

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

CONOCIMIENTO SOBRE LA ANEMIA Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS
ALIMENTICIAS QUE TIENEN LAS MADRES EN LA PREVENCIÓN DE LA
ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD
QUE ACUDEN AL C.S. CANDARAVE - TACNA 2015

TESIS

Presentada por:

Bach. Nelly Giovana Garcia Mamani

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN -TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**CONOCIMIENTO SOBRE LA ANEMIA Y SU RELACIÓN CON LAS
PRÁCTICAS ALIMENTICIAS QUE TIENEN LAS MADRES EN
LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN
NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD QUE ACUDEN
AL C.S. CANDARAVE - TACNA 2015**

TESIS

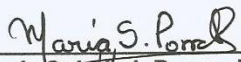
Presentada por:

BACH. NELLY GIOVANA GARCIA MAMANI

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

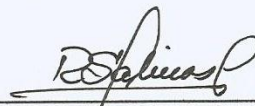
Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente Jurado



Dra. María Soledad Porras Roque
Presidente



Dra. Ingrid María Manrique Tejada
Jurado



Mgr. Ruth Rosario Salinas Lunario
Jurado



Dra. María del Carmen Silva Cornejo
Asesora

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres Daniel y María por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores y a mis hermanos Leonidas, Avelino y Elvis por la motivación constante, pero más que nada, por su amor.

Finalmente a mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar me gustaría agradecer a Dios por darme la fuerza y fe para creer en lo que me parecía imposible terminar y por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

Le doy gracias a mis padres por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida, pero sobre todo por ser personas de ejemplo de vida a seguir.

Le agradezco infinitamente al Centro de Salud Candarave por abrirme las puertas y brindarme su apoyo en la realización de esta investigación.

Además debo agradecer de manera especial y sincera a mi asesora, la Dra. María del Carmen Silva Cornejo, por aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiarme ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigadora.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Fundamento y formulación del problema.....	03
1.2. Objetivos.....	08
1.3. Justificación.....	09
1.4. Formulación de la Hipótesis.....	11
1.5. Operacionalización de Variables	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	14
2.2. Bases Teórico – Científicas.....	18
2.3. Definición conceptual de términos.....	61

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Material y métodos.....	62
3.2. Población y muestra.....	62
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	64
3.4. Procedimientos de recolección de datos.....	69
3.5. Procesamiento de datos.....	70

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados.....	71
4.2. Discusión.....	93

CONCLUSIONES.....	99
--------------------------	-----------

RECOMENDACIONES.....	100
-----------------------------	------------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102
--	------------

ANEXOS.....	108
--------------------	------------

RESUMEN

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, diseño no experimental, transversal de tipo descriptivo correlacional; el cual se realizó con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas alimenticias para la prevención de la anemia ferropénica de niños de 6 a 35 meses de edad en madres que acuden al C.S. Candarave , la técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumentos de medición el cuestionario, la muestra estuvo constituida por 50 madres de niños de 6 a 35 meses de edad. Los resultados obtenidos indicaron que el 68% de madres poseen un conocimiento alto, seguido de nivel medio con 28% y en cuanto a las practicas alimenticias el 52% tienen prácticas adecuadas, seguido de prácticas medianamente adecuadas con el 44%, concluyéndose que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y las practicas alimenticias acerca de la prevención de la anemia ferropénica de niños de 6 a 35 meses en madres que acuden al C.S. Candarave, como lo demuestra en el análisis estadístico a través de la prueba de Chi Cuadrado ($p < 0.05$).

Palabras clave: *Anemia Ferropénica, Conocimientos, Practicas alimenticias.*

ABSTRACT

This research study is quantitative approach, not experimental, cross-sectional correlational descriptive, was conducted to determine the relationship between the level of knowledge and feeding practices for the prevention of iron deficiency anemia in children 6-35 months of age in mothers who come to C.S. Candarave, the technique used was the survey and measurement instruments of the questionnaire, the sample consisted of 50 mothers of children 6-35 months of age. The results indicated that 68% of mothers have a high knowledge, followed by average 28% and as for food practices 52 % had appropriate practices, followed by 44 % with moderately good practice, concluding that there is a significant relationship between the level of knowledge and nutritional practices regarding prevention of iron deficiency anemia in children 6-35 months mothers who come to C.S. Candarave, as evidenced in the statistical analysis by chi square test ($p < 0.05$).

Keywords: Iron Deficiency Anemia, knowledge, dietary practices

INTRODUCCIÓN

La anemia por deficiencia de hierro en las niñas y niños menores de 3 años, tienen consecuencias adversas en el desarrollo cognitivo, principalmente si se presenta en un periodo crítico como el crecimiento y diferenciación cerebral, cuyo pico máximo se observa en los niños menores de dos años, periodo en el que el daño puede ser irreversible, constituyéndose en los principales problemas de salud pública que afectan el desarrollo infantil temprano. (1)

En el Perú, la anemia constituye un problema de salud pública severo, debido a que aun cuando las cifras nacionales han disminuido en los últimos años de 60,9% en el 2000 a 46,8 % en el año 2014; es así que cuatro de cada diez niños y niñas de entre 06 a 35 meses de edad padecen de anemia, y la situación en la población menor de dos años, es más grave dado que más de la mitad de niños de este grupo de edad se encuentran con anemia (56,3%).(3)

Conscientes de esta realidad y teniendo en cuenta que la madre actúa como principal responsable del cuidado y la alimentación del niño se desarrolló el presente estudio, de modo que permita determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas alimenticias

acerca de la prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 06 a 35 meses de edad y con ello fortalecer los cuidados de enfermería y así promover prácticas adecuadas que permitan una mejora en la condición de crecimiento, desarrollo y nutrición del niño.

El presente trabajo de Investigación estudia el Conocimiento sobre la anemia y su relación con las prácticas alimenticias que tienen las madres en la prevención de la Anemia Ferropénica en niños de 6 a 35 meses de edad que acuden al C.S. Candarave - Tacna 2015 , el cual se encuentra organizado en cuatro capítulos: En el capítulo I del Planteamiento del problema, se hace referencia de los fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de hipótesis y operacionalización de variables. En el capítulo II del Marco teórico, se desarrolla los antecedentes de la investigación y las bases teóricas. En el capítulo III de Metodología de la investigación, se plantea el material y métodos, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos y procesamiento de datos. En el capítulo IV de los Resultados consta de resultados y discusión. Finalmente encontraremos las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y Anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La anemia por deficiencia de hierro es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud, la OMS calcula que a nivel mundial hay aproximadamente un total de dos millones de personas anémicas, y que cerca del 50% de los casos pueden atribuirse a la carencia de hierro. (2)

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

El grupo etario más afectado por la deficiencia de hierro son los lactantes y niños pequeños porque se encuentran en un periodo de desarrollo y crecimiento rápido, si no se corrige dicha deficiencia esta produce anemia la cual se asocia con alteraciones en el desarrollo, debilidades mentales y de coordinación física y en los niños mayores conduce a alteraciones en el rendimiento escolar.

En América Latina la anemia en niños menores de 5 años es un problema de salud pública moderado o severo en casi todos los países, excepto en Argentina y Uruguay, donde es un problema leve. Brasil ocupa el primer lugar de prevalencia de anemia en niños menores de 5 años (55%), seguido de Bolivia (52%) y se halla el Perú en el tercer lugar con el 50%, según informes de la OMS 2008. (2)

Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES), la anemia en el Perú en niñas y niños de 6 a 35 meses desde el año 2000 presentó una caída de 19.3 puntos porcentuales en 11 años, pasando de 60.9% a 41.6% en el año 2011, sin embargo desde el 2011 y contrario a la tendencia

anterior, las cifras se han incrementado paulatinamente hasta llegar a 46.8% en el año 2014. (3)

En Tacna no estamos exentos de la realidad nacional, según ENDES 2014, la anemia en Tacna constituye un problema de salud pública severo, debido a que el 41.5% de niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad padeció de anemia en relación al año 2012 (35.8%) y según la DIRESA Tacna 2013 se ha registrado 2158 casos de anemia en niños menores de 5 años con mayor predominio en menores de 2 años (1605). A nivel provincial, en Tacna se registraron 1402 casos de anemia en niños menores de 2 años, en Candarave 86 casos, Tarata 70 y Jorge Basadre 28 casos. (4)

La anemia es un problema generalizado tanto en el área urbana como en el área rural, el 39,9% de los niños y niñas menores de entre 6 a 35 meses de la zona urbana tienen anemia, mientras que en la zona rural este problema afecta al 53,1%. Desde el año 2007, la reducción de la prevalencia de anemia en la zona urbana ha sido de 13,4%, mientras que en la zona rural solo se ha logrado una reducción del 7%.

La Provincia de Candarave , cuyo nombre de origen aymara significa “Lugar de Cóndores” , es una de las cuatro provincias que conforman el Departamento de Tacna, el cual fue creado en 1988 y dividido políticamente en seis distritos: Candarave, Cairani, Camilaca, Curibaya, Huanuara y Quilahuani. Se encuentra ubicado a 3415 msnm de altitud, con un clima frío moderado y temperatura media anual de 10.5 °C; a 164 km al noreste de la ciudad de Tacna (5 horas en auto aproximadamente).

A nivel de población, Candarave presenta la mayor tasa de analfabetismo (14,4%), seguido por Tarata (10,6%), mientras que la tasa más baja se encontró en Jorge Basadre (6,4%). Con respecto a su tasa de pobreza, presenta una economía de subsistencia, como en la mayor parte de la zona rural a nivel nacional, cuya principal actividad es la de ganadero-agrícola. (5)

El distrito de Candarave cuenta con una población de 1513 habitantes, presentando una población de 261 niños de 0 a 11 años, 144 adolescentes, 229 jóvenes, 609 personas adultas y 252 adultos mayores. Siendo la etapa de vida Niño el segundo grupo etáreo con mayor población, el cual presenta un porcentaje de 31.6 % de anemia en niños menores de 5 años en el 2014. (6)

Estudios realizados a las madres acerca de los conocimientos que presentan sobre la prevención de la anemia ferropénica, muestran un conocimiento de nivel medio o deficiente y por consecuencia prácticas inapropiadas que no se ajustan a las necesidades del niño, mostrando deficiencias en calidad y cantidad provocando un deterioro en su nutrición.

Por lo que una investigación sobre el nivel de conocimiento y su relación con las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses de edad sería una contribución más para el profesional de enfermería para prevenir y controlar dicha deficiencia nutricional.

Ante la situación planteada se formula la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la anemia y su relación con las prácticas Alimenticias que tienen las madres en la prevención de la anemia Ferropénica en niños de 6 a 35 meses de edad que acuden al C.S. Candarave - Tacna 2015?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento sobre la anemia y su relación con las prácticas alimenticias que tienen las madres en la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses de edad que acuden al C.S. Candarave- Tacna 2015.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimiento que tienen las madres de los niños de 6 a 35 meses de edad sobre la anemia.
- Identificar las prácticas alimenticias que tienen las madres de los niños de 6 a 35 meses de edad.
- Relacionar el nivel de conocimiento con las prácticas alimenticias que tienen las madres en la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses de edad.
- Identificar las características sociodemográficas de las madres de los niños de 6 a 35 meses de edad.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La nutrición infantil es la piedra angular que afecta y define la salud, siendo la vía para crecer, desarrollar y trabajar; y alcanzar todo el potencial como individuo y sociedad. La alimentación y la nutrición condicionan de forma importante el crecimiento y desarrollo de todo ser vivo por ello, la nutrición se constituye en un pilar fundamental en la salud y desarrollo del ser humano en especial en los primeros años de vida.

La deficiencia de hierro es la carencia nutricional más prevalente a nivel mundial, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo y es la principal causa de anemia. Según datos de la OMS, se estima que cerca de 1000 millones de personas alrededor del mundo padecen anemia por deficiencia de este mineral. (2)

La anemia visto como indicador del estado nutricional general 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 corporal, sino como daño de las capacidades

funcionales nobles del cerebro, como la abstracción, la integración, el análisis, el pensamiento matemático, la capacidad de respuesta ante situaciones no estructuradas, alteraciones emocionales y afectivas, todos ellos irreversibles luego de cumplidos los dos años de edad.

Si bien las causas de anemia son multifactoriales, el déficit de hierro se considera el principal factor responsable de su alta prevalencia. El grupo etario más afectado por la deficiencia de hierro son los lactantes y niños pequeños, pues sus requerimientos son mayores y los daños por dicha carencia pueden persistir en la etapa adulta. Por ello, es importante determinar el nivel de conocimiento y su relación con las prácticas alimenticias que tienen las madres en la prevención de la anemia ferropénica en el niño de 6 a 35 meses, ya que la madre actúa como principal responsable del cuidado y nutrición del niño.

Conscientes de esta realidad y teniendo en cuenta que la madre actúa como principal responsable del cuidado y la alimentación del niño es que se desarrolló el presente estudio, el cual va a permitir al personal de enfermería fortalecer la función

educativa como acción preventivo promocional para modificar los conocimientos y por ende las prácticas alimenticias de las madres, con el fin de atenuar el riesgo y/o probabilidad de contraer esta enfermedad, con el objetivo principal de disminuir la incidencia de la anemia ferropénica y contribuir en la mejora del estado nutricional, en la condición de crecimiento y desarrollo del niño.

1.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Hi: Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la anemia con las prácticas alimenticias que tienen las madres en la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses de edad que acuden al C.S. Candarave – Tacna 2015.

Ho: No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la anemia con las prácticas alimenticias que tienen las madres en la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses de edad que acuden al C.S. Candarave – Tacna 2015.

1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<p>Variable Independiente: Conocimientos de las madres en la prevención de anemia ferropénica</p>	<p>Conjunto de ideas, conceptos y enunciados que adquirió la madre mediante su aprendizaje formal e informal sobre la prevención de la anemia ferropénica.</p>	<p><u>Anemia Ferropénica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición • Causas • Signos de la anemia • Consecuencias • Diagnostico <p><u>Hierro en la dieta</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Importancia del hierro en la alimentación • Alimentos fuente de hierro de origen animal y vegetal • Alimentos fuente de hierro que se absorben mejor • Facilitadores de la absorción del hierro • Inhibidores de la absorción del hierro • Lactancia materna <p><u>Suplementación: (Multimicronutrientes)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de la suplementación • Preparación adecuada para la administración MMC • Temperatura de mezcla de MMC con los alimentos. • Tiempo de espera para administrar los MMC después del tratamiento con antibióticos. • Tiempo de administración de los MMC. 	<p>Niveles de Conocimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel Alto (22 - 32 puntos) • Nivel Medio (12 - 21 puntos) • Nivel Bajo (0 - 11 puntos) 	<p>Ordinal</p>

<p style="text-align: center;">Variable Dependiente: Prácticas alimenticias de las madres acerca en la prevención de anemia ferropénica</p>	<p>Es un conjunto de habilidades y destrezas de la madre en la prevención de la anemia ferropénica, adquirida por medio de la experiencia, la cual puede ser valorada a través de la observación o expresada por la madre por medio del Lenguaje.</p>	<p><u>Hierro en la Dieta:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia del consumo de alimentos fuente de hierro de origen animal. • Frecuencia del consumo de alimentos fuente de hierro de origen vegetal. • Cantidad de alimentos fuente de hierro de origen animal. • Facilitadores de la absorción del hierro. • Inhibidores de la absorción del hierro. <p><u>Suplementación:</u> (Multimicronutrientes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia en la administración de MMC. • Forma de administración de los MMC. • Dosis de administración de los MMC. 	<p>Categorización de las Prácticas: (Según escala de Likert)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuadas (28 - 40 puntos) ▪ Medianamente adecuadas (14 - 27 puntos) ▪ Inadecuadas (0 – 13 puntos) 	<p style="text-align: center;">Ordinal</p>
--	---	---	--	--

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se presenta la revisión de la literatura, expresando la existencia de algunos trabajos de investigación relacionados con el tema de investigación:

ÁMBITO INTERNACIONAL:

UNIGARRO A. (2010) Ibarra, Ecuador. En su investigación titulada “Conocimientos, aptitudes y prácticas de las madres acerca de la anemia por deficiencia de hierro en niños de 5 a 12 años de edad que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Básico San Gabriel de la ciudad de San Gabriel, provincia del Carchi, periodo 2009-2010”, señala entre sus conclusiones más importantes lo siguiente: “El 47.37% de las madres dicen que conocen medianamente la información acerca de la anemia, el 34% conocen poco sobre el tema, mientras que el 13% dicen es

bastante la información que conocen y el 5% dicen no conocer nada sobre la anemia, sin embargo el 60% de las madres manifiestan que la mayor causa de presencia de anemia en los niños es la mala alimentación, por lo que la mayoría de ellas saben que especialmente el hígado de res o de pollo son la fuente ricos en hierro.” (7)

ÁMBITO NACIONAL:

MÁRQUEZ J. (2008) Lima, Perú. Realizó el trabajo de investigación sobre “Nivel de conocimientos sobre la anemia ferropénica que tienen las madres de niños de 1-12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas-2007”. Entre sus conclusiones más importantes señala: “El nivel de conocimientos que tiene las madres sobre la Anemia Ferropénica (62.5%) es de nivel “medio”, lo cual nos indica que las madres no están muy preparadas ni debidamente informadas para prevenir la anemia, exponiendo a sus niños a esta enfermedad y a las consecuencias funestas en su salud y desarrollo personal futuro”. (8)

