2	2	3	2	4	3	2	1	4	2	4	2	2
35	24	1 a 6 m	2	Ama de casa	1	3	1	3	2	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
36	22	1 a 8 m	5	Comerciante	1	2	1	2	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
37	28	8m	3	Comerciante	2	3	1	1	2	3	2	4	3	1	1	2	2	4	2	2
38	28	1 a 6 m	8	Comerciante	1	1	1	3	2	3	2	4	3	2	1	2	2	4	2	2
39	23	1 a 9 m	4	Ama de casa	1	2	1	4	4	3	2	4	2	1	4	4	2	1	4	1
40	25	1 a 7 m	4	Ama de casa	1	3	1	1	1	3	2	2	3	1	1	4	2	2	2	2

N°	EDAD_MADRE	EDAD_NIÑO	G_INSTRUC	OCUP	N_HIJOS	E_CIVIL	C_1	C_2	C_3	C_4	C_5	C_6	C_7	C_8	C_9	C_10	C_11	C_12	C_13	C_14
41	37	8 m	4	Ama de casa	1	2	1	1	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
42	26	2a	4	Ama de casa	1	2	1	3	3	2	2	3	3	1	1	4	3	4	4	2
43	24	6 m	4	Ama de casa	2	2	1	2	3	3	3	4	3	1	1	4	2	4	2	2
44	29	1 a 10 m	6	Ama de casa	2	2	1	2	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
45	24	7 m	8	Enfermera	1	1	1	2	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
46	20	1 a 4 m	5	Ama de casa	1	2	1	4	3	1	3	4	3	1	1	4	2	4	3	4
47	23	2a	4	Ama de casa	1	4	1	4	3	1	3	4	3	1	1	4	2	4	3	4
48	20	9 m	2	Amade casa	1	1	1	3	3	3	2	4	3	1	1	4	2	3	2	2
49	33	7 m	7	Ama de casa	1	2	1	1	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
50	33	6 m	1	Ama de casa	1	1	1	2	2	3	3	2	3	1	1	2	2	3	2	2
51	40	1 a 8 m	5	Ama de casa	3	3	1	3	1	4	3	2	3	1	1	4	2	4	2	2
52	35	8 m	8	Ama de casa	2	2	1	3	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
53	26	10 m	8	Obstetra	1	2	1	1	2	2	3	2	3	1	1	4	2	3	2	2
54	31	1 a 6 m	6	Costurera	3	3	1	3	2	2	2	3	3	1	1	2	3	4	2	2
55	19	6 m	3	Ama de casa	1	2	1	3	3	3	3	3	3	1	1	2	3	3	2	2
56	22	7 m	4	Obrera	1	1	1	4	3	3	3	2	3	1	1	4	2	4	3	2
57	21	1 a 6 m	4	Ama de casa	1	2	1	3	2	3	3	2	3	1	1	2	2	4	4	2
58	30	1 a 8 m	5	Ama de casa	2	2	1	2	3	3	2	2	3	1	1	4	2	4	2	2
59	31	8 m	4	Ama de casa	3	3	2	3	2	3	2	3	3	1	1	4	2	2	2	2
60	34	10 m	6	Técnica enfermera	4	2	1	2	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
61	22	7 m	4	Ama de casa	1	2	1	2	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
62	25	11 m	8	Contadora	1	1	1	2	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
63	26	6 m	8	Ing. ambiental	1	2	1	1	3	3	2	2	3	1	1	4	2	4	2	2
64	28	1 a 4 m	7	Comerciante	2	3	1	2	2	3	2	2	3	1	1	2	2	4	2	2
65	24	7 m	8	Enfermera	1	1	1	2	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
66	32	1 a 6 m	6	Estilista	1	2	1	3	1	3	2	3	3	1	1	4	2	4	2	2
67	23	9 m	6	Ama de casa	1	3	1	4	2	3	2	3	3	1	1	2	2	4	2	2
68	25	10 m	6	Estilista	1	1	1	4	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
69	27	2a	8	Ama de casa	2	2	1	2	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
70	26	1 a 2 m	8	Enfermera	1	1	1	2	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
71	25	2a	4	Ama de casa	2	3	1	3	1	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
72	25	1a	8	Enfermera	1	2	1	1	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
73	27	9 m	7	Ama de casa	1	1	1	2	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
74	23	1 a 6 m	7	Ama de casa	1	1	1	4	3	2	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
75	24	2a	7	Ama de casa	1	1	1	3	2	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
76	22	1 a 11m	5	Ama de casa	1	2	1	2	3	2	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
77	24	2a	7	Ama de casa	1	2	1	3	1	2	2	2	3	1	1	4	2	4	2	2
78	31	8 m	8	Odontóloga	1	2	1	2	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
79	25	1a	8	Ama de casa	1	2	1	2	3	3	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2
80	26	7 m	4	Ama de casa	1	2	1	4	2	2	2	4	3	1	1	4	2	4	2	2

