

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

CONOCIMIENTO 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 TACNA - 2014

TESIS

Presentada por:

Bach. Diana Liddy Cori Llanque

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**CONOCIMIENTO 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
TACNA – 2014**

TESIS

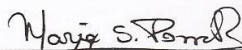
Presentada por:

BACH. DIANA LIDDY CORI LLANQUE

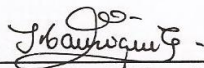
Para Optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Aprobada por Unanimidad : Ante el Siguiete Jurado



**Mgr. María Soledad Porras Roque
PRESIDENTA**



**Mgr. Ingrid María Manrique Tejada
JURADO**



**Mgr. Silvia Cristina Quispe Prieto
JURADO**



**Mgr. María del Carmen Silva Cornejo
ASESORA**

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la oportunidad de estar en este mundo y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres, quienes me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento y circunstancia.

A mi hermana Deysi quien siempre me brinda su apoyo, cariño y tiene una palabra de aliento en los momentos difíciles, a mi hermano Jhoel quien alegra mis días y me estimula a mejorar cada día.

AGRADECIMIENTOS

- A Dios, por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades.
- A mis padres por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, valores, por la motivación constante y por su amor.
- A mi Alma Máter partícipe esencial en nuestra formación profesional; “Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann”.
- A los miembros del jurado: Mgr. María Porras Roque, Mgr. Silvia Quispe Prieto y Mgr. Ingrid Manrique Tejada por el asesoramiento en la etapa final de esta investigación.
- A mi asesora Mgr. María del Carmen Silva Cornejo por su asesoramiento y apoyo en la realización del presente trabajo de investigación.

- A la Lic. Nut. Dina Paredes Flores, responsable de la ESANS DIRESA -Tacna, gracias por el apoyo y su aporte valioso.
- A Juan Yhonatan Campos Quispe por haberme ayudado en la parte estadística y por todo el apoyo incondicional.
- A mis amigos y compañeros de la carrera, en cada uno de ustedes hay una persona muy especial. He aprendido y disfrutado con ustedes mis horas de estudio.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
 CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Fundamentos y formulación del problema.....	03
1.2 Objetivos.....	09
1.3 Justificación.....	10
1.4 Formulación de la hipótesis.....	12
1.5 Operacionalización de variable.....	13
 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	15
2.2 Bases teóricas.....	19
2.3 Definición conceptual de términos.....	53

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Material y métodos.....	54
3.2 Población y muestra.....	54
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	56
3.4 Procedimientos de recolección de datos.....	61
3.5 Procesamiento de datos.....	61

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados.....	63
4.2 Discusión.....	71

CONCLUSIONES.....	78
--------------------------	-----------

RECOMENDACIONES.....	79
-----------------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
--	-----------

ANEXOS.....	89
--------------------	-----------

RESUMEN

El presente estudio de investigación es en base al enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal de tipo descriptivo correlacional, se realizó con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas alimenticias acerca de la prevención de la anemia ferropénica de niños de 6 a 24 meses de edad en madres que acuden al C.S. San Francisco, la técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumentos de medición el cuestionario, la muestra estuvo constituida por 123 madres de niños de 6 a 24 meses de edad. Los resultados obtenidos indicaron que el 64.2% de madres poseen un conocimiento alto, seguido de nivel medio con 32,5% y en cuanto a las practicas alimenticias el 46.3% tienen prácticas medianamente adecuadas, seguido de prácticas adecuadas con el 45,5%, 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 24 meses en madres que acuden al C.S. San Francisco, como lo demuestra en el análisis estadístico a través de la prueba de Chi Cuadrado ($p<0.05$).