CÉSPEDES M. (2010) Lima, Perú. Realizó un estudio titulado “Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que

tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Materno Infantil Tablada de Lurín 2010”. Entre sus conclusiones sostuvo: “Las madres del Centro de salud Tablada de Lurín tienen un nivel de conocimientos “Medio” con tendencia a “Bajo”, ya que desconocen el significado del hierro, las causa y consecuencia de la anemia ferropenia, lo que es un indicador negativo en la prevención de la anemia en niños menores y en cuanto a las practicas la mayoría de las madres que acuden al centro de salud Tablada de Lurín realizan prácticas adecuadas para la prevención de la anemia, que consisten en brindarles en su dieta mínimo 3 veces por semana, alimentos que contengan grandes cantidades de hierro (carne, pescado, vísceras) y que a su vez reciban alimentos que permitan su absorción (Vitamina C). (9)

ÁMBITO REGIONAL:

HONORE J. (2011) Tacna. Efectuó el trabajo de investigación acerca de la “Relación del nivel de conocimiento de las madres sobre los alimentos fuente de hierro y el resultado de hemoglobina de los niños menores de 1 año C.S. San Francisco Tacna – 2011”. Las conclusiones fueron las siguientes: “El 75% de las madres

tienen un nivel de conocimiento adecuado y un 25% tienen un nivel de conocimiento inadecuado sobre los alimentos fuente de hierro, además se identificó que el 96.7% de niños que presentan un valor de hemoglobina entre 10 – 11.4 g/dl y el 10% de niños que presenta entre 8,0-9,9 g/dl son hijos de madres cuyo nivel de conocimiento es adecuado, y el 3,3% de niños que presentan un valor de hemoglobina entre 10 – 11.4 g/dl y el 90% de niños que presentan entre 8.0-9,9 g/dl son hijos de madres cuyo nivel de conocimiento es inadecuado. Se comprobó que existe relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre los alimentos fuente de hierro y el resultado de hemoglobina de los niños menores de 1 año”. (10)

CORI D. (2014) Tacna, Perú. Realizó el trabajo de investigación titulado “Conocimientos y prácticas alimenticias acerca de la prevención de anemia ferropénica de niños de 6 a 24 meses de edad en madres que acuden al C.S. San Francisco-2014”. A las conclusiones a las que llegó fueron: Más de la mitad de las madres de los niños de 6 a 24 meses presentaron un nivel de conocimiento alto (64.2%) en la prevención de anemia ferropénica. Y con respecto a las prácticas alimenticias, las madres de niños de 6 a 24

meses tuvieron prácticas medianamente adecuadas (46.3%) en la prevención de la anemia ferropénica. Además se comprobó que existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas alimenticias acerca de la prevención de anemia ferropénica de niños de 6 a 24 meses en madres que acuden al C.S. San Francisco. (11)

2.2. BASES TEÓRICO-CIENTÍFICAS

ANEMIA

La anemia se define como una concentración de la hemoglobina (Hb) en sangre que es menor que el valor esperado al tomar en cuenta la edad, género, embarazo y ciertos factores ambientales, como la altitud. (12)

2.2.1. ANEMIA FERROPÉNICA

A. DEFINICIÓN:

Es la disminución de los niveles de hemoglobina y del número de glóbulos rojos por debajo de los niveles considerados normales, seguido de una disminución de

la concentración de hierro en el organismo. La anemia por deficiencia de hierro es el resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de hierro. (13)

B. ETAPAS DE LA DEFICIENCIA DE HIERRO:

En un principio, las necesidades pueden ser cubiertas recurriendo a las reservas de hierro, pero si el balance negativo persiste, dichas reservas terminan por agotarse. (14)

La depleción de hierro pasa por tres estadios:

- **Primer estadio:** Supone solo una disminución de los depósitos de hierro (ferritina sérica) que es del organismo, es una etapa de riesgo que progresa a la deficiencia si no se aumenta el aporte de hierro.
- **Segundo estadio:** Se caracteriza por cambios bioquímicos mayor disminución que reflejan la falta de hierro suficiente para la producción normal de

hemoglobina y de otros compuestos esenciales de hierro.

- **Tercer estadio:** es la anemia ferropénica franca que se origina cuando hay una disminución en la producción de los eritrocitos por una cantidad insuficiente de hierro, la producción de hemoglobina desciende lo suficiente como para dar lugar a una reducción de su concentración por debajo de los límites normales.

C. CAUSAS:

Una causa es el aumento del requerimiento de hierro durante los dos primeros años de vida, lapso en el que ocurre la aceleración del crecimiento físico y del desarrollo cognoscitivo e intelectual, a este lapso se le denomina también la “ventana de oportunidad”. Asimismo a partir de los 4 a 6 meses de vida las reservas de hierro del niño se agotan y por ende los requerimientos de hierro y otros micronutrientes deben de ser cubiertas por la alimentación complementaria. La causa principal es la

inadecuada ingesta de hierro, con bajo consumo de alimentos ricos en hierro y la ingesta de alimentos con hierro de baja disponibilidad, el bajo consumo de facilitadores de absorción de hierro (ej. vitamina C).

La combinación de un crecimiento rápido, una depleción de los depósitos y un bajo contenido de hierro de la dieta se traduce en un periodo de máxima deficiencia de hierro.

D. SIGNOS Y SÍNTOMAS:

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

E. CONSECUENCIAS:

La deficiencia de hierro en los niños está asociada con retardo en el crecimiento y en el desarrollo cognoscitivo, así como con una resistencia disminuida a las infecciones. El efecto adverso más importante en los niños es la alteración del desarrollo psicomotor (lenguaje, social, coordinación, motora), el cual es probablemente irreversible. Y cuando tengan edad para asistir a la escuela, su habilidad vocal y su coordinación motora habrán disminuido significativamente. (15)

F. DIAGNÓSTICO:

La concentración de hemoglobina por sí sola no puede utilizarse para diagnosticar la carencia de hierro (también llamada ferropenia). Sin embargo, debe medirse, aunque no todas las anemias estén causadas por ferropenia. (16)

La concentración de la hemoglobina es relativamente fácil de determinar, la prevalencia de la anemia se ha usado a menudo como sustituta de la anemia

ferropénica. Aunque este enfoque quizá sea útil en entornos donde se sabe que la carencia de hierro es la causa principal de anemia, no es válido en entornos donde la causa de la anemia es más compleja. (17)

Según la OMS y el Sistema de Información Nutricional sobre Vitamina y Minerales, las concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia (para mujeres embarazadas y para niños menores de 5 años) son las siguientes:

- **Anemia Leve:** Hemoglobina de 10.0 – 10.9 g/dl y hematocrito 28% a nivel del mar.
- **Anemia Moderada:** Hemoglobina de 7.0 – 9.9 g/dl y hematocrito 28%-21% a nivel del mar.
- **Anemia Severa:** Hemoglobina es <7.0 g/dl y hematocrito a <21% a nivel del mar.

Esto también depende de la altura sobre el nivel del mar, es decir cuando la niña o niño reside en localidades

ubicadas a partir de los 1000 metros sobre el nivel del mar se realizará el factor ajuste de la hemoglobina observada.

Niveles de hemoglobina ajustada = Hemoglobina observada- Factor de ajuste por altura

AJUSTE DE HEMOGLOBINA SEGÚN ALTURA SOBRE EL NIVEL DEL MAR

ALTURA(msnm)	FACTOR DE AJUSTE POR ALTURA	ALTURA(msnm)	FACTOR DE AJUSTE POR ALTURA
1000	0.1	3100	2.0
1100	0.2	3200	2.1
1200	0.2	3300	2.3
1300	0.3	3400	2.4
1400	0.3	3500	2.6
1500	0.4	3600	2.7
1600	0.4	3700	2.9
1700	0.5	3800	3.1
1800	0.6	3900	3.2
1900	0.7	4000	3.4
2000	0.7	4100	3.6
2100	0.8	4200	3.8
2200	0.9	4300	4.0
2300	1.0	4400	4.2
2400	1.1	4500	4.4
2500	1.2	4600	4.6
2600	1.3	4700	4.8
2700	1.5	4800	5.0
2800	1.6	4900	5.2
2900	1.7	5000	5.5
3000	1.8		

Fuente: Guía Técnica N° 001/2012-CENAN-INS "Procedimiento para la determinación de la Hemoglobina mediante Hemoglobinómetro Portátil".

G. FACTORES DE RIESGO:

- Factores socioeconómicos y culturales: Incluyen las características de acceso económico, cultural y geográfico a cantidad y calidad de alimentos ricos en hierro, así como el agua y saneamiento básico, alimentos facilitadores de absorción de hierro, la baja proporción de lactancia materna exclusiva y el bajo nivel de educación de los padres.
- Consumo alimentario inadecuado: La inadecuada ingesta de hierro, con bajo consumo de alimentos ricos en hierro y la ingesta de alimentos con hierro de baja disponibilidad, el bajo consumo de facilitadores de absorción de hierro (vitamina C).
- Falta de acceso y uso de servicios de salud y nutrición: El acceso y cumplimiento de controles prenatales, atención de parto, controles CRED, la atención integral que incluye consejería nutricional y suplementación con hierro y micronutrientes son una oportunidad para disminuir la anemia en etapas de

mayor requerimiento y mayor potencial de mejorar la salud y desarrollo infantil, mujeres en edad fértil y en gestantes, puesto que al deficiente estado nutricional condicionan a partos prematuros, niños con bajo peso al nacer y desnutrición crónica.

- Incremento de la morbilidad: Existe evidencia que las infecciones endémicas en niños -parasitosis y enfermedades infecciosas agudas- promueven la respuesta inflamatoria y, por lo tanto, a que las reservas de hierro disminuyan, incrementando el riesgo de anemia. (18)

H. PREVENCIÓN:

- Alimentación variada que considere la incorporación diaria de alimentos de origen animal ricos en hierro en todos los grupos de edad, especialmente en gestantes, niñas, niños y adolescentes.
- Inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de nacida la niña o niño y de manera exclusiva

hasta los 06 meses y prolongada hasta los 02 años de edad.

- Alimentación complementaria adecuada a partir de los 06 meses de edad, que incluya diariamente alimentos de origen animal ricos en hierro: sangrecita, bazo, hígado y otras vísceras y carnes rojas en general.
- Corte tardío del cordón umbilical (a los 2-3 minutos) después del nacimiento
- Suplementación preventiva con hierro en niñas y niños menores de tres años.
- Control de la parasitosis intestinal: En zonas endémicas de parasitosis, las niñas y niños deberán recibir tratamiento de acuerdo a la normatividad establecida.

2.2.2. HIERRO

A. DEFINICIÓN:

El hierro es un micronutriente esencial para la vida. Es el componente fundamental en la formación de la hemoglobina, que tiene como función transporte de oxígeno a través de la sangre a todos los tejidos. El hierro en el organismo se encuentra formando parte de dos compartimientos: uno funcional, que incluye los diversos compuestos celulares que contienen o requieren hierro, y otro de depósito, el cual constituye la reserva corporal del metal.

B. FUNCIONES:

- Transporte y depósito de oxígeno en los tejidos: El grupo hemo o hem que forma parte de la hemoglobina y mioglobina, está compuesto por un átomo de hierro. Estas son proteínas que transportan y almacenan oxígeno en nuestro organismo. La hemoglobina, proteína de las sangre, transporta el oxígeno desde los pulmones hacia el resto del

organismo. La mioglobina juega un papel fundamental en el transporte y el almacenamiento de oxígeno en las células musculares, regulando el oxígeno de acuerdo a la demanda de los músculos cuando entran en acción.

- Metabolismo de energía: Interviene en el transporte de energía en todas las células a través de unas enzimas llamadas citocromos que tienen al grupo hemo o hem (hierro) en su composición.
- Antioxidante: Las catalasas y las peroxidas son enzimas que contienen hierro que protegen a las células contra la acumulación de peróxido de hidrógeno (químico que daña a las células) convirtiéndolo en oxígeno y agua.
- Síntesis de ADN: El hierro interviene en la síntesis de ADN ya que forma parte de una enzima (ribonucleótido reductasa) que es necesaria para la síntesis de ADN y para la división celular.

- Sistema nervioso: El hierro tiene un papel importante en sistema nervioso central ya que participa en la regulación los mecanismos bioquímicos del cerebro, en la producción de neurotransmisores y otras funciones encefálicas relacionadas al aprendizaje y la memoria como así también en ciertas funciones motoras y reguladoras de la temperatura.

- Detoxificación y metabolismo de medicamentos y contaminantes ambientales : El Citocromo P 450 es una familia de enzimas que contienen hierro en su composición y que participa en la degradación de sustancias propias del organismo (esteroides, sales biliares), como también en la detoxificación de sustancias exógenas, es decir la liberación de sustancias que no son producidas por nuestro organismo.

- Sistema inmune.- La enzima mieloperoxidasa está presente en los neutrófilos que forman parte de las células de la sangre encargadas de defender al

organismo contra las infecciones o materiales extraños. Esta enzima que presenta en su composición un grupo hemo (hierro), produce sustancias (ácido hipocloroso) que son usadas por los neutrófilos para destruir las bacterias y otros microorganismos.

C. CLASIFICACIÓN DEL HIERRO EN LOS ALIMENTOS:

- Hierro Hémico: Forma parte de la hemoglobina y mioglobina de tejidos animales, el cual es absorbido con mucha mayor eficiencia que el hierro no Hémico y más aún porque potencia la absorción del hierro no Hémico. Su porcentaje de absorción, es del 15 al 35 %. La presencia de sustancias inhibidoras o potenciadoras prácticamente no afectan su absorción a excepción del calcio.
- Hierro no Hémico: Proviene del reino vegetal, su bioabsorción es baja de 2% a un 10% y se encuentra en los alimentos vegetales (verduras verde oscuro,

legumbres y menestras, etc.). Además, los taninos presentes en el té, café, cacao, infusiones de hierbas o mates en general, así como las bebidas carbonatadas bloquean de manera importante la absorción del hierro.

D. ALIMENTOS FUENTE DE HIERRO:

CONTENIDO DE HIERRO EN 100gr DE ALIMENTO DE ORIGEN ANIMAL			
Sangre de Pollo	29.5	Pulpa de pavo	3.8
Bazo de res	28.7	Corazón de res	3.6
Morcilla	20.0	Carne de res	3.4
Hígado de cerdo	13.0	Corazón de carnero	2.8
Hígado de res	10.0	Pescados	2.5 - 3.5
Hígado de pollo	8.5	Pulpa de carnero	2.2
Riñón de res	6.8	Pulpa de pato	1.8
Pulmón (bofe) de res	6.5	Pupa de pollo	1.5
Yema de huevo	5.6		

Fuente: *Tabla Peruana de Composición de Alimentos 8va. Edición – CENAN/INS/MINSA. Lima –Perú 2008.*

ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE 6 A 24 MESES PARA PREVENIR LA ANEMIA

EDAD (meses)	CANTIDAD DE COMIDA POR VEZ		
	Medida en cucharadas	Medida en platos o cucharadas	Alimento de origen Animal rico en hierro
6-8	3 a 5	½ plato mediano	1-2 cucharadas*
9-11	5 a 7	¾ de plato mediano	2 cucharadas
12-24	7 a 10	1 plato mediano	2 cucharadas

cual incluye 1 cucharada de alimento de origen animal, cuando consuma 5 cucharadas de papilla debe contener 2 cucharadas de alimento de origen animal.

Fuente: Directiva Sanitaria N° 056- MINS/DGSP 2014 "Directiva Sanitaria que establece la Suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses".

E. ABSORCIÓN DEL HIERRO:

FACILITADORES DE LA ABSORCIÓN DEL HIERRO

- Vitamina C (ácido ascórbico): Aumenta la biodisponibilidad, aun en presencia de factores inhibidores tales como los fitatos, los taninos y el calcio. El ácido ascórbico favorece una condición ácida en el estómago que permite la reducción del hierro y por ende su biodisponibilidad. (19)

- Proteínas de la carne: Además de proveer hierro Hémico (altamente absorbible) favorecen la absorción de hierro no Hémico. El efecto positivo del llamado "factor cárnico "se relaciona específicamente con la

proteína de origen muscular y no con la proteína de origen animal en general, por lo que huevo y leche, por ejemplo, quedan excluidos. El consumo de porciones entre 90 a 100g de carne, pescado y/o pollo, en la comida más importante del día incrementa considerablemente la biodisponibilidad del hierro no hemínico. (19)

- Vitamina A: Se ha propuesto que esta vitamina ayuda en la movilización de las reservas de Fe, así como en la reutilización del mismo para la eritropoyesis. Por otro lado, se ha postulado que la vitamina A como los betacarotenos ayudan a la solubilización del hierro no hemo, contrarrestando así el efecto de algunos inhibidores como los fitatos. (19)

INHIBIDORES DE LA ABSORCIÓN DEL HIERRO

- Ácido fítico (fitatos): Se encuentra en arroz, legumbres y granos enteros. Si bien las legumbres y los cereales tienen alto contenido de hierro no hémico, no se los considera una buena fuente de

hierro ya que también son ricos en fitatos, los que inhiben la absorción del hierro no hémico. No obstante, este efecto puede ser minimizado en presencia de potenciadores de la absorción de hierro como la carne o la vitamina C.

- Polifenoles (Taninos): Se encuentran en algunas frutas, vegetales, café, té (negro, verde) vinos, chocolate, frutos secos y especias (orégano). Pueden inhibir la absorción ya que se combinan con el hierro formando un compuesto insoluble.
- Proteínas vegetales: Las proteínas de la soja (tofu) tiene un efecto inhibitorio en la absorción del hierro no hémico que no depende del contenido de fitatos.
- Calcio: Tiene especial importancia, ya que además de intervenir en la biodisponibilidad de hierro no hemo, interviene también en la biodisponibilidad de hierro hemo. (20)

F. REQUERIMIENTOS DE HIERRO:

La ingesta media de hierro desde los 0-6 meses es de 0.27 mg/día y de los 7 – 12 meses es de 11 mg/día. En el primer año de vida, el recién nacido a término casi duplica sus reservas de hierro y triplica su peso corporal. El aumento de hierro en el cuerpo durante este período se produce principalmente durante los primeros 6 a 12 meses de vida. Y la recomendación de la ingesta media de hierro de 1-3 años es de 7 mg/día y de los 4-8 años es de 10 mg/día. (21)

2.2.3. LACTANCIA MATERNA

El cerebro humano se desarrolla casi completamente durante los 2 primeros años de vida y la leche materna contiene nutrientes esenciales como proteínas de buena calidad, vitaminas y ácidos grasos (que no se encuentran en ningún otro tipo de alimento ya sea de origen animal o vegetal), indispensables para formar bloques de construcción cerebral, permitiendo que el cerebro humano se desarrolle casi en su máxima extensión en esta primera

etapa de la vida. También contienen sustancias que van a inmunizar y proteger al niño contra infecciones y contaminaciones que se presentan a esta edad, haciendo que crezca sano, protegido, inteligente, despierto y lleno de vida.