BASE DE DATOS DE LA VARIABLE: PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA

N°	P_1	P_2	P_3	P_4	P_5	P_6	P_7	P_8	P_9	P_10	P_11	P_12	P_13	P_14	P_15.1	P_15.2	P_15.3	P_15.4	P_15.5	P_15.6	P_15.7	P_15.8	P_15.9	P_15.10	P_15.11	P_15.12	P_15.13
1	1	1	1	2	1	2	1	3	3	4	3	1		2	6	3	6	1	2	5	2	6	1	2	1	1	1
2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2		1	6	1	6	4	2	6	6	6	2	2	1	1	1
3	1	1	1	2	1	2	1	3	3	4	4	2		1	4	3	3	4	2	2	2	2	2	4	4	4	4
4	1	1	1	2	1	2	1	3	3	3	3	1		1	2	3	5	1	5	6	2	2	2	2	1	1	1
5	1	1	1	1	1	2	1	3	2	3	3	1		1	6	1	6	4	6	6	2	6	2	6	1	1	1
6	1	1	1	2	1	2	1	3	1	4	2	1		1	6	6	2	4	6	6	2	6	6	6	1	1	1
7	1	1	1	2	1	2	1	3	1	1	2	1		1	6	6	6	4	3	6	6	6	6	6	1	1	1
8	1	1	1	1	1	2	1	3	3	3	3	2		1	6	1	3	2	2	6	2	2	3	3	3	1	1
9	1	1	1	1	1	2	1	3	4	2	3	2		1	3	1	3	2	2	6	2	2	3	3	3	1	1
10	1	1	1	2	2	2	1	3	1	3	1	2		1	6	1	6	6	6	6	6	6	6	6	6	2	6
11	1	1	1	1	1	2	1	3	4	4	3	2		2	6	1	2	1	6	6	2	2	2	5	1	1	1
12	1	1	1	1	1	2	1	3	4	4	3	1		2	5	4	2	1	2	6	4	6	2	2	1	1	1
13	1	1	1	1	1	2	2	1	3	1	1	2		1	6	2	6	1	6	6	6	6	1	6	1	1	6
14	1	1	1	1	1	2	1	1	4	4	3	1		2	6	1	2	4	6	6	3	6	2	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	2	1	3	3	4	3	1		1	6	1	2	1	6	6	2	6	2	6	1	1	1
16	1	1	1	1	1	2	1	3	4	4	3	2		2	2	3	2	4	6	6	3	6	2	2	1	1	1
17	1	1	1	2	1	2	1	3	3	4	3	1		1	6	1	4	2	6	6	4	6	2	2	1	1	1
18	1	1	1	2	1	2	1	3	1	1	2	2		1	6	2	6	1	6	6	6	6	2	6	1	1	6
19	1	1	1	1	1	2	1	3	2	3	3	1		1	6	2	6	1	3	6	2	6	2	6	1	1	1
20	1	1	1	1	1	2	1	3	1	2	2	1		1	6	6	6	1	2	6	6	6	2	6	1	1	6
21	1	1	1	1	1	2	1	3	4	4	3	1		2	2	4	2	1	6	6	3	6	3	6	1	1	1
22	1	1	1	1	1	2	1	2	3	4	3	2		4	3	3	2	2	6	6	2	4	6	3	1	1	1
23	1	1	1	1	1	2	1	3	3	4	2	2		1	2	4	6	4	3	6	2	3	2	6	3	4	1
24	1	1	1	1	1	2	1	3	3	4	2	1		1	2	3	5	3	6	6	2	3	2	3	3	3	1
25	1	1	1	1	1	2	1	3	1	2	2	1		1	2	3	3	6	6	6	3	2	3	3	4	1	1
26	1	1	1	1	1	2	1	2	3	3	3	1		2	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	4	1	4
27	1	1	1	2	1	2	1	2	1	4	3	1		1	2	4	2	2	6	6	2	6	3	2	1	1	1
28	1	1	1	1	1	2	1	3	3	3	3	2		2	2	1	2	2	6	6	3	6	3	3	3	1	1
29	1	1	1	1	1	2	1	3	4	3	2	1		1	2	3	2	4	6	6	3	6	4	3	5	1	4
30	1	1	1	2	2	2	1	1	4	4	3	2		2	3	4	2	2	6	6	3	6	6	6	2	1	1
31	1	1	1	2	2	2	1	3	4	3	2	2		2	6	1	2	1	2	6	2	6	2	2	2	2	1
32	1	1	1	2	2	2	1	3	1	1	2	2		1	6	6	6	1	3	6	6	6	1	6	1	1	6
33	1	1	1	2	2	2	1	3	4	4	3	1		2	2	3	2	2	6	6	2	6	3	2	1	1	1
34	1	1	1	2	1	2	1	2	4	4	4	1		2	5	1	2	1	5	6	3	6	3	3	1	1	1
35	1	1	1	2	2	2	1	2	4	4	3	1		2	2	4	2	3	2	6	2	6	1	1	1	1	1
36	1	1	1	1	1	2	1	2	4	3	3	1		2	2	4	5	1	5	6	2	6	1	3	1	1	1
37	1	1	1	1	1	2	1	3	2	3	3	1		1	6	1	6	1	3	6	6	6	1	2	1	1	1
38	1	1	1	1	1	2	1	3	4	4	3	1		2	5	1	5	1	2	6	2	6	1	3	1	1	1
39	1	1	1	1	1	2	2	2	4	3	2	2		2	6	2	3	5	6	6	3	3	4	5	5	5	5
40	1	1	1	1	1	2	1	3	4	4	4	1		1	2	1	2	3	6	6	2	6	2	6	1	1	1