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

ABSTRACT

This research study is based on the quantitative approach, not experimental, cross-sectional correlational descriptive, was conducted to determine the relationship between the level of knowledge and feeding practices on the prevention of iron deficiency anemia in children 6-24 months of age in mothers who come to CS San Francisco, the technique used was the survey and measurement instruments of the questionnaire, the sample consisted of 123 mothers of children 6-24 months of age. The results indicated that 64.2% of mothers have a high knowledge, followed by average 32.5% and as for food practices 46.3% had moderately good practice, followed by 45.5% with appropriate practices, concluding that there is a significant relationship between the level of knowledge and nutritional practices regarding prevention of iron deficiency anemia in children 6-24 months mothers who come to CS San Francisco, 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 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. (1)

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. (2)

En el Perú, la anemia constituye un problema de salud pública severo (1), debido a que aun cuando las cifras nacionales han disminuido en los últimos años de 60.9% en el 2000 a 44.5 % en el año 2012; es así que cuatro de cada diez niños y niñas de entre 06 a 35 meses padecen de anemia, y la situación en la población menor de dos años, es aún 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 el nivel de conocimiento y prácticas alimenticias acerca de la prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses y con ello fortalecer los cuidados de enfermería, desarrollando estrategias innovadoras de educación e información en base al modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender y así promover practicas adecuadas que permitan una mejora en la condición de crecimiento, desarrollo y nutrición del niño.

La presente tesis consta de 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. Finalizando con las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La anemia es uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2005 la anemia afectó a 1620 millones de personas en el mundo, lo que equivale al 24,8% de la población mundial. (1)

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. (1)

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. (4)

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. (1)

En el Perú, la anemia constituye un problema de salud pública severo (1), debido a que aún cuando las cifras nacionales han disminuido en los últimos años de 60.9% en el 2000 a 44.5 % en el año 2012; es así que cuatro de cada diez niños y niñas de entre 06 a 35 meses padecen de anemia, y la situación en la población menor de dos años, es aún más grave dado que más de la mitad de niños de este grupo de edad se encuentran con anemia (56.3%). (2) Según el INEI-ENDES en el año 2013, el 46.4% de niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad padeció de anemia, proporción mayor a la observada en el año 2012 (44.5%). La anemia afectó al 57,6% de niñas y niños de seis a ocho meses de edad y al 57,3% de 9 a 11 meses de edad, siendo aún elevada en niñas y niños de 12 a 17 meses de edad (60,4%) y de 18 a 23 meses de edad (46,5%); mientras, que en los infantes de 24 a 59 meses de edad los porcentajes fueron menores. (3)

En Tacna no estamos exentos de la realidad nacional, según ENDES 2013, la anemia en Tacna constituye un problema de salud pública severo (1), debido a que el 50.3% 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. A nivel distrital, los distritos con las proporciones más altas son Cercado de Tacna con 636 casos, seguido de Gregorio Albarracín con 375 casos, Alto de la Alianza con 230 casos y Ciudad Nueva ocupa el cuarto lugar con 95 casos de anemia en niños menores de 2 años. (5)

La causa de la anemia resulta de la combinación de múltiples factores etiológicos. Entre las causas inmediatas destacan la baja ingesta de alimentos fuente de hierro. Las encuestas nacionales han demostrado que hay un consumo inadecuado de hierro y otros micronutrientes en la dieta de la población peruana. En general, el hierro consumido por las mujeres, niños y niñas peruanos es fundamentalmente de origen vegetal, cuya biodisponibilidad y absorción a nivel intestinal es baja y la absorción del hierro se ve

interferida por la presencia de inhibidores en la alimentación como el café, té, mates y otras infusiones, que son de consumo habitual en nuestra población. En el Perú, la dieta no provee la cantidad necesaria para cubrir los requerimientos de este mineral, alcanzando a cubrir solo un 62,9% en el caso de los niños menores de cinco años.

(2)

A esto se suman factores sociales (población migrante), económicos y políticos como la pobreza, desigualdad o una escasa educación de las madres. Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación.

Considerando las principales trayectorias de causalidad de la anemia es que el MINSA ha consignado como una de las intervenciones para la prevención de la anemia, la suplementación. A nivel nacional, la proporción de suplementación en las niñas y niños de 06 a 36 meses aumentó de 12.3% en el 2007 a 19.6% en el 2012, es decir aumentó significativamente en 7.3%. Sin embargo un aspecto importante a considerar es la relación con la proporción de niños que reciben control de CRED; observándose que casi el 50% de niñas y

niños menores de 36 meses reciben control CRED y sólo el 19.6% están suplementados. (2)

Al realizar mis practicas pre profesionales en el Centro de Salud San Francisco se observó que uno de las consultas recurrentes por las madres al consultorio externo de medicina era debido a los resultados de hemoglobina de sus niños los cuales eran inferiores a lo normal. Según datos estadísticos e informes del PSL del año 2013 del Centro de salud San Francisco se identificaron 65 atenciones de casos de anemia por deficiencia de hierro en niños menores de 5 años y según informes del establecimiento, desde el mes de enero hasta el mes de junio, es decir, en el primer semestre del presente año 2014 se determina que de 213 niños con dosaje de hemoglobina existen 63 casos de anemia en niños y niñas menores de 36 meses.