Los lactantes alimentados con leche materna exclusivamente hasta los seis meses, contraen menos enfermedades y están mejor nutridos que los que reciben otros alimentos. La alimentación con biberón representa una grave amenaza para la vida y la salud de millones de niños.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.

2.2.4. SUPLEMENTACIÓN CON MULTIMICRONUTRIENTES

La suplementación con multimicronutrientes y hierro es una intervención efectiva para mejorar los niveles séricos de hierro con el objetivo de asegurar la reducción de la anemia

en niñas y niños menores de 36 meses de edad y favorecer su crecimiento y desarrollo.(22)

Los Multimicronutrientes, son paquetes de monodosis de hierro y otras vitaminas y minerales en forma de polvos que se pueden esparcir y mezclar con cualquier alimento semisólido listo para consumir elaborado en el hogar o en cualquier otro lugar de consumo. El producto en polvo se utiliza para aumentar el contenido de micronutrientes de la dieta del lactante sin cambiar su régimen alimenticio habitual. La presentación contiene 12.5mg de hierro elemental por sobre, con adición de Vitamina A (300 ug RE), Ácido fólico (160 ug), Vitamina C (30 mg) y Zinc (5 mg).

A. INDICACIONES PARA LA SUPLEMENTACIÓN:

En el establecimiento de salud el personal que contacte primero (triaje, admisión u otro) a la niña y el niño menor de 36 meses, verificará si está recibiendo la suplementación con multimicronutrientes o hierro, según el esquema que le corresponda; de no ser así deriva

inmediatamente al consultorio responsable de la atención integral de salud del niño, para su atención.

En los casos que la niña o el niño no hubieran iniciado la suplementación con multimicronutrientes a los 6 meses de edad, se deberá iniciar la suplementación a cualquier edad, dentro del rango de edad recomendado (6 a 35 meses inclusive).

B. ESQUEMA DE SUPLEMENTACIÓN:

En niñas y niños nacidos con bajo peso al nacer (menor de 2,500 gr.) o prematuros (menor de 37 semanas):

- Primer esquema:

Fase 1: Desde los 30 días de vida hasta cumplir los 5 meses de edad reciben 2 mg. de hierro elemental / kg. de peso/día, por vía oral (en soluciones gotas orales).

Fase 2: A partir de los 6 meses o cuando inicie la alimentación complementaria hasta los 11 meses recibe 01 sobre de Multimicronutrientes por día durante 6 meses continuos.

- **Segundo esquema:**

A partir de los 18 hasta los 23 meses recibe 01 sobre de Multimicronutrientes por día durante 6 meses continuos.

- **Tercer esquema:**

A partir de los 30 hasta los 35 meses recibe 01 sobre de Multimicronutrientes por día durante 6 meses continuos.

En niñas y niños nacidos a término (mayor de 37 semanas) y con peso igual o mayor a 2,500 gramos:

- **Primer Esquema** : Desde 6 a 11 meses.

- **Segundo esquema** : Desde 18 a 23 meses.

- **Tercer esquema** : Desde 30 a 35 meses.

Si el dosaje de Hg al finalizar cada esquema es ≥ 11 g/dl el niño o niña pasa a periodo de descanso (6 meses).

Si el dosaje de hemoglobina al finalizar el esquema resulta < 11 g/dl se procederá a derivar a medicina. Donde el

medico podrá realizar exámenes auxiliares que crea conveniente y determinar la continuidad con multimicronutrientes según la evolución de la Hb alcanzada.

ESQUEMA DE SUPLEMENTACIÓN

CONDICIÓN DEL NIÑO	PRESENTACIÓN DEL HIERRO	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS A ADMINISTRAR POR VÍA ORAL POR DÍA	DURACIÓN DE SUPLEMENTACIÓN
Niñas y niños nacidos con bajo peso y/o prematuros	Gotas Sulfato ferroso: 25 mg Fe elemental / 1 ml Frasco por 30 ml.	Desde los 30 días hasta antes de cumplir los 6 meses	2 mg hierro elemental/kg/día	Suplementación diaria hasta antes de cumplir los 6 meses
	Multimicronutrientes Sobre de 1 gramo en polvo	Desde 6 a 18 meses	1 sobre diario	Suplementación diaria durante 12 meses continuos (360 sobres)
Niñas y niños nacidos a término , con adecuado peso al nacer	Multimicronutrientes Sobre de 1 gramo en polvo	A partir de los 6 meses	1 sobre diario	Suplementación diaria durante 12 meses continuos (360 sobres)

Fuente: Directiva Sanitaria N° 056- MINSA/DGSP 2014 "Directiva Sanitaria que establece la Suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses".

C. INDICACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL SUPLEMENTO DE MULTIMICRONUTRIENTES EN POLVO:

- En el plato servido, separar dos cucharadas de la comida de la niña o niño. El alimento debe encontrarse tibio y ser de consistencia espesa o sólida, según la edad de la niña o niño.
- Mezclar bien el total del contenido del sobre de multimicronutrientes con las 2 cucharadas de comida separadas.
- Primero alimentar al niño con esta mezcla y luego, continuar con el resto del plato servido.

2.2.5. NIÑO LACTANTE Y PREESCOLAR

Niño Lactante:

Se considera lactante al niño que su principal alimento es la leche. Lo más sobresaliente de esta etapa, es el rápido crecimiento y desarrollo general y especializado que sigue una dirección céfalocaudal, resultando que el lactante

duplica su peso a los cuatro meses y lo triplica a los doce. La superficie corporal y la talla se duplican al año y a los cuatro años, respectivamente. La capacidad gástrica, de 50 cm cúbicos al nacer se triplica a los tres meses, alcanzando al año de edad los 300 ml.

Otra característica del lactante , es la rápida maduración motora; al segundo mes de vida es capaz de liberar la nariz y la boca cuando se les coloca en decúbito ventral; al tercer mes, levanta la cabeza hasta la posición erguida; a los cinco, reconoce objetos y trata de tomarlos , se mantiene sentado con ayuda; a los seis meses , puede cambiar de decúbito dorsal a decúbito abdominal ; del séptimo al octavo mes de vida , se sienta solo y se mantiene por más de diez minutos; gatea entre el octavo y noveno ; inicia la bipedestación con ayuda y a los doce o quince meses , inicia la marcha solo.

Este desarrollo motor va paralelo con el desarrollo intelectual y afectivo y el lactante supera la adaptación del recién nacido, logrando las habilidades que le permiten

iniciar la adquisición del significado del mundo y de sí mismo.

A los tres meses ocurre el primer nivel organizador del lactante con una sonrisa social; es capaz de emitir sonidos; a los ocho, pronuncia consonantes repetidas como ma-má , ne-ne ; a los diez meses , es menos dependiente de la presencia física de la madre e inicia el balbuceo. A los doce meses inicia el tercer nivel organizador con el “no” en sentido semántico de tal.

Al terminar la lactancia, surge la capacidad de discriminar las distancias, volúmenes, colores; es capaz de emitir sonidos, entendiendo parte del lenguaje hablado participando con el uso del no. Termina de ser lactante, cuando la leche ya no es su alimento predominante.

Niño Preescolar:

Durante el tercero, cuarto y quinto años de la vida, el niño gana dos kilogramos de peso por años, y de 6 a 8 cm. De talla, esto es constante. A los 36 meses, tiene su dentición

completa; maneja la cuchara, controla el esfínter vesical y anal; puede subir escaleras, saltar, brincar con un solo pie; domina el lenguaje hablado distinguiendo persona, género y número.

2.2.6. EL NIÑO Y SU RELACIÓN A LA ALIMENTACIÓN:

En los primeros años de la vida se consolida la estructura básica del cerebro puesto que las mayores aceleraciones en su desarrollo se dan en los primeros años. Entre los 0 y 36 meses se generan 700 conexiones neuronales por segundo y es a partir de los 5 años que se produce una poda de ellas. Paradójicamente esta etapa es también la de mayor vulnerabilidad frente a los efectos del entorno y la calidad de las experiencias que las niñas y niños acumulan desde la gestación hasta sus primeros años de vida.

El contenido de hierro cerebral va aumentando a lo largo de la infancia hasta alcanzar los niveles del adulto tras la pubertad. Está implicado en múltiples procesos del sistema nervioso: síntesis de ATP, neurotransmisión y formación de

mielina, siendo esencial para la adecuada neurogénesis y la diferenciación de ciertas regiones cerebrales.

Los estudios realizados sustentan la hipótesis de que la ferropenia puede causar alteraciones en el desarrollo cognitivo , motor y de la conducta ; incluso se ha relacionado también con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad , con el síndrome de las piernas inquietas , espasmos del sollozo , pausas de apnea, desajustes en el patrón del sueño y accidentes cerebrovasculares.

Igualmente se tienen evidencias suficientes que la anemia ferropénica en el lactante y niño menor de 2 años se relaciona con alteraciones en el desarrollo madurativo, peores puntuaciones en los test de función cognitiva y comportamiento, así como con alteraciones sobre la fisiología auditiva y visual.

2.2.7. CONOCIMIENTO:

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

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

Según Mario Bunge, el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados e inexactos, en base a ello se tipifica al conocimiento en: conocimiento científico y conocimiento vulgar. El primero lo identifica como un contenido racional, analítico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia, y al conocimiento vulgar como un conocimiento vago, inexacto limitado a la observación. (23)

Kant, en su teoría de conocimiento refiere que este está determinado por la intuición sensible y los conceptos, distinguiéndose dos tipos de conocimientos, el puro o priori que se desarrolla antes de la experiencia y el empírico el cual es elaborado después de la experiencia.

A. NIVELES DE CONOCIMIENTO:

- Conocimiento Vulgar: Los conocimientos se adquieren en forma espontánea o natural, están estrechamente vinculados con los impulsos más elementales del hombre, sus intereses y sentimientos y por lo general se refieren a problemas inmediatos que la vida le

plantea. El sujeto trabaja con intuiciones vagas y razonamientos no sistemáticos, ganados un poco al azar. La organización metódica y sistemática del conocimiento permite pasar del saber vulgar al científico.

- Conocimiento Científico: Se caracteriza por ser selectivo, metódico y sistemático, se basa constantemente en la experiencia y busca explicar racionalmente los fenómenos. Lo cual le da un carácter riguroso y objetivo, y hace que el, sin perder su esencia teórica, sea eficaz instrumento de dominio de la realidad. La ciencia es un saber que se apoya en observaciones metódicas en procesos racionales claramente definidos, precisos y ordenados. En este aspecto el conocimiento filosófico es exactamente igual al científico, con la diferencia que aborda problemas más difíciles de resolver, objetos más huidizos a la captación y además aplica permanentemente la crítica a sus propios métodos y principios.

- Conocimiento Filosófico: Esclarece el trabajo de las ciencias y describe su fundamento de verdad; pone además a prueba todas las certezas y nos instruye sobre los alcances de nuestro saber. Se caracteriza por ser eminentemente problemático y crítico, incondicionado y de alcance universal, cuyos temas de investigación van más allá de la experiencia; ganando así un nivel superior de racionalidad gracias a la cual el hombre intenta dar una explicación integral del mundo y de la vida.(24)

Los niveles de conocimiento considerados para la evaluación de la unidad en estudio (las madres de niños de 6 a 35 meses) son los siguientes:

- Conocimiento Alto: Cuando en la madre, se evidencia, un grado de comprensión superior u óptima sobre determinado tema.
- Conocimiento Medio: Cuando en la madre, se evidencia, un grado de comprensión aceptable o que no es totalmente correcto sobre determinado tema.

- Conocimiento Bajo: Cuando en la madre, se evidencia, un grado de comprensión incorrecto sobre determinado tema.

B. PROCESO DEL CONOCIMIENTO:

En el proceso que describe Lenin; los teóricos distinguen tres momentos:

- El primer momento; la observación viva, consiste en la exposición de los órganos sensoriales al mundo externo para obtener sensaciones y percepciones.
- El segundo momento; en el proceso de abstracción se ordenan los datos obtenidos; organizándose en base a experiencias, se realizan en el pensamiento, en donde se analizan y sintetizan a través de un proceso de abstracción.
- El tercer momento; la práctica científica implica la confrontación del pensamiento abstracto con la realidad a través de la práctica científica, para

enriquecer y si es preciso cambiar el conocimiento de acuerdo con la realidad concreta.

2.2.8. PRÁCTICAS

En cuanto al marco conceptual de práctica se le define como sinónimo de experiencia. Para que el ser humano ponga en práctica cierto tipo de conocimientos, sea este científico o vulgar; es necesario en primera instancia un primer acercamiento, contacto directo mediante el uso de sentidos y conducta psicomotriz, es decir, el experimento. No puede haber prácticas de tal o cual conocimientos si antes no se obtiene la experiencia. Esta es evaluada objetivamente mediante la observación de las habilidades psicomotrices del sujeto, independientemente es evaluada por conducta psicomotriz referida por el sujeto para el logro de los objetivos.

Del 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.

Según Honorio, La práctica debe entenderse en primera instancia como la exposición reiterada a una situación concreta (estímulo) y luego como la repetición de una respuesta consistente frente a ella, la cual puede ser observada.

La influencia de la madre en la alimentación del niño es decisiva, por lo que la dieta constituye una de las muchas responsabilidades que los padres tienen hacia sus hijos, sobre todo en los primeros años de 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.

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.

❖ **Prácticas Alimenticias:**

Las practicas alimenticias, son la aplicación de los conocimientos adquiridos a través de la experiencia y se traduce en acciones asociadas a la alimentación pudiendo ser valoradas a través de la observación del contenido de los alimentos que brindan; o expresada por la madre por medio del Lenguaje.

La categorización de las prácticas consideradas para la evaluación de la unidad en estudio (las madres de niños de 6 a 35 meses) son las siguientes:

- Prácticas adecuadas: Cuando en la madre se evidencia un grado de destreza realizada en forma correcta en un determinado contexto.
- Prácticas medianamente adecuadas: Cuando en la madre se evidencia un grado de destreza aceptable o que no es totalmente correcto en un determinado contexto.
- Prácticas inadecuadas: Cuando en la madre se evidencia un grado de destreza realizada en forma incorrecta en un determinado contexto.

2.2.9. RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA

Cuando Mario Bunge nos habla del conocimiento científico nos dice: que una de sus características es que sus enunciados tienen la facultad de ser verificables con la experiencia y que solo ella puede decirnos si una hipótesis relativa a ciertos hechos materiales es adecuado o no. Además agrega que la experiencia le ha enseñado a la humanidad que el conocimiento del hecho no es

convencional, que si se busca la comprensión y el control de los hechos debe partirse de la experiencia de cada uno.

Según el diccionario filosófico de Rossental M. define al conocimiento como un “proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica”. En el proceso del conocimiento, el hombre adquiere saber, se asimila conceptos acerca de los fenómenos reales, va comprendiendo el mundo circundante. Dicho saber se utiliza en la actividad práctica para transformar el mundo, para subordinar la naturaleza a las necesidades del ser humano. El conocimiento y la transformación práctica de la naturaleza y de la sociedad son dos facetas de un mismo proceso histórico, que se condicionan y se penetran recíprocamente. (27)

2.2.10. TEORIA DE ENFERMERÍA: NOLA J. PENDER “MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD”:

El modelo de Nola J. Pender “Promoción de la 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. Tiene como base la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, donde enfatiza la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de la conducta y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather donde afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad.