N°	P_1	P_2	P_3	P_4	P_5	P_6	P_7	P_8	P_9	P_10	P_11	P_12	P_13	P_14	P_15.1	P_15.2	P_15.3	P_15.4	P_15.5	P_15.6	P_15.7	P_15.8	P_15.9	P_15.10	P_15.11	P_15.12	P_15.13	
41	1	1	1	2	1	2	1	3	3	2	2	2		1	6	3	3	4	2	2	2	2	2	4	4	4	1	
42	1	1	1	2	1	2	2	3	1	4	4	1		2	3	1	3	2	3	5	2	2	1	1	1	1	1	
43	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	3	1		1	6	6	6	1	2	2	6	6	1	6	1	1	6	
44	1	1	1	1	1	2	1	3	4	4	3	1		2	5	1	2	1	5	6	2	6	3	3	1	1	1	
45	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	3	2		1	6	1	6	2	6	6	6	6	2	6	1	1	6	
46	1	1	1	2	2	1	2	3	4	3	3	2		3	2	5	4	2	2	3	2	6	2	6	4	4	4	
47	1	1	1	1	1	1	2	3	4	3	3	2		3	2	5	4	2	2	6	2	6	2	6	4	4	4	
48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2		1	6	1	2	4	2	6	3	6	2	6	1	1	1	
49	1	1	1	2	2	2	1	3	1	3	3	1		1	6	2	6	3	6	3	3	6	3	2	2	4	3	
50	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	2	2		1	6	6	6	1	2	2	6	6	2	2	1	1	6	
51	1	1	1	1	1	2	1	3	4	4	3	1		2	5	4	2	4	6	6	2	5	2	2	1	1	1	
52	1	1	1	1	1	2	1	3	1	2	3	1		1	6	2	6	1	2	6	6	6	3	2	1	1	6	
53	1	1	1	1	1	2	1	3	2	3	3	1		1	6	4	6	1	2	6	6	6	2	2	1	1	2	
54	1	1	1	2	2	3	1	3	4	3	3	1		2	2	4	2	1	2	6	2	2	2	1	1	1	1	
55	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1		1	6	6	6	1	1	6	6	6	2	6	1	1	6	
56	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1		2	6	2	6	1	2	6	6	6	2	2	1	1	6	
57	1	1	1	2	2	2	1	3	3	3	3	1		2	2	2	2	3	6	6	2	2	1	1	1	1	1	
58	1	1	1	2	2	2	1	2	3	3	2	1		2	2	2	2	2	2	6	2	2	2	1	1	1	1	
59	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	3	1		2	6	2	6	1	2	5	2	6	1	6	1	1	1	
60	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	3	1		2	6	3	6	1	2	5	2	6	2	2	1	1	1	
61	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1		1	6	2	6	1	2	6	6	6	1	6	1	1	6	
62	1	1	1	2	2	2	1	3	3	3	2	2		2	6	1	2	3	2	6	2	6	2	2	1	1	1	
63	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1		1	6	6	6	1	2	2	6	6	2	6	1	1	6	
64	1	1	1	2	2	2	1	3	4	3	2	1		2	6	3	2	1	5	6	2	2	2	1	1	1	1	
65	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1		2	6	2	6	1	1	5	6	6	2	2	1	1	6	
66	1	1	1	2	2	2	1	3	4	3	3	1		2	2	3	3	1	5	6	2	2	2	2	1	1	1	
67	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	3	1		2	6	4	6	1	2	6	6	6	2	2	1	1	2	
68	1	1	1	1	1	2	1	3	2	2	2	1		2	6	4	2	1	6	6	2	6	2	2	1	1	1	
69	1	1	1	2	2	2	1	3	4	4	2	2		2	2	4	3	3	6	6	2	2	2	1	2	1	1	
70	1	1	1	1	1	2	1	3	3	3	3	1		2	5	4	2	2	2	5	2	2	2	1	1	1	1	
71	1	1	1	2	2	2	1	3	4	3	2	1		2	5	3	2	2	2	5	2	6	2	2	1	1	1	
72	1	1	1	1	1	2	1	3	3	3	2	1		2	2	4	2	2	2	6	2	2	2	1	1	1	1	
73	1	1	1	2	2	2	1	1	3	3	2	1		1	6	4	6	1	1	6	2	6	1	1	1	1	1	
74	1	1	1	1	1	2	1	3	3	3	2	1		2	5	4	2	3	2	6	2	2	1	2	1	1	1	
75	1	1	1	2	2	2	1	3	4	4	3	1		2	5	3	2	2	2	6	2	2	2	1	1	1	1	
76	1	1	1	1	1	2	1	3	4	4	3	1		2	6	4	2	2	2	6	2	2	2	1	1	1	1	
77	1	1	1	2	2	2	1	3	4	4	3	1		2	5	4	2	2	2	6	2	2	2	1	1	1	1	
78	1	1	1	2	2	2	1	1	3	3	3	1		2	6	3	6	2	2	5	6	2	2	1	1	1	1	
79	1	1	1	1	1	2	1	3	3	3	3	1		2	6	3	6	2	2	6	2	2	2	2	2	2	1	1
80	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1		2	6	2	6	1	1	6	6	6	2	2	1	1	6	