La prevención de la anemia ferropénica en el niño se basa principalmente en el conocimiento y el manejo adecuado de la nutrición. (6) La madre como principal responsable del niño, son las que condicionan los hábitos y patrones de alimentación del niño influyendo en su estado nutricional, al que a su vez condiciona su potencial desarrollo y crecimiento.

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 deterioro en su nutrición.

Por lo que una investigación sobre conocimientos y las prácticas alimenticias que tienen las madres acerca de la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 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 la relación entre el nivel de conocimiento y las 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 Tacna - 2014?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas alimenticias acerca de la prevención de la anemia ferropénica de niños de 6 a 24 meses de edad en madres que acuden al C.S. San Francisco Tacna 2014.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimientos 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 Tacna 2014.
- Identificar las 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 Tacna 2014.
- Relacionar el nivel de conocimiento y prácticas alimenticias acerca de la prevención de la anemia ferropénica de niños de 6 a 24 meses de edad en madres que acuden al C.S. San Francisco Tacna 2014.

1.3 JUSTIFICACIÓN

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. (7) Por ello, es importante determinar el nivel de conocimiento y la práctica alimenticia de la madre acerca de la prevención de la anemia ferropénica en el niño de 6 a 24 meses, ya que la madre actúa como principal responsable del cuidado y nutrición del niño.

A pesar del interés del MINSA a través de la Directiva Sanitaria que establece la suplementación preventiva con hierro a niños y niñas menores de tres años, la prevalencia de anemia se ha mantenido constante. Según el SIEN la proporción de anemia en niños menores de 3 años mantiene una tendencia al incremento de 10.1% en el informe anual 2013 con relación al año 2012 a nivel nacional (8). A nivel regional según informes de la DIRESA Tacna se evidencia un incremento de 14.5% en el año 2013 con relación al año 2012 (5) y a nivel distrital según el SIEN en el distrito Gregorio Albarracín de los 606 niños evaluados menores de tres años se reportaron 36 casos de

anemia en el año 2012 en relación a los 351 evaluados repostándose 60 casos en el año 2013 lo que evidenciaría un incremento al doble en cuanto al número de casos. (8)

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 perdida 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. (9)

Por ello Enfermería en la operativización de sus actividades dentro de la Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años, responsable como educadora de impartir conocimientos a las madres que motiven, ayuden y guíen a tomar decisiones y cambios en su conducta, frente a la prevención de la anemia ferropénica, se precisa entonces el aporte sistemático del conocimiento real de este problema, de tal forma que los resultados y la información actualizada de la presente investigación validada científicamente, permita 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, particularmente en la etapa más vulnerable.

1.4 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Hi: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y prácticas alimenticias acerca de la prevención de la anemia ferropénica de niños de 6 a 24 meses de edad en madres que acuden al C.S. San Francisco Tacna - 2014.

Ho: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y prácticas alimenticias acerca de la prevención de la anemia ferropénica de niños de 6 a 24 meses de edad en madres que acuden al C.S. San Francisco Tacna - 2014.

1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Variable Independiente: Conocimiento de las madres acerca de la prevención de anemia ferropénica	Conjunto de ideas, conceptos y enunciados que adquirió la madre mediante su aprendizaje formal e informal en medidas preventivas de la anemia ferropénica.	<u>Anemia Ferropénica</u> - Definición - Signos de la anemia - Causas - Consecuencias - Diagnostico <u>Hierro en la dieta</u> - Importancia del hierro en la alimentación - Lactancia materna - Alimentos fuente de hierro de origen animal - Alimentos fuente de hierro de origen vegetal - Frecuencia de consumo de alimentos de origen animal - Frecuencia de consumo de alimentos de origen vegetal - Facilitadores de la absorción del hierro - Inhibidores de la absorción del hierro <u>Suplementación:</u> (Multimicronutrientes) - Frecuencia de la suplementación - Forma de administración - Preparación adecuada para la administración MMC	Niveles de conocimiento: - Nivel Alto : (22 - 32 puntos) - Nivel Medio: (12 - 21 puntos) - Nivel Bajo : (0 - 11 puntos)	Ordinal