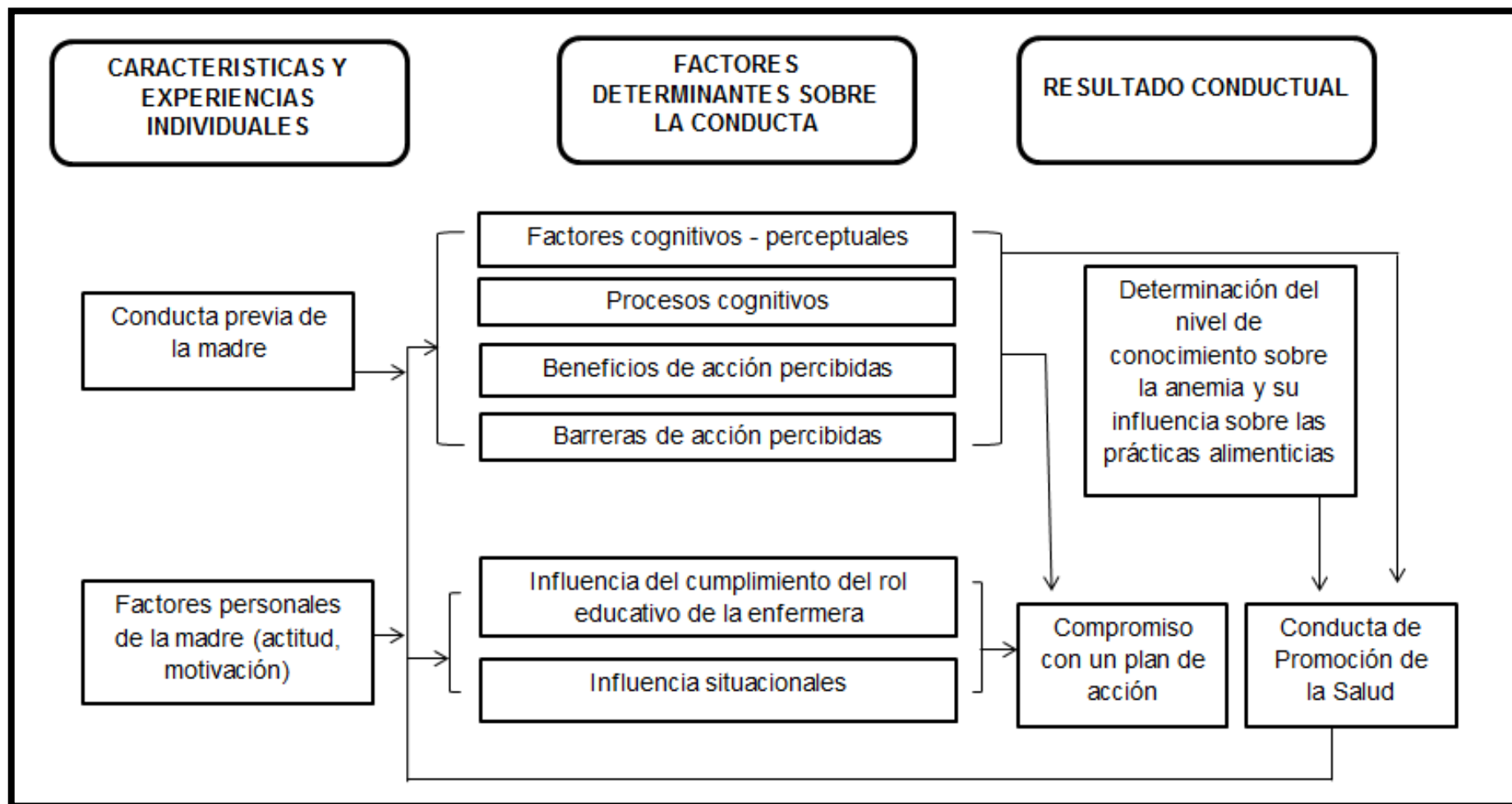
El modelo “Promoción de la Salud” de Nola Pender (1996) expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud. (28)

El modelo de “Promoción de la Salud” plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, éste es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.

Pender N., identifica los factores cognitivos y perceptuales como los principales determinantes de la conducta de la promoción de la salud, de acuerdo a este planteamiento podemos decir que el nivel de conocimiento de las madres acerca de la prevención de la anemia ferropénica es un factor determinante en el estado nutricional del niño de 6 a 35 meses, el hecho de que la enfermedad y las medidas preventivas sean conocidas por el individuo produce una conducta promotora de salud, los cuales se relacionan con las prácticas alimenticias adecuadas en las madres acerca de la prevención de Anemia Ferropénica en niños de 6 a 35 meses de edad; y el hecho de desconocer y no practicar las medidas preventivas generaría una conducta de riesgo. Como refiere la Doctora Nola Pender, las características y

experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos a un estado altamente positivo llamado salud.

DIAGRAMA RESUMEN DEL ABORDAJE DEL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD SOBRE LA ANEMIA FERROPÉNICA Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS ALIMENTICIAS



2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS:

- **Conocimiento:** Un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vagos e inexactos.
- **Prácticas Alimenticias:** Es la aplicación de los conocimientos adquiridos a través de la experiencia y se traduce en acciones asociadas a la alimentación pudiendo ser valoradas a través de la observación y del contenido de los alimentos que brindan; o expresada por medio del Lenguaje.
- **Prevención de la Anemia Ferropénica:** Medidas y un conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer la anemia ferropénica.
- **Anemia Ferropénica:** Es la disminución de los niveles de hemoglobina y del número de glóbulos rojos por debajo de los niveles considerados normales seguido de una disminución de la concentración de hierro en el organismo.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 MATERIAL Y MÉTODOS:

El presente estudio de investigación se realizó en base al enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal, de tipo descriptivo correlacional.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

❖ POBLACIÓN:

La población de estudio estuvo constituida por 52 madres de niños de 6 a 35 meses de edad que se encuentran registrados en el Padrón Nominal de Niños Menores de 5 Años del C.S. Candarave , hasta el III trimestre del 2015.

❖ **MUESTRA:**

Se trabajó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, siendo en total 50 madres de niños de 6 a 35 meses de edad, las cuales fueron encuestadas.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Madres que acepten voluntariamente a ser parte del estudio.
- Madres de niños de 6 a 35 meses de edad que acudan al control de Crecimiento y Desarrollo del Niño del C.S Candarave.
- Madres con asistencia regular a los controles de CRED.
- Madres de niños aparentemente sanos.
- Madres que hablen castellano.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Las madres que se rehusaron a participar en el estudio.
- Madres con asistencia irregular a los controles de CRED.
- Madres con algún trastorno o alteración mental.
- Madres que tengan limitaciones para comunicarse (sordomudos).

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo el presente estudio de investigación la técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumento de medición el cuestionario, (*VER ANEXO N°1*) el cual consta de preguntas para evaluar el CONOCIMIENTO y la otra parte , según escala de tipo Likert , para las PRÁCTICAS ALIMENTICIAS , ambos validados respectivamente por los expertos.

Cuestionario modificado: Elaborado por Lic. Diana Cori Llanque, y modificado por el investigador del presente estudio, detallado a continuación:

El instrumento consta de las siguientes partes:

- ❖ **Primera parte:** Presentación, instrucciones, datos generales en relación a la madre, como: edad, número de hijos, grado de instrucción, ocupación, estado civil, procedencia; y también se consideró la edad del niño.

- ❖ **Segunda parte:** Consta de un contenido de 16 preguntas para determinar el nivel de conocimiento en las madres de niños 6 a

35 meses, los cuales se han formulado con respuestas cerradas con alternativa múltiple.

El número de ítems de acuerdo a las dimensiones son:

- Anemia Ferropénica: 1, 2, 3, 4, 5
- Hierro en la dieta: 6, 7, 8, 9, 10, 11
- Suplementación: 12,13,14,15,16

Para medir la variable de nivel de conocimiento se asignó un puntaje de 2 puntos a las repuestas correctas y 0 puntos a las incorrectas haciendo un máximo de 32 puntos y un mínimo de 0 puntos, se determinó a través del método de Sturges en las siguientes categorías: (*VER ANEXO N° 5*)

PARA LOS CONOCIMIENTOS: Total 32p (16 ítems)

- Conocimiento alto: 22 – 32 puntos.
- Conocimiento medio: 12 – 21 puntos
- Conocimiento bajo: 0 – 11 puntos

Asimismo cada dimensión tiene un puntaje o sub escala:

ANEMIA FERROPÉNICA: Total 10p (5 ítems)

- Conocimiento alto: 8 – 10 puntos.
- Conocimiento medio: 4 – 7 puntos
- Conocimiento bajo: 0 – 3 puntos

HIERRO EN LA DIETA: Total 12p (6; ítems)

- Conocimiento alto: 9 - 12 puntos.
- Conocimiento medio: 5 – 8 puntos
- Conocimiento bajo: 0 – 4 puntos

SUPLEMENTACIÓN: Total 10p (5; ítems)

- Conocimiento alto: 8 – 10 puntos
- Conocimiento medio: 4 – 7 puntos
- Conocimiento bajo: 0 – 3 puntos

❖ **Tercera parte:** Se aplicó de acuerdo a la escala de Likert, consta de un contenido de 10 enunciados para determinar las prácticas alimenticias en las madres de niños 6 a 35 meses de los cuales 08 enunciados son positivos y 02 negativos:

En enunciado positivo: En enunciados 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9,10

- Siempre (S) : 4 Puntos
- Frecuentemente (F) : 3 Puntos
- Algunas Veces (AV) : 2 Puntos
- Raras Veces (RV) : 1 Puntos
- Nunca (N) : 0 Puntos

En enunciado negativo: En enunciados 5 y 8

- Siempre (S) : 0 Puntos
- Frecuentemente (F) : 1 Puntos
- Algunas Veces (AV) : 2 Puntos
- Raras Veces (RV) : 3 Puntos
- Nunca (N) : 4 Puntos

A través del método de Sturges se determinan las siguientes categorías: (VER ANEXO N° 5)

PARA LAS PRÁCTICAS: total 40p (10 ítems)

- Practicas Adecuadas: 28 - 40 puntos.
- Practicas medianamente adecuadas: 14 – 27 puntos
- Practicas Inadecuadas: 0 – 13 puntos

Asimismo cada dimensión tiene un puntaje o sub escala:

HIERRO EN LA DIETA: total 20p (5; ítems)

- Practicas Adecuadas: 14 - 20 puntos.
- Practicas medianamente adecuadas: 8 – 13 puntos
- Practicas Inadecuadas: 0 – 7 puntos

SUPLEMENTACIÓN: total 20p (5; ítems)

- Practicas Adecuadas: 14 - 20 puntos.
- Practicas medianamente adecuadas: 8 – 13 puntos
- Practicas Inadecuadas: 0 – 7 puntos

Validez: Para la validación del instrumento estos fueron sometidos a juicio de expertos en el tema, en los cuales incluye dos profesionales de enfermería expertos en la materia, un docente y un estadístico, cuyas opiniones, recomendaciones y sugerencias contribuyeron a la mejora de los instrumentos. (VER ANEXO N° 3)

Prueba Piloto: Se aplicó el cuestionario a 15 madres de niños menores de 6 a 35 meses de edad que acudieron al control de crecimiento y desarrollo del C.S. Tarata , con el objetivo de reajustar la redacción y la comprensión de los ítems del instrumento a utilizar y de esta manera poder darle la confiabilidad adecuada al instrumento.

Confiabilidad: Para nuestro caso se utilizó el coeficiente Alpha de Crombach. Para el Nivel de Conocimientos según sus dimensiones se obtuvieron valores de 0.790, 0.818 y 0.888 y para las Practicas Alimenticias se obtuvo los valores de 0.753 y 0.835 según sus dos dimensiones, lo cual nos indica que el instrumento empleado presenta un grado de confiabilidad aceptable. (VER ANEXO N° 4)

3.4 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El proceso de recolección de datos se realizó previa autorización del gerente del C.S. Candarave mediante una carta de presentación donde se dio a conocer el estudio de investigación, los objetivos y el tiempo que duraría la recolección de datos.

El cuestionario fue reproducido tomando en cuenta los resultados de la prueba piloto, así como la prueba de validez y confiabilidad.

Los datos fueron recolectados a través de Visitas Domiciliarias y en el consultorio de CRED del C.S. Candarave, informando y orientando a la madre acerca del instrumento previa a su aplicación. (VER ANEXO N° 2)

3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez obtenida la información se ordenó y codificó los datos, luego se elaboró una base de datos en el programa Excel de Microsoft Windows 2010; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21.0.

En el análisis univariado se utilizó estadística descriptiva (frecuencia absoluta, frecuencia relativa simple y acumulada).

Para el análisis bivariado entre el nivel de conocimiento y prácticas alimenticias acerca de la prevención de anemia ferropénica, se utilizó el test estadístico Chi cuadrado. Se consideró un nivel de confianza del 95% y un valor $p < 0.05$.

Para la presentación de información, se generaron cuadros de contingencia de una y doble entrada, basado en los objetivos de la investigación, con sus respectivos gráficos.

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

En este capítulo se presentan las siguientes tablas y gráficos estadísticos elaborados a partir de la información obtenida durante la investigación, respondiendo de esa manera a los objetivos e hipótesis planteadas en esta tesis.

TABLA N° 01
RESUMEN POR PREGUNTAS SEGÚN CUESTIONARIO DE
CONOCIMIENTOS

ITEMS	A		B		C		D		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
P 01	01	2,0	42	84,0	03	6,0	04	8,0	50	100
P 02	37	74,0	01	2,0	07	14,0	05	10,0	50	100
P 03	01	2,0	02	4,0	46	92,0	01	2,0	50	100
P 04	0	0	0	0	47	94,0	03	6,0	50	100
P 05	0	0	0	0	46	92,0	04	8,0	50	100
P 06	03	6,0	43	86,0	01	2,0	03	6,0	50	100
P 07	05	10,0	0	0	43	86,0	02	4,0	50	100
P 08	35	70,0	10	20,0	01	2,0	04	8,0	50	100
P 09	01	2,0	33	66,0	11	22,0	05	10,0	50	100
P 10	03	6,0	29	58,0	01	2,0	17	34,0	50	100
P 11	06	12,0	09	18,0	32	64,0	03	6,0	50	100
P 12	01	2,0	04	8,0	43	86,0	02	4,0	50	100
P 13	0	0	09	18,0	41	82,0	0	0	50	100
P 14	01	2,0	47	94,0	01	2,0	01	2,0	50	100
P 15	03	6,0	11	22,0	03	6,0	33	66,0	50	100
P 16	08	16,0	02	4,0	13	26,0	27	54,0	50	100

Nota: "P" significa la PREGUNTA de la encuesta de Conocimientos.

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

TABLA N° 02

**CONOCIMIENTO SOBRE LA ANEMIA QUE TIENEN LAS MADRES
EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS
DE 6 A 35 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL
C.S. CANDARAVE - TACNA 2015**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	%
BAJO	02	4,0%
MEDIO	14	28,0%
ALTO	34	68,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

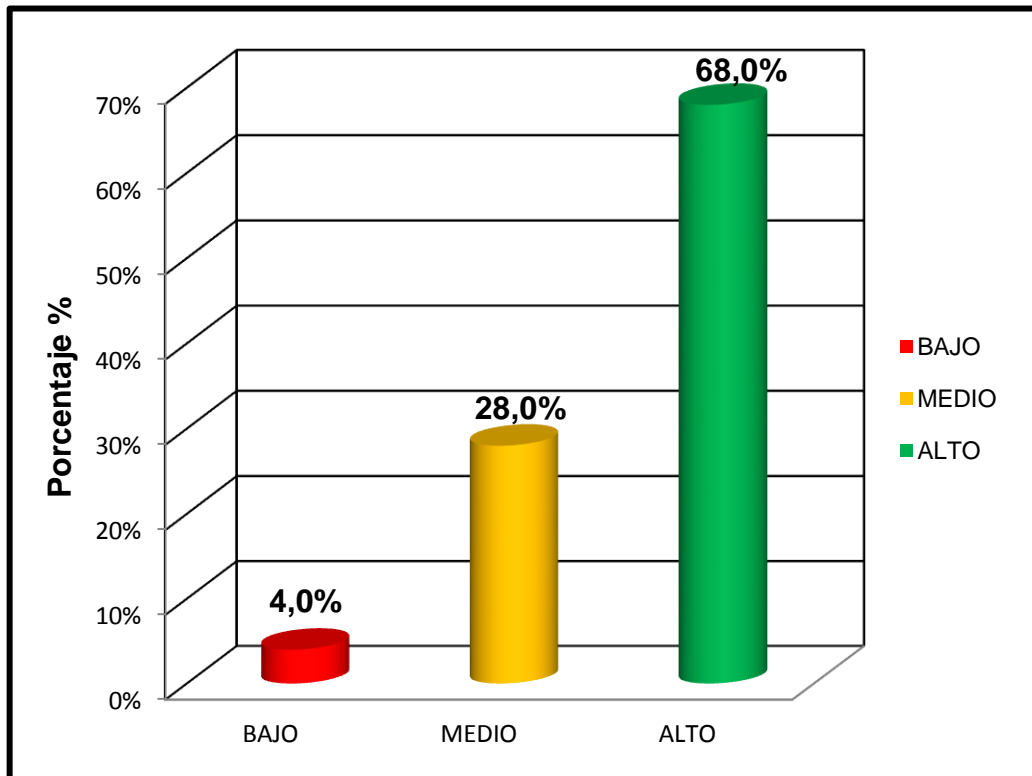
Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

INTERPRETACIÓN:

De la Tabla N° 02, sobre el *NIVEL DE CONOCIMIENTO*, se observa que el 68,0% de las madres presentan un nivel alto; seguido por el 28,0% con un nivel de conocimiento medio y el nivel bajo está representado por una minoría con el 4,0%.