## Confiabilidad Del Cuestionario De Conocimientos Sobre Prevención De La Anemia Ferropénica.

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	80	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	80	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
<b>0,640</b>	14



<b>Estadísticas de total de elemento</b>				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
C_1	10,39	4,013	,078	,642
C_2	11,10	3,256	,372	,602
C_3	10,78	3,113	,405	,594
C_4	10,55	3,618	,204	,633
C_5	10,51	3,544	,303	,616
C_6	10,75	3,076	,437	,586
C_7	10,39	3,962	,193	,636
C_8	10,43	4,020	-,009	,652
C_9	10,41	3,967	,074	,643
C_10	10,60	3,509	,238	,629
C_11	10,45	3,744	,239	,627
C_12	10,54	3,391	,389	,601
C_13	10,55	3,365	,392	,600
C_14	10,44	3,794	,218	,630

<b>Estadísticas de escala</b>			
Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
11,38	4,060	2,015	14

## CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	80	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	80	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
<b>0,636</b>	25

<b>Estadísticas de total de elemento</b>				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1.- Me lavo las manos antes y después de darle de comer a mi niño.	61,33	63,209	,000	,638
2.- Reviso que los alimentos estén frescos y en buen estado de conservación.	61,33	63,209	,000	,638
3.- Cuento con los utensilios (plato, cuchara) propios para mi niño.	61,33	63,209	,000	,638
4.- A mi niño le doy agua o leche en biberón.	61,73	63,746	-,099	,645
5.- Limpio el biberón en agua caliente después de cada uso.	61,60	62,648	,051	,637
6.- ¿A qué edad empezó a darle comiditas aparte de la leche materna?	60,35	62,813	,098	,636
7.- ¿Aparte de las comiditas, sigue dándole el pecho y/o fórmula?	60,45	62,858	,015	,639
8.- ¿Cuántas veces al día le da el pecho y/o fórmula a su niño?	59,85	60,078	,191	,628
10.- ¿Qué cantidad de alimentos le da al niño cada vez que come?	59,43	53,564	,564	,585
11.- ¿Cuántas veces al día le da de comer al niño?	59,66	58,353	,496	,610
12.- ¿A su niño le brinda micronutrientes?	61,63	61,351	,228	,629
14.- ¿Qué bebidas o líquidos le brinda Ud. a su niño después de un almuerzo rico en hierro?	60,71	60,106	,291	,623

Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
--	---	--	---

15.- ¿Con qué frecuencia brinda Ud. los siguientes alimentos?				
15.1.- Carne de res	60,44	55,540	,404	,603
15.2.- Pollo	58,10	52,673	,364	,604
15.3.- Pescado	59,94	54,591	,402	,601
15.4.- Hígado	57,68	65,539	-,189	,685
15.5.- Sangrecita	59,85	65,446	-,187	,678
15.6.- Bazo	60,99	64,443	-,148	,655
15.7.- Lentejas	59,66	53,391	,542	,586
15.8.- Garbanzo	60,58	58,526	,215	,626
15.9.- Espinaca	58,71	60,005	,078	,645
15.10.- Brócoli	59,55	51,035	,513	,581
15.11.- Zanahoria	56,84	59,429	,148	,634
15.12.- Papa	56,63	60,035	,192	,628
15.13.- Arroz	57,48	42,607	,642	,538

Estadísticas de escala			
Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
62,33	63,209	7,950	25