Variable Dependiente: Prácticas alimenticias de las madres acerca de la prevención de anemia ferropénica	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.	<u>Hierro en la Dieta:</u> • Lactancia materna • Frecuencia del consumo de origen animal fuente de hierro • Frecuencia del consumo de origen vegetal fuente de hierro • Cantidad de alimentos de origen animal fuente de hierro • Facilitadores de la absorción del hierro • Inhibidores de la absorción del hierro <u>Suplementación:</u> (Multimicronutrientes) • Frecuencia de la suplementación • Forma de administración • Dosis de administración • Preparación adecuada para la administración de MMC	Categorización de las Practicas: (Según escala de Likert) ▪ Adecuadas: (33 - 48 puntos) ▪ Medianamente adecuadas: (17 - 32 puntos) ▪ Inadecuadas: (0 - 16 puntos)	Ordinal
---	---	---	---	----------------

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

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.” (10)

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 contengas grandes cantidades de hierro (carne, pescado, vísceras) y que a su vez reciban alimentos que permitan su absorción (Vitamina C). (11)

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”. (12)

Gómez B, Monta M. (2006) Lima, Perú. Realizaron el trabajo de investigación sobre “Nivel de conocimientos de las madre sobre alimentación complementaria para la prevención de anemia en lactantes internados en el servicio de pediatría del hospital ESSALUD ADU YP San Juan de Lurigancho Lima Diciembre - Febrero 2006”. Entre las conclusiones más importantes señala: “El nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria es “alto” y el inicio se dio cuando el lactante tiene más de 6 meses de edad. El conocimiento sobre alimentación complementaria para prevenir la anemia es “regular” cuando ellas tienen más de 31 años de edad y es alto en madres con grado de instrucción superior”. (13)

Bornaz J. y col. (2008) Gregorio Albarracín, Tacna. Realizó el trabajo de investigación sobre la “Prevalencia y factores de riesgo de anemia ferropénica en niños preescolares de 2 a 5 años de edad del distrito Gregorio Albarracín de la ciudad de Tacna-2008”. Se llegaron a las siguientes conclusiones: “La frecuencia de anemia se manifestó

en un 30.17% de la población estudiada, se determinó que la edad y el sexo no influyen sobre la presencia de anemia, la escolaridad del jefe de familia ($p<0.05$), el ingreso familiar per cápita, el saneamiento domiciliario, la parasitosis intestinal y la ingesta de hierro biodisponible ($p<0,001$) están asociados a la presencia de anemia por deficiencia de hierro. La presencia simultánea de todos los factores de riesgo incrementa 245 la posibilidad que, un niño preescolar, sufra de anemia por carencia de hierro, frente a un niño no expuesto”. (14)

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”.

2.2 BASES TEÓRICAS

CONOCIMIENTO

Bunge, M.; define al conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vagos e inexactos; en base a ello tipifica el conocimiento en: Conocimiento Científico y Ordinario o vulgar. El primero lo identifica como un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia; y al conocimiento vulgar como un conocimiento vago, inexacto, limitado a la observación. (16)

Salazar Bondy; define el conocimiento desde el punto de vista filosófico, como un acto y un contenido; en primer lugar como un acto, es decir, es la aprehensión (captación) de una cosa a través de un proceso mental y no físico; y en segundo lugar como contenido, es decir, es aquello que se adquiere a través de los actos de conocer, estos son acúmulos, transmitidos de unas personas a otras, no son

puramente subjetivos, son independientes para cada sujeto gracias al lenguaje.

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.

La Educación para la Salud según la Organización Mundial para la Salud (OMS), comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. (17)

Durante el último siglo muchos autores han conceptualizado la educación para la salud, y en todas ellas se puede identificar un objetivo común el cual es: la modificación, en sentido positivo, de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades.

Los niveles de conocimiento considerados para la evaluación de la unidad en estudio (las madres de niños de 6 a 24 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.