GRÁFICO N° 02

CONOCIMIENTO SOBRE LA ANEMIA QUE TIENEN LAS MADRES EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL C.S. CANDARAVE - TACNA 2015



Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

TABLA N° 03

**CONOCIMIENTO SEGÚN DIMENSIÓN ANEMIA QUE TIENEN LAS
MADRES EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA
EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD QUE ACUDEN
AL C.S. CANDARAVE - TACNA 2015**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	%
BAJO	02	4,0%
MEDIO	05	10,0%
ALTO	43	86,0%
TOTAL	50	100,0%

***Fuente:** Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.*

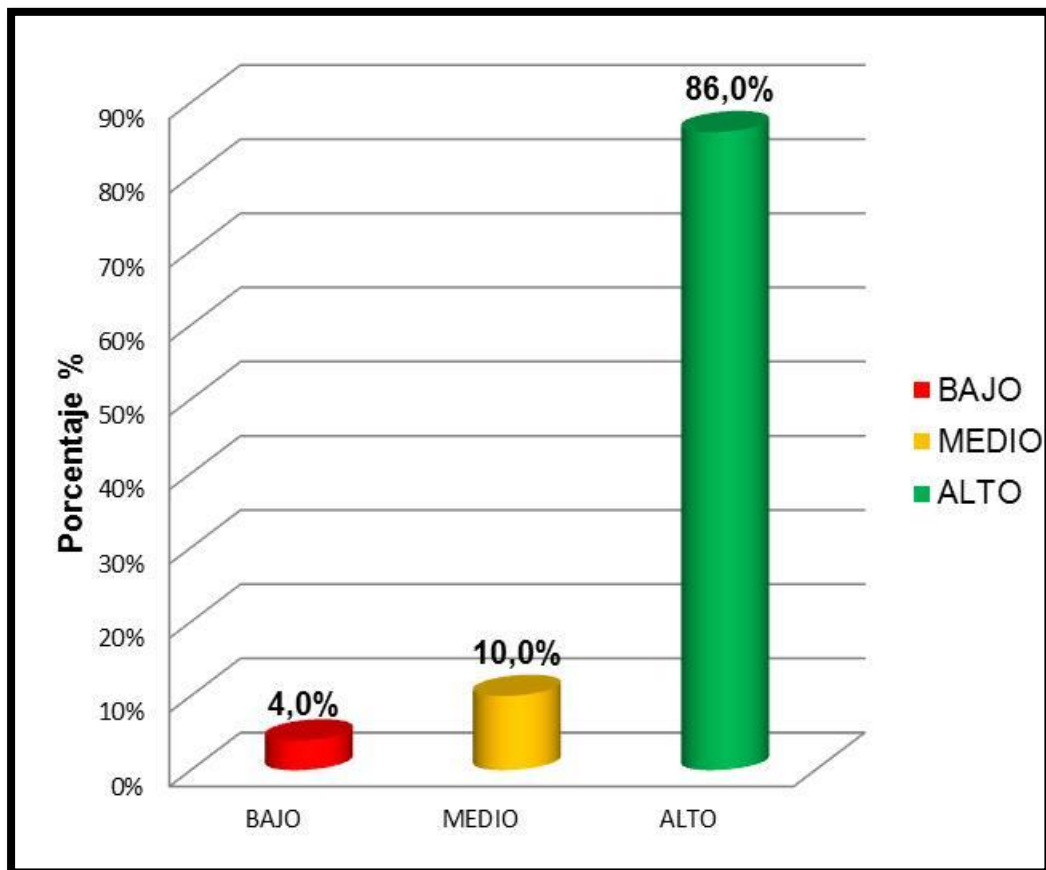
***Elaborado por:** Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.*

INTERPRETACIÓN:

En la presente Tabla N° 03, se aprecia que el nivel de conocimiento de las madres en la *Dimensión de Anemia*, es de 86,0% en el nivel alto, seguido de un nivel medio con el 10,0% y un nivel bajo con 4,0%.

GRÁFICO N° 03

CONOCIMIENTO SEGÚN DIMENSIÓN ANEMIA QUE TIENEN LAS MADRES EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL C.S. CANDARAVE - TACNA 2015



Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

TABLA N° 04

**CONOCIMIENTO SEGÚN DIMENSIÓN HIERRO EN LA DIETA QUE
TIENEN LAS MADRES EN LA PREVENCIÓN DE LA
ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6 A 35
MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL C.S.
CANDARAVE - TACNA 2015**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	%
BAJO	08	16,0%
MEDIO	17	34,0%
ALTO	25	50,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

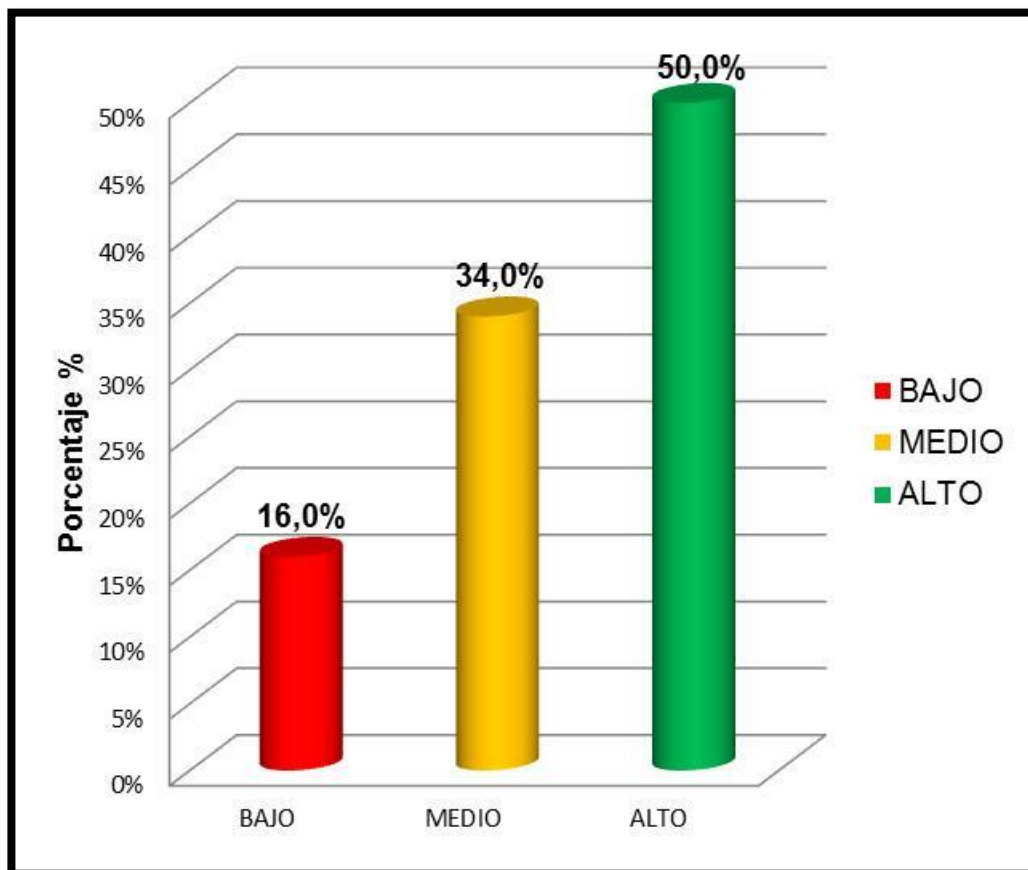
Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N° 04, observamos el nivel de conocimiento en la *Dimensión de Hierro en la Dieta*, que de 50 madres encuestadas prevalece el nivel alto con 50,0%; seguido de un nivel medio con 34,0% y un nivel bajo con 16,0%.

GRÁFICO N° 04

CONOCIMIENTO SEGÚN DIMENSIÓN HIERRO EN LA DIETA QUE TIENEN LAS MADRES EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL C.S. CANDARAVE - TACNA 2015



Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

TABLA N° 05

**CONOCIMIENTO SEGÚN DIMENSIÓN SUPLEMENTACIÓN QUE
TIENEN LAS MADRES EN LA PREVENCIÓN DE LA
ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6 A 35
MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL C.S.
CANDARAVE - TACNA 2015**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	%
BAJO	03	6,0%
MEDIO	36	72,0%
ALTO	11	22,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

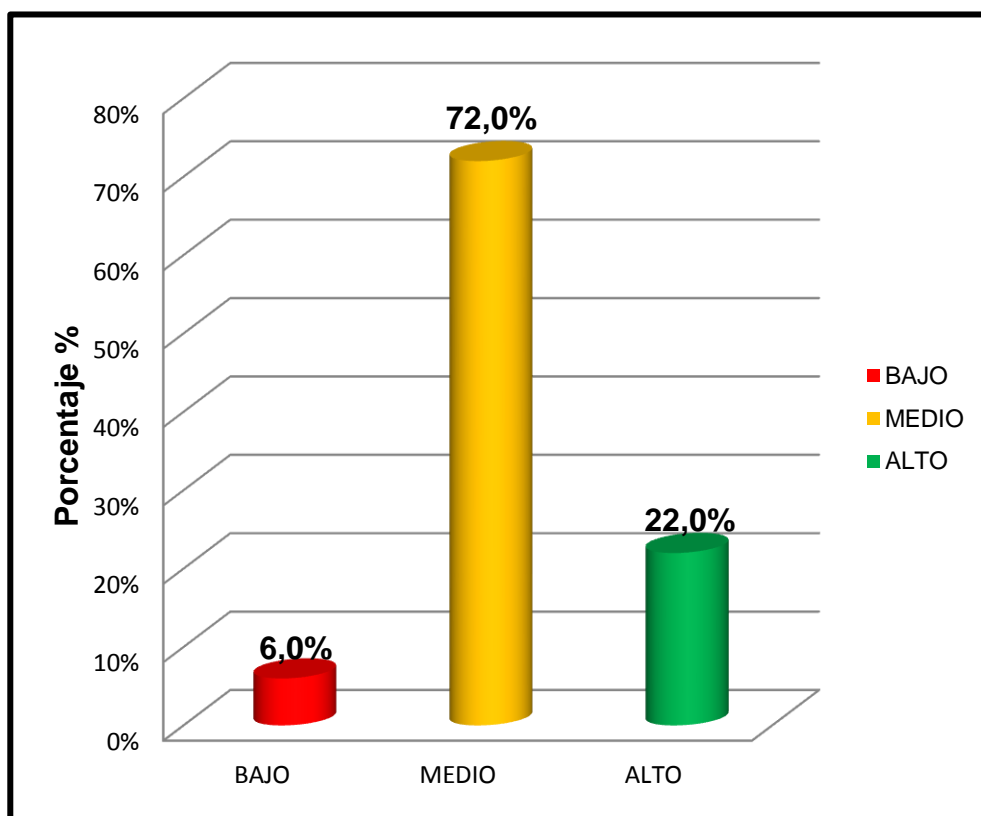
Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N° 05, se aprecia el nivel de conocimiento en la *Dimensión de Suplementación*, que de 50 madres encuestadas prevalece el nivel medio con el 72,0%; seguido de un nivel alto con el 22,0% y un nivel bajo con 6,0%.

GRÁFICO N° 05

CONOCIMIENTO SEGÚN DIMENSIÓN SUPLEMENTACIÓN QUE TIENEN LAS MADRES EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL C.S. CANDARAVE - TACNA 2015



Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

TABLA N° 06
RESUMEN POR PREGUNTAS SEGÚN CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS ALIMENTICIAS

ITEMS	S		F		AV		RV		N		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
P 01	19	38,0	20	40,0	09	18,0	02	4,0	0	0	50	100
P 02	08	16,0	13	26,0	18	36,0	09	18,0	02	4,0	50	100
P 03	25	50,0	22	44,0	03	6,0	0	0	0	0	50	100
P 04	04	8,0	06	12,0	18	36,0	21	42,0	01	2,0	50	100
P 05	03	6,0	06	12,0	10	20,0	20	40,0	11	22,0	50	100
P 06	09	18,0	16	32,0	14	28,0	10	20,0	01	2,0	50	100
P 07	11	22,0	25	50,0	12	24,0	02	4,0	0	0	50	100
P 08	0	0	01	2,0	17	34,0	22	44,0	10	20,0	50	100
P 09	29	58,0	16	32,0	02	4,0	02	4,0	01	2,0	50	100
P 10	23	46,0	17	34,0	06	12,0	03	6,0	01	2,0	50	100

Nota: "P" significa la PREGUNTA de la encuesta de Prácticas Alimenticias.

Fuente: Encuesta de Prácticas Alimenticias aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

TABLA N° 07

**PRÁCTICAS ALIMENTICIAS QUE TIENEN LAS MADRES EN LA
PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE
6 A 35 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL C.S.
CANDARAVE - TACNA 2015**

PRÁCTICAS ALIMENTICIAS	FRECUENCIA	%
Inadecuadas	02	4,0%
Medianamente Adecuadas	22	44,0%
Adecuadas	26	52,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Prácticas Alimenticias aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

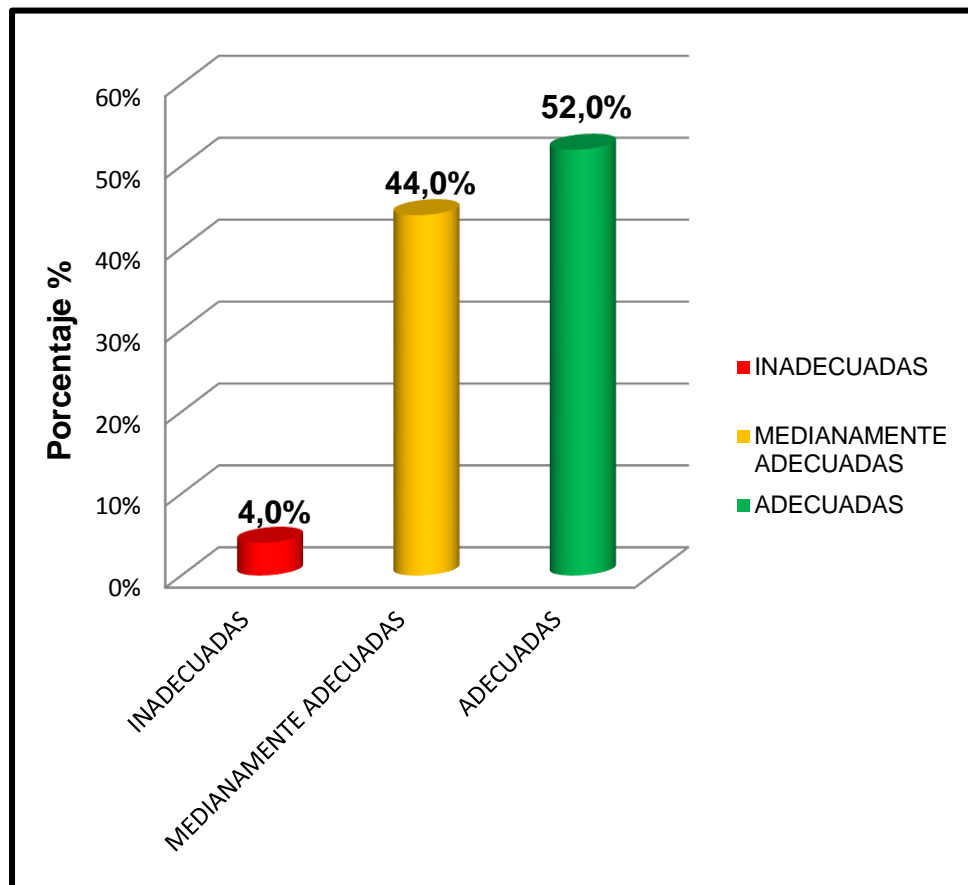
Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla N° 07, sobre las *PRÁCTICAS ALIMENTICIAS* de las madres, se observa que el 52,0% tienen prácticas adecuadas; el 44,0% presenta prácticas medianamente adecuadas, mientras que las prácticas inadecuadas representan la minoría con el 4,0 %.

GRÁFICO N° 07

PRÁCTICAS ALIMENTICIAS QUE TIENEN LAS MADRES EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL C.S. CANDARAVE - TACNA 2015



Fuente: Encuesta de Prácticas Alimenticias aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

TABLA N° 08

**PRÁCTICAS ALIMENTICIAS SEGÚN DIMENSIÓN HIERRO EN LA
DIETA QUE TIENEN LAS MADRES EN LA PREVENCIÓN
DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE
6 A 35 MESES DE EDAD QUE ACUDEN
AL C.S. CANDARAVE - TACNA 2015**

PRÁCTICAS ALIMENTICIAS	FRECUENCIA	%
Inadecuadas	03	6,0%
Medianamente Adecuadas	25	50,0%
Adecuadas	22	44,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Prácticas Alimenticias aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

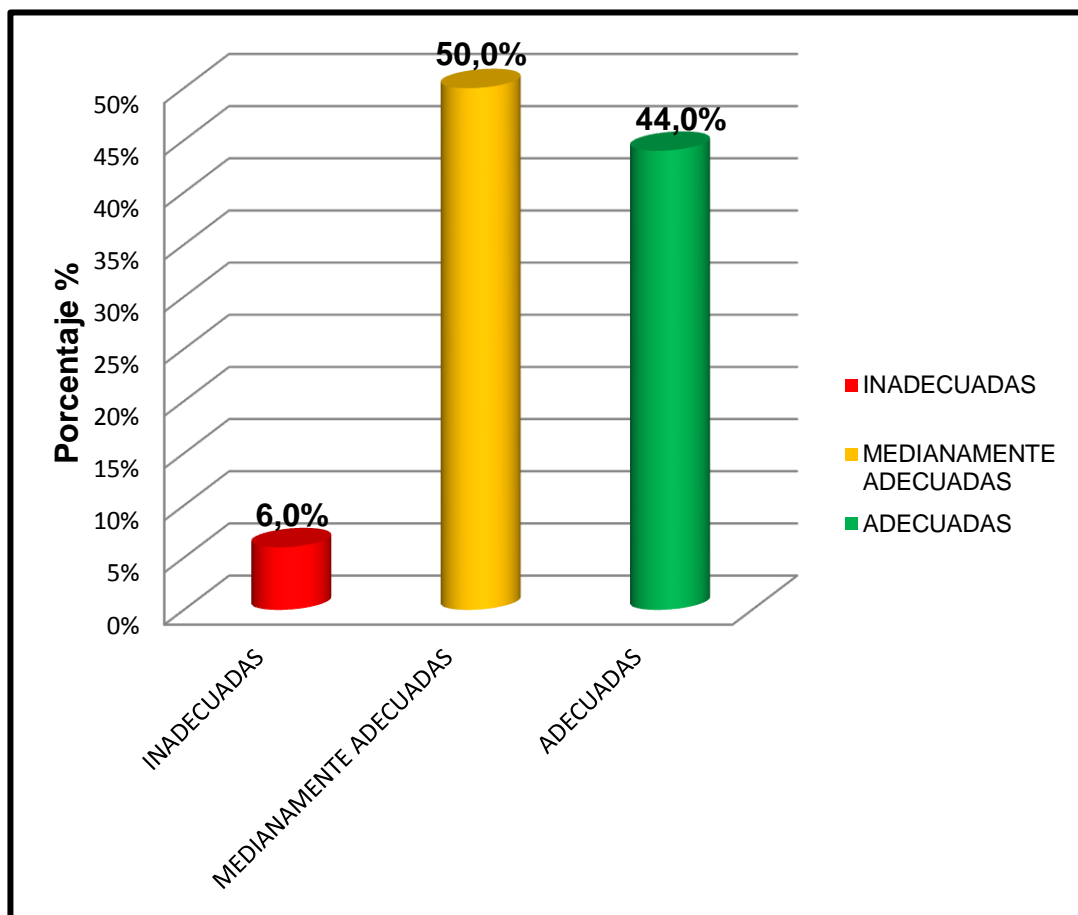
Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 08, se observa las prácticas en la *Dimensión de Hierro en la Dieta*, que de 50 madres encuestadas prevalecen las prácticas medianamente adecuadas con el 50,0%, seguido de las prácticas adecuadas con el 44,0% y las prácticas inadecuadas representan la minoría con el 6,0%.

GRÁFICO N° 08

**PRÁCTICAS ALIMENTICIAS SEGÚN DIMENSIÓN HIERRO EN LA
DIETA QUE TIENEN LAS MADRES EN LA PREVENCIÓN
DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE
6 A 35 MESES DE EDAD QUE ACUDEN
AL C.S. CANDARAVE - TACNA 2015**



Fuente: Encuesta de Prácticas Alimenticias aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

TABLA N° 09

PRÁCTICAS ALIMENTICIAS SEGÚN DIMENSIÓN SUPLEMENTACIÓN QUE TIENEN LAS MADRES EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL C.S. CANDARAVE - TACNA 2015

PRÁCTICAS ALIMENTICIAS	FRECUENCIA	%
Inadecuadas	03	6,0%
Medianamente Adecuadas	13	26,0%
Adecuadas	34	68,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Prácticas Alimenticias aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

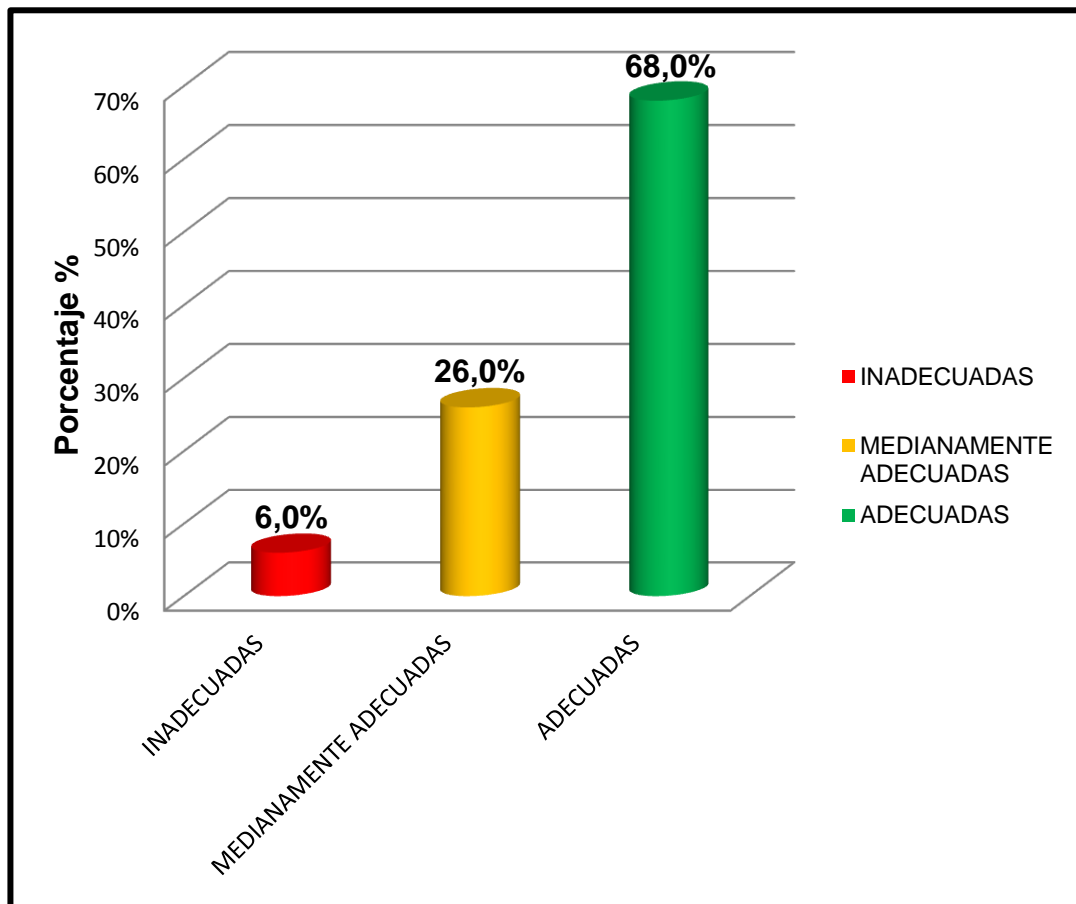
Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 09, se observa las prácticas en la *Dimensión de Suplementación*, que de 50 madres encuestadas prevalecen las prácticas adecuadas con el 68,0%, seguido de las prácticas medianamente adecuadas con el 26,0% y las prácticas inadecuadas representan la minoría con el 6,0%.

GRÁFICO N° 09

PRÁCTICAS ALIMENTICIAS SEGÚN DIMENSIÓN SUPLEMENTACIÓN QUE TIENEN LAS MADRES EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL C.S. CANDARAVE - TACNA 2015



Fuente: Encuesta de Prácticas Alimenticias aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

TABLA N° 10

RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LAS PRÁCTICAS ALIMENTICIAS QUE TIENEN LAS MADRES EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL C.S. CANDARAVE – TACNA 2015

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PRACTICAS ALIMENTICIAS						TOTAL	
	Inadecuada		Medianamente Adecuada		Adecuada		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Bajo	0	0.0%	1	2.0%	1	2.0%	2	4.0%
Medio	0	0.0%	11	22.0%	3	6.0%	14	28.0%
Alto	2	4.0%	10	20.0%	22	44.0%	34	68.0%
TOTAL	2	4.0%	22	44.0%	26	52.0%	50	100.0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos y Prácticas aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave-2015

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

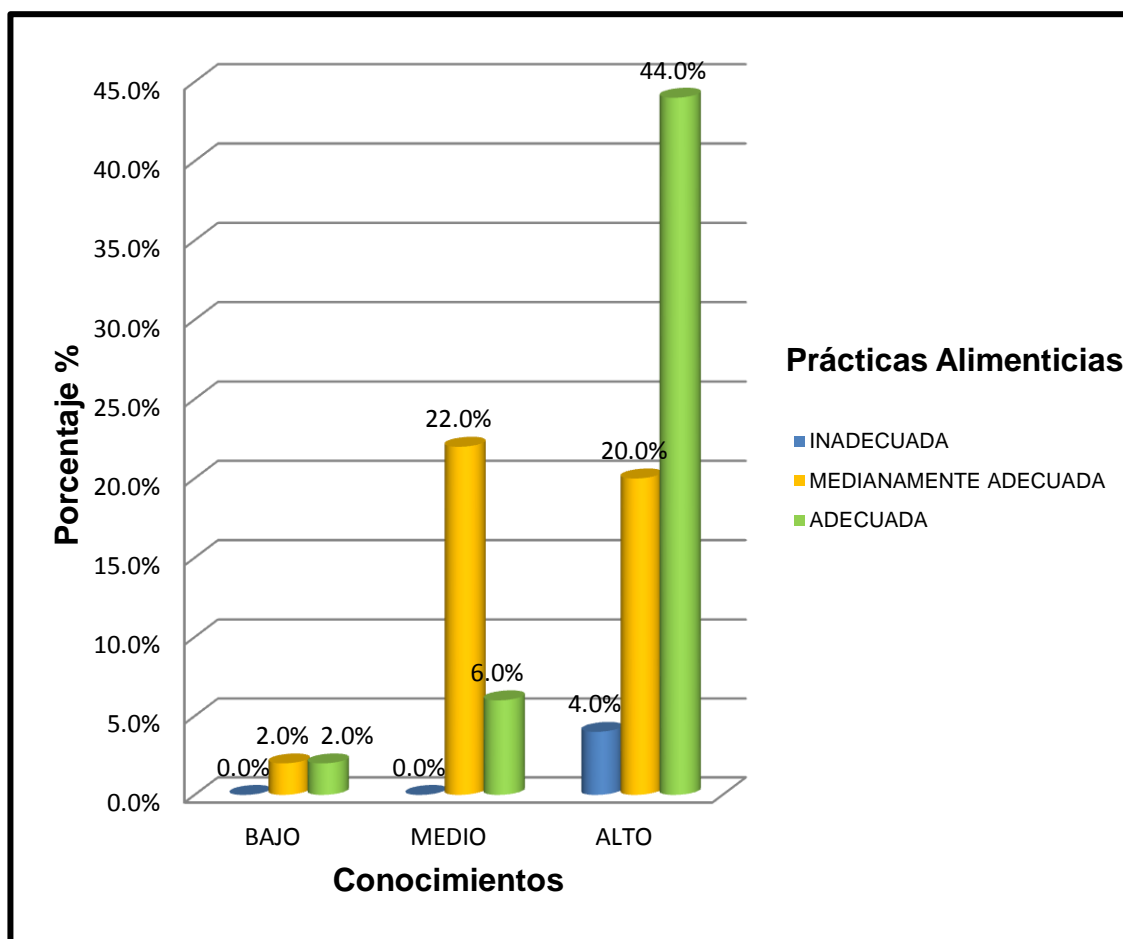
INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 10, se presenta la información sobre la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas alimenticias, para el caso en estudio se utilizó la distribución muestral chi - cuadrado, dando como resultado estadístico el chi-cuadrado calculado (χ^2_c) mayor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($12,701 > 9,488$), entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. **$X^2=12,701$; $G.L=4$ $P<0,05$.**

Se observa que del 68,0% de madres con nivel de conocimiento alto, el 44,0% presentan prácticas adecuadas, el 20,0% presentan prácticas medianamente adecuadas y el 4,0% presentan prácticas inadecuadas. Del 28,0% de madres con nivel de conocimiento medio, el 22,0 % presentan prácticas medianamente adecuadas; el 6,0 % presentan prácticas adecuadas y 0% presentan prácticas inadecuadas. Y del 4,0% de madres con nivel de conocimiento bajo, el 2,0% presentan prácticas adecuadas y medianamente adecuadas e inadecuadas con el 0%.

GRÁFICO N° 10

RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LAS PRÁCTICAS ALIMENTICIAS QUE TIENEN LAS MADRES EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL C.S. CANDARAVE – TACNA 2015



Fuente: Encuesta de Conocimientos y Prácticas aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave-2015

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

TABLA N° 11

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS QUE TIENEN LAS
MADRES DE NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD QUE
ACUDEN AL C.S. CANDARAVE-
TACNA 2015**

EDAD DE LA MADRE	N°	%
Adolescente (12 a 17)	03	6,0
Joven (18 a 29)	31	62,0
Adulto (30 a 59)	16	32,0
TOTAL	50	100,0

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Primaria Incompleta	04	8,0
Primaria Completa	07	14,0
Secundaria Incompleta	06	12,0
Secundaria Completa	26	52,0
Superior Técnica/ Profesional Incompleta	02	4,0
Superior Técnica /Profesional Completa	05	10,0
TOTAL	50	100,0

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	07	14,0
Conviviente	32	64,0
Casada	10	20,0
Separada/Divorciada	01	2,0
TOTAL	50	100,0

OCUPACIÓN	N°	%
Ama de casa	30	60,0
Comerciante	05	10,0
Agricultor/Ganadero	10	20,0
Dependiente	05	10,0
TOTAL	50	100,0

PROCEDENCIA	N°	%
Candarave	36	72,0
Tacna	03	6,0
Moquegua	01	2,0
Puno	07	14,0
Otros	03	6,0
TOTAL	50	100,0

N° DE HIJOS	N°	%
1 hijo	18	36,0
2 hijos	20	40,0
3 hijos	09	18,0
4 hijos	01	2,0
5 hijos	01	2,0
6 hijos	01	2,0
TOTAL	50	100,0

Fuente: Encuesta de Conocimientos y Prácticas aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave-2015

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

4.2. DISCUSIÓN:

Objetivo N° 01 (Tablas N° 2, 3, 4 y 5).- Los resultados obtenidos sobre el nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 35 meses de edad acerca de la prevención de la anemia ferropénica, se obtuvo que el 68,0% presentan un nivel de conocimiento alto, el 28,0% presentan un nivel de conocimiento medio y el 4,0% de las madre tienen un nivel de conocimiento bajo, siendo este la minoría.

Los resultados obtenidos difieren con el trabajo de investigación realizado por Márquez J., donde concluyó que el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre la Anemia Ferropénica es de nivel “medio” (62.5%), seguido de un nivel alto (22.32%) y un nivel de conocimiento bajo representado por el 15.18%.

También es discordante con el estudio realizado por Céspedes M., entre sus conclusiones sostuvo que del 100% de madres encuestadas, el 40,0% de las madres presentan un conocimiento “medio” con tendencia a “Bajo”, ya que desconocen el significado del hierro, las causa y consecuencia de la anemia ferropénica, lo que es un indicador negativo en la prevención de la anemia.

Por otro lado la presente investigación se respalda con el estudio realizado por Honore J., quien concluyó que el 75,0% de las madres tienen un nivel de conocimiento adecuado y un 25,0% tienen un nivel de conocimiento inadecuado sobre los alimentos fuente de hierro.

Además el presente trabajo de investigación también se respalda con los datos obtenidos por Cori D., quien afirma que más de la mitad de las madres de los niños de 6 a 24 meses presentaron un nivel de conocimiento alto (64.2%) en la prevención de la anemia ferropénica.

Entonces podemos concluir que el profesional de enfermería tiene un compromiso y rol muy importante en la implementación de las actividades educativas de aprendizaje, el cual favorecerá en la modificación de conductas, actitudes y motivaciones hacia el accionar y que promoverá la salud. Esto se ve reflejado en los resultados obtenidos donde las madres en su mayoría presentan un nivel de conocimiento alto (68,0%) acerca de la prevención de la anemia ferropénica y tomando en cuenta sus dimensiones (anemia, hierro en la dieta y suplementación) la mayoría de madres

presentan un nivel de conocimiento alto , lo cual constituye un factor favorable ya que ello significa que las madres cuentan con los conocimientos elementales, lo que a su vez evitaría que el niño tenga un mayor riesgo de presentar esta enfermedad.

Objetivo N° 02 (Tablas N° 7 , 8 y 9).- Sobre las Prácticas Alimenticias de las madres de niños de 6 a 35 meses de edad en la prevención de la anemia ferropénica , se obtuvo que el 52,0% tienen prácticas adecuadas, seguido de prácticas medianamente adecuadas con el 44,0%, mientras que las practicas inadecuadas representa la minoría con el 4,0%.

Estos resultados se respaldan con el obtenido por Céspedes M., quien determinó que del 100% de madres encuestadas, el 52,0% realizan una adecuada práctica alimenticia para la prevención de la anemia ferropénica, el cual consiste en brindarles en su dieta mínimo 3 veces por semana alimentos que contengan grandes cantidades de hierro (carne, pescado, vísceras) y que a su vez reciban alimentos que permitan su absorción (Vitamina C).

Los resultados obtenidos con respecto a las Prácticas Alimenticias difieren con los resultados de Cori D., quien obtuvo en su trabajo de investigación que las madres de niños de 6 a 24 meses tuvieron prácticas medianamente adecuadas (46.3%) en la prevención de 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 cierto tipo de conocimientos, sea este científico o vulgar; es necesario en primera instancia un primer acercamiento, contacto directo mediante el uso de sentidos y conducta psicomotriz, es decir, el experimento. No puede haber prácticas de tal o cual conocimientos si antes no se obtiene la experiencia. (11)

Estos hallazgos nos permiten deducir que la práctica es uno de los instrumentos importantes en el accionar de la madre para la prevención de la anemia ferropénica ; según nuestros resultados existe un gran porcentaje de madres que presentan prácticas alimenticias adecuadas (52,0%), el cual refleja que el personal de enfermería se ha visto involucrado y ha sido responsable en el fomento de la adopción de conductas saludables en las madres

para la prevención de esta deficiencia nutricional , pero cabe destacar que existe una proporción importante de madres con prácticas medianamente adecuadas (44,0%), ello constituye un riesgo, exponiéndose a la probabilidad de adquirir la anemia ferropénica.

Objetivo N° 03 (Tabla N° 10).- Presenta la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas alimenticias, se obtuvo que del 68,0% de las madres con nivel de conocimiento alto, el 44,0 % presentan prácticas adecuadas, el 20,0% prácticas medianamente adecuadas y el 4,0 % presentan prácticas inadecuadas. Del 28,0 % de madres con nivel de conocimiento medio, el 22,0% presentan prácticas medianamente adecuadas, seguido del 6,0% con prácticas adecuadas y el 0% presentó prácticas inadecuadas. Y por último el 4,0% de madres con nivel de conocimiento bajo, el 2,0% presentan prácticas adecuadas y medianamente adecuadas e inadecuadas con el 0%, obteniéndose que existe una relación significativa entre ambas variables, en las madres de niños de 6 a 35 meses de edad, aceptándose la hipótesis alternativa y cumpliéndose con el objetivo general de la presente investigación.

Estos resultados obtenidos se respaldan con los resultados obtenidos por Cori D. quien comprobó que existe una relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas alimenticias acerca de la prevención de anemia ferropénica.

El modelo de Pender N., “Promoción de la 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. Identifica los factores cognitivos y perceptuales como los principales determinantes de la conducta de la promoción de la salud. (43)

De lo mencionado en las bases teóricas se puede concluir que el nivel de conocimiento en las madres acerca de la prevención de la anemia ferropénica de niños de 6 a 35 meses va vinculado con la práctica, esto queda también demostrado en la presente investigación, por ello es muy importante que en el profesional de enfermería persista con el fortalecimiento de la función educativa, lo cual garantizará que las prácticas sean adecuadas, así se llegue a atenuar la probabilidad de adquirir la anemia ferropénica.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, llegamos a las siguientes conclusiones:

- Que más de la mitad de las madres de niños de 6 a 35 meses presentaron un nivel de conocimiento alto (68,0%) para la prevención de anemia ferropénica.
- Referente a las prácticas alimenticias, las madres de niños de 6 a 35 meses tienen prácticas adecuadas (52,0%) para la prevención de la anemia ferropénica.
- Se determinó que existe una relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas alimenticias en madres de niños de 6 a 35 meses para la prevención de la anemia ferropénica que acuden al C.S. Candarave, aceptando la hipótesis alternativa en la presente investigación ($X^2= 12,701$; $p < 0,05$).

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que los profesionales de enfermería como responsables de la atención integral del Niño, tomen en cuenta el presente trabajo de investigación y los resultados obtenidos con el fin de continuar fortaleciendo las acciones educativas y las acciones preventivo – promocionales de atención primaria en el primer nivel de atención, fundamentalmente a las madres y cuidadoras(es) de niños menores de 5 años , sobre los conocimientos y prácticas alimenticias en la prevención de la Anemia Ferropénica para así evitar consecuencias futuras en el desarrollo y crecimiento del niño.
- También se recomienda al profesional de Enfermería, a través de los resultados obtenidos, tomar decisiones respecto a mejorar los programas educativos, brindar nuevas alternativas con el fin de fortalecer y mejorar las acciones que permitan abordar a las madres a través de diferentes estrategias , con el fin de poder disminuir la Anemia Ferropénica en nuestro país.

- Además, sabiendo que las madres asumen el rol principal del cuidado y son las responsables de velar por su bienestar, se recomienda que las madres tomen conciencia del empoderamiento que brinda el conocimiento y los beneficios que reciben sus niños cuando reciben una adecuada alimentación por parte de sus cuidadoras, reduciendo significativamente el riesgo de enfermar con anemia ferropénica.
- Se sugiere socializar el presente trabajo de investigación a fin de conocer la problemática a profundidad y de buscar estrategias que solucionen este problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Documento Técnico Plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país, periodo 2014 -2016. Perú: MINSA; 2014.
2. Organización Mundial de la Salud. Worldwide Prevalence of Anemia 1993-2005. Ginebra: OMS; 2008.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014. Perú: INEI; 2014.
4. Dirección Regional de Salud Tacna, Oficina de Informática/ Telecomunicaciones y Estadística. Anemia en niños menores de 5 años por edad y distrito de residencia habitual 2013. Tacna, Perú: DIRESA; 2013.
5. Ministerio de trabajo y promoción del Empleo. Diagnóstico Socioeconómico Laboral de la Región de Tacna 2012. Disponible en: http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/estadisticas/peel/osel/2014/Tacna/ESTUDIO/ESTUDIO_012014_OSEL_TACNA.pdf

6. Informe de Evaluación Nutricional y Dosaje de Hemoglobina a niños menores de cinco años en la línea fina. Mayo- Junio 2014. Candarave, Tacna-2014
7. Unigarro A. Conocimientos, aptitudes y prácticas de las madres acerca de la anemia por deficiencia de hierro en niños de 5 a 12 años de edad que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Básico San Gabriel de la ciudad de San Gabriel, provincia del Carchi, periodo 2009-2010 (trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería). Ibarra, Ecuador: universidad Técnica del Norte; 2010.
8. Márquez J. Nivel de conocimientos sobre la anemia ferropénica en las madres de niños de 1-12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas, 2007 (trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería) Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
9. Céspedes M. Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Materno Infantil tablada de Lurín 2010 (trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.

10. Honore J. Relación del nivel de conocimiento de las madres sobre los alimentos fuente de hierro y el resultado de hemoglobina de los niños menores de 1 año C.S. San Francisco Tacna–2011 (trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería). Tacna, Perú: editorial: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2011.
11. Cori D. Conocimientos y prácticas alimenticias acerca de la prevención de anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al C.S. San Francisco Tacna - 2010 (trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería). Tacna, Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2014.
12. Organización Mundial de la Salud. El uso clínico de la sangre en medicina, obstetricia, pediatría y neonatología, cirugía y anestesia, trauma y quemaduras. Londres: OMS; 2001. Disponible en: http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/Manual_S.pdf
13. Ministerio de Salud. Hierro. Lima, Perú: MINSA; 2007. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/archivos/HIERRO.pdf>

14. Pérez G1, Vittori D, Pregi N, Garbossa G, Nesse A. Homeostasis del hierro Mecanismos de absorción, captación celular y regulación. Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana 2005; 39(3): 309. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53539305>
15. Freire WB. La anemia por deficiencia de hierro: estrategias de la OPS/OMS para combatirla. Salud Pública Mex. 1998; 40(2):200
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10640212>
16. Organización Mundial de la Salud. Sistema de información nutricional sobre vitaminas y minerales. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra: OMS; 2011.
Disponible en: http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf
17. Organización mundial de la salud. La anemia como centro de atención hacia un enfoque integrado para el control eficaz de la anemia. OMS; 2004.
18. Ministerio de Salud. Documento Técnico Lineamientos de Gestión de la Estrategia y Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable. Lima, Perú: MINSA; 2011.

19. Gonzales R. biodisponibilidad del hierro. Rev Costarric Salud Pública. 2005; 14(26). Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292005000100003
20. Urdampilleta A, Martínez J, González P. Intervención dietético nutricional en la prevención de la deficiencia de hierro. Nutr Diet Hosp. 2010; 30(3): 32.
21. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niñas , Niños y Adolescentes en Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención. Lima, Perú: MINSA; 2014. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM028-2015-MINSA_guia.pdf
22. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria que establece la Suplementación con Multimicronutrientes y Hierro para la Prevención de Anemia en Niñas y Niños menores de 36 meses. Lima, Perú: MINSA; 2014. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/Nutriwawa/directivas/001DS_Suplem_MultiMicro.pdf

23. Bunge M. La ciencia, su Método y Filosofía. 31ª ed. Buenos Aires Argentina: Editorial Flama; 1995.
24. Salazar A. "El punto de vista filosófico". Ediciones el Alce Lima -Perú 1988
25. Capacute K. Relación entre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes de la Microred Cono Sur Tacna 2012 (trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería). Tacna, Perú: editorial: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2012.
26. Hill Z, Kirkwood B, Edmont K. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño: Evidencia de las intervenciones. Washington: OPS; 2005.
27. Rosental M, Ludin P. Diccionario filosófico. Montevideo: Ediciones Pueblos Unidos; 1959.
28. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid, España: Diorki Servicios; 1999.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO N° 01

CUESTIONARIO

ANEXO N° 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO N° 03

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ANEXO N° 04

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

ANEXO N° 05

ASIGNACIÓN DE PUNTAJES AL INSTRUMENTO

ANEXO N° 06

TABLAS SEGÚN CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

ANEXO N° 07

TABLAS SEGÚN CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS ALIMENTICIAS

ANEXO N° 08

MATRIZ DE CONSISTENCIA



ANEXO N° 01

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO

Buenos días, mi nombre es Nelly Garcia Mamani, soy egresada de la Escuela de Enfermería de la UNJBG, el presente cuestionario es parte del estudio de investigación titulado “Conocimiento sobre la Anemia y su relación con las Prácticas alimenticias que tienen las madres en la prevención de la Anemia Ferropénica en niños de 6 a 35 meses de edad”, que acuden a este establecimiento de salud , por lo cual le pido a Ud. responder con sinceridad las siguientes preguntas. Las respuestas son anónimas y la información brindada es confidencial. MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

I. DATOS GENERALES

DATOS DE LA MADRE

1. Edad de la Madre:.....

2. Número de hijos:

3. Grado de Instrucción:

a. Analfabeta

b. Primaria Incompleta () Completa ()

c. Secundaria Incompleta () Completa ()

d. Superior técnica/profesional Incompleta () Completa ()

4. Ocupación:

- a. Ama de casa
- b. Comerciante
- c. Agricultor/Ganadero
- d. Dependiente

5. Estado Civil:

- a. Soltera
- b. Conviviente
- c. Casada
- d. Separada/divorciada

6. Procedencia:

- a. Candarave
- b. Tacna
- c. Moquegua
- d. Puno
- e. Otros

DATOS DEL NIÑO

1. Edad de su Niño(a):
2. Le realizaron a su niño(a) en este año el examen de laboratorio para descartar de anemia: SI () NO ()
3. Le dijeron que su niño tiene anemia: SI () NO ()
4. Sabe el Resultado: SI ()..... NO ()

II. CONOCIMIENTO

1. Sabe Ud. ¿Qué es la anemia?

- a. Es la disminución del azúcar en la sangre.
- b. Es la disminución de la hemoglobina en la sangre.
- c. Es la disminución del colesterol en la sangre.
- d. No sabe.

2. ¿Por qué se enferma un niño con anemia?

- a. Por consumir alimentos pobres en hierro.
- b. Por consumir alimentos ricos en carbohidratos.
- c. Por consumir alimentos en mal estado.
- d. No sabe

3. Ud. ¿Cómo reconocería a un niño con anemia?

- a. Por presentar tos con flema y fiebre.
- b. Por presentar dolor de estómago y vómitos.
- c. Por su palidez, aumento del sueño e irritabilidad.
- d. No sabe.

4. ¿Qué consecuencias trae la anemia?

- a. Aumento del apetito y peso del niño.
- b. Hiperactividad y disminución del sueño.
- c. Retrasa el crecimiento /desarrollo y disminuye las defensas.
- d. No sabe

5. ¿Qué examen de laboratorio confirma que el niño tiene anemia?

- a. Examen de colesterol
- b. Examen de glucosa
- c. Examen de hemoglobina

d. No sabe

6. ¿Por qué es importante el hierro en la alimentación de su niño?

- a. Previene la caries dental.
- b. Previene la anemia ferropénica.
- c. Previene la obesidad infantil.
- d. No sabe

7. De los siguientes alimentos ¿Cuál de ellos tiene más contenido de hierro?

- a. Lentejas, brócoli, acelga.
- b. Leche, queso, huevo.
- c. Sangrecita, bazo, espinaca.
- d. No sabe

8. ¿En qué tipos de alimentos el hierro es mejor absorbido?

- a. Alimentos de origen Animal
- b. Alimentos de origen Vegetal
- c. Alimentos Procesados
- d. No sabe

9. ¿Qué alimentos o bebidas SI favorecen la absorción del hierro?

- a. Café, té, mates
- b. Jugo de naranja, limonada, papaya
- c. Leche, queso, yogurt
- d. No sabe

10. ¿Qué alimentos o bebidas NO favorecen la absorción del hierro?

- a. Carnes, pescado
- b. Café, té, mates

- c. Limonada, jugo de naranja
- d. No sabe

11. ¿Hasta qué edad debe continuar brindándole leche materna a su niño?

- a. Hasta los 6 meses
- b. Hasta los 1 año
- c. Hasta los 2 años
- d. No sabe

12. ¿Con qué frecuencia le debe dar a su niño las chispitas nutricionales?

- a. 2 veces a la semana
- b. Interdiario
- c. Todos los días
- d. No sabe

13. ¿En qué preparaciones se debe dar las chispitas nutricionales (multimicronutrientes)? Mezclado con:

- a. Agua, jugos
- b. Caldos, sopas
- c. Papillas, segundos
- d. No sabe

14. ¿A qué temperatura se deben mezclar las chispitas nutricionales con los alimentos?

- a. Alimentos calientes.
- b. Alimentos tibios.
- c. Alimentos fríos

d. No sabe

15. Si su niño recibe tratamiento con antibióticos ¿Cuánto tiempo debe esperar para volverle a dar las chispitas nutricionales?

a. Inmediatamente

b. Después de 1 semana

c. Después de 1 mes

d. No sabe

16. ¿Por cuántos meses continuos debe consumir su niño las chispitas nutricionales (multimicronutrientes) para prevenir la anemia?

a. Por 3 meses

b. Por 6 meses

c. Por 12 meses

d. No sabe

III. PRÁCTICAS:

Para cada uno de los siguientes enunciados marque con un "X" la opción que mejor describa su situación.

Escala:

- S = SIEMPRE
- F = FRECUENTEMENTE
- AV = ALGUNAS VECES
- RV = RARAS VECES
- N = NUNCA

Nº	ENUNCIADOS	S	F	AV	RV	N
HIERRO EN LA DIETA						
1	Le brinda al niño en el almuerzo sangrecita de pollo, bazo, hígado, carne o pescado todos los días.	4	3	2	1	0
2	Le brinda al niño en el almuerzo menestras como las lentejas, porotos, arvejas, pallares por lo menos 3 veces a la semana.	4	3	2	1	0
3	Prepara todos los días el almuerzo de su niño por lo menos con 2 cucharadas de alimentos de origen animal.	4	3	2	1	0
4	Después de brindarle alimentos ricos en hierro a su niño(a) le da alimentos como papaya Y/O bebidas como jugo de naranja, limonada.	4	3	2	1	0
5	Después de brindarle alimentos ricos en hierro a su niño(a) le da inmediatamente después mates o te.	0	1	2	3	4
SUPLEMENTACION						
6	Le da a su niño las chispitas nutricionales (multimicronutrientes) todos los días.	4	3	2	1	0
7	Le da las chispitas nutricionales mezclado con alimentos de consistencia espesa o sólida.	4	3	2	1	0
8	Le da las chispitas nutricionales mezclado con caldos, sopas y jugos.	0	1	2	3	4
9	Le brinda las chispitas nutricionales mezclado con alimentos tibios.	4	3	2	1	0
10	Le da todo el contenido del sobre de las chispitas nutricionales.	4	3	2	1	0

ANEXO N° 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada CONOCIMIENTO SOBRE LA ANEMIA Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS ALIMENTICIAS QUE TIENEN LAS MADRES EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL C.S. CANDARAVE – TACNA 2015.

Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigadora utilizará adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confidencialidad.

FIRMA

DNI:

ANEXO N°03

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

CONOCIMIENTO SOBRE LA ANEMIA Y SU RELACIÓN CON LAS PRÁCTICAS ALIMENTICIAS QUE TIENEN LAS MADRES EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL C.S. CANDARAVE -TACNA 2015

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una “X” en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?.					
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?					
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.					
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?.					
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					X
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?				X	
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					X
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?				X	
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?					X
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					X
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.					X
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					X
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?					X
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? <i>pregunta N° 4 - Consistencia de la escala incluir otros ítems</i> <i>recomendación: eliminar ítems E, H, O y P.P.I. a modificar</i> <i>pregunta N° 3 = Si se lo permite</i>					

[Firma]
 Dr. Nicolás Álvarez, Nicolás
 ENFERMERA
 CEP 48237

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?				X	
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?				X	
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					X
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					X
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?					X
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					X
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.					X
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					X
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?.					X
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					

J. C. Jarama
 Dra. Ingrid M. P. Jarama T
 CE 218558

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					X
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					X
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					X
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					X
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?				X	5
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					X
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.					X
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					X
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?					X
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? <i>Diferenciar la pregunta sobre el origen de mejor clasificación</i> <i>Señalar el formato con anotaciones las indicaciones recomendadas según</i> <i>la naturaleza.</i>					

[Handwritten Signature]
Vicky M. Oerna Arce
 LICENCIADA EN ENFERMERIA
 C.E.P. 20070

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					X
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	X	5
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	X
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	X	5
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	X
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	X
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	X
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	X
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1	2	3	4	X
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					


CIP. 113450
11/11/2010 GARCÍA

PROCEDIMIENTO

PRIMERO:

Se construye una tabla donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

N° DE ÍTEMS	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	5	4	5	5	4.75
2	4	4	5	4	4.25
3	5	5	5	5	5
4	4	5	5	4	4.5
5	5	5	4	5	4.75
6	5	5	5	5	5
7	5	5	5	5	5
8	5	5	5	5	5
9	5	5	5	5	5

SEGUNDO:

Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(X - Y1)^2 + (X - Y2)^2 + \dots + (X - Y9)^2}$$

X= Valor máximo en la escala concedido para cada ítem

Y= Promedio de cada ítem

En este estudio la DPP hallada fue de: 1.98

TERCERO:

Determinar la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D\text{ónde: } D_{\text{max}} = \sqrt{(X1-1)^2 + (X2-1)^2 + \dots + (X9-1)^2}$$

X= Valor máximo en la escala para cada ítem

Y= Valor mínimo de la escala para cada ítem

La Dmax hallada fue de 11.40

CUARTO:

La Dmax se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de 2.28

QUINTO:

Con este último valor hallado, se construye una nueva escala valorativa a partir de cero hasta llegar a Dmax. Dividiéndose en intervalos iguales entre sí, llamándose con letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

A.

0,00 2.28

B.

2.28 4,56

C.

4,56 6,84

D.

6.84 9,12

E.

9,12 11,40

SEXTO:

El punto DPP debe caer en las zonas A o B; en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos. El valor hallado DPP fue de 1.98 cayendo en la zona "A", lo que significa ***adecuación total*** del instrumento y que puede ser aplicado a la población en estudio.

ANEXO N° 04

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Cronbach (índice de consistencia interna), mediante el método de la varianza, cuyos resultados fueron los siguientes:

❖ CONOCIMIENTOS:

INSTRUMENTO		ALFA DE CRONBACH	Nº DE ELEMENTOS
1	Dimensión anemia ferropénica	0.790	5
2	Dimensión hierro en la dieta	0.818	6
3	Dimensión Suplementación	0.888	5

❖ PRÁCTICAS:

INSTRUMENTO		ALFA DE CRONBACH	Nº DE ELEMENTOS
1	Dimensión hierro en la dieta	0.753	5
2	Dimensión Suplementación	0.835	5

Considerando a Rosenthal (García 2005) propone una confiabilidad mínima de 0.50 para propósitos de investigación; También Vellis (García 2005) plantea que un nivel entre 0.70 a 0.80 es respetable y alrededor de 0.90 es un nivel elevado de confiabilidad. Por lo tanto, el instrumento es aplicable en la presente investigación.

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

- CONFIABILIDAD: DIMENSIÓN ANEMIA FERROPÉNICA

RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	N	%
Casos Válidos	50	100,0
Excluidos ^a	0	,0
Total	50	100,0

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

ESTADÍSTICOS DE CONFIABILIDAD

ALFA DE CRONBACH	N DE ELEMENTOS
,790	5

- CONFIABILIDAD: DIMENSIÓN HIERRO EN LA DIETA

RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	N	%
Casos Válidos	50	100,0
Excluidos ^a	0	,0
Total	50	100,0

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

ESTADÍSTICOS DE CONFIABILIDAD

ALFA DE CRONBACH	N DE ELEMENTOS
,818	6

- **CONFIABILIDAD: DIMENSIÓN SUPLEMENTACIÓN**

**RESUMEN DEL PROCESAMIENTO
DE LOS CASOS**

		N	%
Casos	Válidos	50	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	50	100,0

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

ESTADÍSTICOS DE CONFIABILIDAD

ALFA DE CRONBACH	N DE ELEMENTOS
,888	5

CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS ALIMENTICIAS

- CONFIABILIDAD: DIMENSIÓN HIERRO EN LA DIETA

RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	N	%
Casos Válidos	50	100,0
Excluidos ^a	0	,0
Total	50	100,0

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

ESTADÍSTICOS DE CONFIABILIDAD

ALFA DE CRONBACH	N DE ELEMENTOS
,753	5

- CONFIABILIDAD: DIMENSIÓN SUPLEMENTACION

RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

	N	%
Casos Válidos	50	100,0
Excluidos ^a	0	,0
Total	50	100,0

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

ESTADÍSTICOS DE CONFIABILIDAD

ALFA DE CRONBACH	N DE ELEMENTOS
,835	5

ANEXO N° 05

ASIGNACIÓN DE PUNTAJES AL INSTRUMENTO

A. DETERMINACION DE LOS NIVELES DE CONOCIMIENTO

METODO DE STURGEST

Hallando los niveles generales:

1. $R = \text{MAX} - \text{MIN}: 32 - 0 = 32$

2. $I = R/3 = 32/3 = 10.7$

3. Primer punto:

$$a = \text{MIN} + I$$

$$a = (0 + 10.7)$$

$$a = 10.7$$

4. Segundo punto:

$$b = a + I$$

$$b = 10.7 + 10.7$$

$$b = 21.4$$

Categorías:

Bajo: 0 – 11

Medio: 12 – 21

Alto: 22 – 32

❖ DETERMINACION DE LOS NIVELES DE CONOCIMIENTO SEGÚN
DIMENSION ANEMIA FERROPENICA

METODO DE STURGEST

Hallando los niveles generales:

1. $R = \text{MAX} - \text{MIN}: 10 - 0 = 10$

2. $I = R/3 = 10/3 = 3.3$

3. Primer punto:

$$a = \text{MIN} + I$$

$$a = (0 + 3.3)$$

$$a = 3.3$$

4. Segundo punto:

$$b = a + I$$

$$b = 3.3 + 3.3$$

$$b = 6.6$$

Categorías:

Bajo: 0 – 3

Medio: 4 – 7

Alto: 8 – 10

❖ DETERMINACION DE LOS NIVELES DE CONOCIMIENTO SEGÚN
DIMENSION HIERRO EN LA DIETA

METODO DE STURGEST

Hallando los niveles generales:

1. $R = \text{MAX} - \text{MIN}: 12 - 0 = 12$

2. $I = R/3 = 12/3 = 4$

3. Primer punto:

$$a = \text{MIN} + I$$

$$a = (0 + 4)$$

$$a = 4$$

4. Segundo punto:

$$b = a + I$$

$$b = 4 + 4$$

$$b = 8$$

Categorías:

Bajo: 0 – 4

Medio: 5 – 8

Alto: 9 – 12

❖ DETERMINACION DE LOS NIVELES DE CONOCIMIENTO SEGÚN
DIMENSION SUPLEMENTACION

METODO DE STURGEST

Hallando los niveles generales:

5. $R = \text{MAX} - \text{MIN}: 10 - 0 = 10$

6. $I = R/3 = 10/3 = 3.3$

7. Primer punto:

$$a = \text{MIN} + I$$

$$a = (0 + 3.3)$$

$$a = 3.3$$

8. Segundo punto:

$$b = a + I$$

$$b = 3.3 + 3.3$$

$$b = 6.6$$

Categorías:

Bajo: 0 – 3

Medio: 4 – 7

Alto: 8 – 10

B. DETERMINACION DE LAS PRÁCTICAS ALIMENTICIAS

METODO DE STURGEST

Hallando los niveles generales:

1. $R = \text{MAX} - \text{MIN}: 40 - 0 = 40$

2. $I = R/3 = 40/3 = 13.3$

3. Primer punto:

$$a = \text{MIN} + I$$

$$a = (0 + 13.3)$$

$$a = 13.3$$

4. Segundo punto:

$$b = a + I$$

$$b = 13.3 + 13.3$$

$$b = 26.6$$

Categorías:

Inadecuadas: 0 – 13

Medianamente Adecuadas: 14 – 27

Prácticas Adecuadas: 28 – 40

❖ DETERMINACION DE LAS PRÁCTICAS ALIMENTICIAS SEGÚN
DIMENSION HIERRO EN LA DIETA

METODO DE STURGEST

Hallando los niveles generales:

1. $R = \text{MAX} - \text{MIN}: 20 - 0 = 20$

2. $I = R/3 = 20/3 = 6.7$

3. Primer punto:

$$a = \text{MIN} + I$$

$$a = (0 + 6.7)$$

$$a = 6.7$$

4. Segundo punto:

$$b = a + I$$

$$b = 6.7 + 6.7$$

$$b = 13.4$$

Categorías:

Inadecuadas: 0 – 7

Medianamente Adecuadas: 8 – 13

Prácticas Adecuadas: 14– 20

❖ DETERMINACION DE LAS PRÁCTICAS ALIMENTICIAS SEGÚN
DIMENSION SUPLEMENTACION

METODO DE STURGEST

Hallando los niveles generales:

5. $R = \text{MAX} - \text{MIN}: 20 - 0 = 20$

6. $I = R/3 = 20/3 = 6.7$

7. Primer punto:

$$a = \text{MIN} + I$$

$$a = (0 + 6.7)$$

$$a = 6.7$$

8. Segundo punto:

$$b = a + I$$

$$b = 6.7 + 6.7$$

$$b = 13.4$$

Categorías:

Inadecuadas: 0 – 7

Medianamente Adecuadas: 8 – 13

Prácticas Adecuadas: 14– 20

ANEXO N° 06

TABLAS SEGÚN CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

PREGUNTA N° 01

¿QUÉ ES LA ANEMIA?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Disminución del azúcar en la sangre	01	2,0%
Disminución de la hemoglobina en la sangre	42	84,0%
Disminución del colesterol en la sangre	03	6,0%
No sabe	04	8,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 02

¿POR QUÉ SE ENFERMA UN NIÑO CON ANEMIA?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Por consumir alimentos pobres en hierro	37	74,0%
Por consumir alimentos ricos en carbohidratos	01	2,0%
Por consumir alimentos en mal estado	07	14,0%
No sabe	05	10,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 03

¿CÓMO RECONOCERÍA A UN NIÑO CON ANEMIA?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Por presentar tos con flema y fiebre	01	2,0%
Por presentar dolor de estómago y vómitos	02	4,0%
Por su palidez, aumento del sueño e irritabilidad	46	92,0%
No sabe	01	2,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 04

¿QUÉ CONSECUENCIAS TRAE LA ANEMIA?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aumento del apetito y peso del niño	0	0,0%
Hiperactividad y disminución del sueño	0	0,0%
Retrasa el crecimiento /desarrollo y disminuye las defensas	47	94,0%
No sabe	03	6,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 05

¿QUÉ EXAMEN DE LABORATORIO CONFIRMA QUE EL NIÑO TIENE ANEMIA?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Examen de colesterol	0	0,0%
Examen de glucosa	0	0,0%
Examen de hemoglobina	46	92,0%
No sabe	04	8,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 06

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL HIERRO EN LA ALIMENTACIÓN DE SU NIÑO?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Previene la caries dental	03	6,0%
Previene la anemia ferropénica	43	86,0%
Previene la obesidad infantil	01	2,0%
No sabe	03	6,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 07

DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS ¿CUÁL DE ELLOS TIENE MÁS CONTENIDO DE HIERRO?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lentejas, brócoli, acelga	05	10,0%
Leche, queso, huevo	0	0,0%
Sangrecita, bazo, espinaca	43	86,0%
No sabe	02	4,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 08

¿EN QUÉ TIPOS DE ALIMENTOS EL HIERRO ES MEJOR ABSORBIDO?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alimentos de origen Animal	35	70,0%
Alimentos de origen Vegetal	10	20,0%
Alimentos Procesados	01	2,0%
No sabe	04	8,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 09

¿QUÉ ALIMENTOS O BEBIDAS SI FAVORECEN LA ABSORCIÓN DEL HIERRO?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Café, té, mates	01	2,0%
Jugo de naranja, limonada, papaya	33	66,0%
Leche, queso, yogurt	11	22,0%
No sabe	05	10,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 10

¿QUÉ ALIMENTOS O BEBIDAS NO FAVORECEN LA ABSORCIÓN DEL HIERRO?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Carnes, pescado	03	6,0%
Café, té, mates	29	58,0%
Limonada, jugo de naranja	01	2,0%
No sabe	17	34,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 11

¿HASTA QUÉ EDAD DEBE CONTINUAR BRINDÁNDOLE LECHE MATERNA A SU NIÑO?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hasta los 6 meses	06	12,0%
Hasta los 1 año	09	18,0%
Hasta los 2 años	32	64,0%
No sabe	03	6,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 12

¿CON QUÉ FRECUENCIA LE DEBE DAR A SU NIÑO LAS CHISPITAS NUTRICIONALES?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2 veces a la semana	01	2,0%
Interdiario	04	8,0%
Todos los días	43	86,0%
No sabe	02	4,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 13

¿EN QUÉ PREPARACIONES SE DEBE DAR LAS CHISPITAS NUTRICIONALES?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Agua, jugos	0	0,0%
Caldos, sopas	09	18,0%
Papillas, segundos	41	82,0%
No sabe	0	0, 0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 14

¿A QUÉ TEMPERATURA SE DEBEN MEZCLAR LAS CHISPITAS NUTRICIONALES CON LOS ALIMENTOS?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alimentos calientes	1	2,0%
Alimentos tibios	47	94,0%
Alimentos fríos	1	2,0%
No sabe	1	2,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 15

¿CUÁNTO TIEMPO DEBE ESPERAR PARA VOLVERLE A DAR LAS CHISPITAS NUTRICIONALES DESPUÉS DE UN TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Inmediatamente	03	6,0%
Después de 1 semana	11	22,0%
Después de 1 mes	03	6,0%
No sabe	33	66,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 16

¿POR CUÁNTOS MESES CONTINUOS DEBE CONSUMIR SU NIÑO LAS CHISPITAS NUTRICIONALES PARA PREVENIR LA ANEMIA?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Por 3 meses	08	16,0%
Por 6 meses	02	4,0%
Por 12 meses	13	26,0%
No sabe	27	54,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Conocimientos aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

ANEXO N° 07

TABLAS SEGÚN CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS ALIMENTICIAS

PREGUNTA N° 01

¿LE BRINDA AL NIÑO EN EL ALMUERZO SANGRECITA DE POLLO, BAZO, HÍGADO, CARNE O PESCADO TODOS LOS DIAS?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	19	38,0%
Frecuentemente	20	40,0%
Algunas Veces	09	18,0%
Raras Veces	02	4,0%
Nunca	0	0,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Prácticas Alimenticias aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 02

¿LE BRINDA AL NIÑO EN EL ALMUERZO MENESTRAS POR LO MENOS 3 VECES A LA SEMANA?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	08	16,0%
Frecuentemente	13	26,0%
Algunas Veces	18	36,0%
Raras Veces	09	18,0%
Nunca	02	4,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Prácticas Alimenticias aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 03

¿PREPARA EL ALMUERZO DE SU NIÑO POR LO MENOS CON 2 CUCARADAS DE ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	25	50,0%
Frecuentemente	22	44,0%
Algunas Veces	03	6,0%
Raras Veces	0	0,0%
Nunca	0	0,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Prácticas Alimenticias aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 04

DESPUÉS DE LA COMIDA ¿LE DA A SU NIÑO ALIMENTOS COMO PAPAYA Y/O BEBIDAS COMO JUGO DE NARANJA, LIMONADA?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	04	8,0%
Frecuentemente	06	12,0%
Algunas Veces	18	36,0%
Raras Veces	21	42,0%
Nunca	01	2,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Prácticas Alimenticias aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 05

DESPUÉS DE LA COMIDA ¿LE DA A SU NIÑO MATES O TE?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	03	6,0%
Frecuentemente	06	12,0%
Algunas Veces	10	20,0%
Raras Veces	20	40,0%
Nunca	11	22,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Prácticas Alimenticias aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 06

¿LE DA A SU NIÑO LAS CHISPITAS NUTRICIONALES TODOS LOS DÍAS?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	09	18,0%
Frecuentemente	16	32,0%
Algunas Veces	14	28,0%
Raras Veces	10	20,0%
Nunca	01	2,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Prácticas Alimenticias aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 07

¿LE DA LAS CHISPITAS NUTRICIONALES MEZCLADO CON ALIMENTOS DE CONSISTENCIA ESPESA O SÓLIDA?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	11	22,0%
Frecuentemente	25	50,0%
Algunas Veces	12	24,0%
Raras Veces	02	4,0%
Nunca	0	0,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Prácticas Alimenticias aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 08

¿LE DA LAS CHISPITAS NUTRICIONALES MEZCLADO CON CALDOS, SOPAS Y JUGOS?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	0	0,0%
Frecuentemente	01	2,0%
Algunas Veces	17	34,0%
Raras Veces	22	44,0%
Nunca	10	20,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Prácticas Alimenticias aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 09

¿LE DA LAS CHISPITAS NUTRICIONALES MEZCLADO CON ALIMENTOS TIBIOS?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	29	58,0%
Frecuentemente	16	32,0%
Algunas Veces	02	4,0%
Raras Veces	02	4,0%
Nunca	01	2,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Prácticas Alimenticias aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

PREGUNTA N° 10

¿LE DA TODO EL CONTENIDO DE LAS CHISPITAS NUTRICIONALES?

ITEMS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	23	46,0%
Frecuentemente	17	34,0%
Algunas Veces	06	12,0%
Raras Veces	03	6,0%
Nunca	01	2,0%
TOTAL	50	100,0%

Fuente: Encuesta de Prácticas Alimenticias aplicado a las madres de niños de 6 a 35 meses del C.S. Candarave – 2015.

Elaborado por: Lic. Enf. Cori Llanque y modificado por Bach. Nelly García Mamani.

**ANEXO N° 08
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	METODOLOGÍA
<p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la anemia y su relación con las prácticas Alimenticias que tienen las madres en la prevención de la anemia Ferropénica en niños de 6 a 35 meses de edad que acuden al C.S. Candarave - Tacna 2015?</p>	<p>O. GENERAL: Determinar el nivel de conocimiento sobre la anemia y su relación con las prácticas alimenticias que tienen las madres en la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses de edad que acuden al C.S. Candarave-Tacna 2015.</p> <p>O. ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar el nivel de conocimiento que tienen las madres de los niños de 6 a 35 meses de edad sobre la anemia. ✓ Identificar las prácticas alimenticias que tienen las madres de los niños de 6 a 35 meses de edad. ✓ Relacionar el nivel de conocimiento con las prácticas alimenticias que tienen las madres en la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses de edad. ✓ Identificar las características sociodemográficas de las madres de los niños de 6 a 35 meses de edad. 	<p>Hi: Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la anemia con las prácticas alimenticias que tienen las madres en la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses de edad que acuden al C.S. Candarave – Tacna 2015.</p> <p>Ho: No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la anemia con las prácticas alimenticias que tienen las madres en la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 35 meses de edad que acuden al C.S. Candarave – Tacna 2015.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE: Conocimiento de las madres en la prevención de anemia ferropénica</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE: Prácticas alimenticias de las madres en la prevención de anemia ferropénica.</p>	<p>CONOCIMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dimensión anemia ferropénica ✓ Dimensión Hierro en la dieta. ✓ Dimensión Suplementación. <p>PRÁCTICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dimensión Hierro en la dieta. ✓ Dimensión Suplementación 	<p>CONOCIMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Respuesta correcta= 2 ptos. ✓ Respuesta Incorrecta=0 ptos <p>PRÁCTICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Siempre (S): 4 Puntos ✓ Frecuentemente (F) : 3 Puntos ✓ Algunas Veces (AV) : 2 Puntos ✓ Raras Veces (RV) : 1 Puntos ✓ Nunca (N) : 0 Puntos 	<p>CONOCIMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bajo: 0 – 11 ✓ Medio: 12 – 21 ✓ Alto: 22 – 32 <p>PRÁCTICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inadecuadas: 0 – 13 ✓ Medianamente Adecuadas: 14 – 27 ✓ Prácticas Adecuadas: 28 – 40 	<p>TIPO DE DISEÑO Enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal, de tipo descriptivo correlacional.</p> <p>POBLACIÓN 52 madres</p> <p>MUESTRA 50 madres</p> <p>MUESTREO No probabilístico por conveniencia</p>