❖ **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. (16)

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. (18)

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. (11)

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. (19)

❖ **Prácticas Alimenticias:**

De lo expuesto por los autores mencionados anteriormente, se puede considerar que 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 24 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.

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. (20)

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. (21)

b) Etapas de la deficiencia de hierro (Ferropenia):

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. (22)

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. (21)

c) Causas

Una de las causas 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. (3) 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). (23)

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. (24)

d) 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. (23)

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 (25). El efecto adverso más importante en los niños es la alteración del desarrollo psicomotor (lenguaje, social, coordinación, motora), el cual es probablemente irreversible. (26)

Y cuando tengan edad para asistir a la escuela, su habilidad vocal y su coordinación motora habrán disminuido significativamente. (25)

f) 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.

g) 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. (27)

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. (28)

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. (27) (29)

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.

Niveles de hemoglobina observada= Hemoglobina ajustada + Factor de ajuste por altura.

h) Prevención

❖ Prácticas alimenticias en la prevención de la anemia ferropénica:

Debido al rápido crecimiento y desarrollo de los niños durante los primeros dos años de vida, la necesidad nutricional por unidad de peso corporal de lactantes y niños pequeños es alta. La leche materna puede contribuir de manera sustancial a la ingesta total de nutrientes en niños entre los 6 y 24 meses de edad, particularmente en cuanto a proteínas y muchas de las vitaminas. Sin embargo, el contenido de varios minerales como el hierro y el zinc, es relativamente bajo en la leche materna aun tomando en cuenta su biodisponibilidad. Entre los 9 y 11 meses de edad la proporción de la ingesta de nutrientes recomendada que deberían suministrar los alimentos complementarios es de 97% para el hierro (Dewey, 2001). Dada la cantidad relativamente pequeña de alimentos complementarios que consume un niño o una niña entre los 6 y 24 meses, se necesitaría que la densidad nutricional (cantidad de cada

nutriente por 100 kcal de alimento) de los alimentos complementarios sea muy elevada. (30)

Entre las intervenciones para mejorar el consumo de hierro figuran la **modificación dietética** y la **suplementación**. (31)

Mejores prácticas de alimentación (modificación dietética):

- Consumo de alimentos en adecuada cantidad y variedad, favoreciendo aquellos ricos en hierro principalmente de origen animal (pescado, hígado, sangrecita, riñón, bazo, carnes rojas y de aves) y menestras en combinación con alimentos ricos en ácido ascórbico (naranja, limón, etc.). Se sugiere reducir el consumo de mates, café o té con las comidas para evitar la ingesta de inhibidores de la absorción de hierro como los polifenoles de las infusiones. (21)

- Agregar todos los días al plato del niño por lo menos dos cucharadas de cualquier alimento de origen animal. Asimismo añadir menestras por lo menos tres días a la semana. (32)

El consumo de cantidades suficientes de alimentos complementarios generalmente se traduce en un crecimiento adecuado del niño (Brown, Dewey y Allen, 1998). Sin

embargo, muchas veces los alimentos complementarios no se ajustan a las necesidades de densidad de energía y concentración o calidad de micronutrientes. (Caulfield, Huffman y Piwoz, 1999). El hierro es un “micronutriente problemático”; hay una gran discrepancia entre el contenido de hierro presente en alimentos complementarios sin fortificar y la cantidad requerida por un niño. Esto implica que la reducción de la prevalencia de la anemia por deficiencia de hierro solamente se puede lograr a través de la suplementación o de la fortificación. (31)

Suplementación con multimicronutrientes y hierro

La suplementación con multimicronutrientes en polvo, es considerada como una intervención efectiva para mejorar los niveles séricos de hierro y la reducción de la anemia en niñas y niños de 6 a 24 meses, es recomendado por la OMS. (3)

El MINSA a través de la Directiva Sanitaria, establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses de edad, el cual tiene como objetivo asegurar niveles adecuados de hierro en su

organismo, prevenir la anemia y favorecer su crecimiento y desarrollo. (33)

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).

- **Esquema de Suplementación (multimicronutrientes):**

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; recibe 01 sobre de Multimicronutrientes por día durante 6 meses continuos en cada esquema:

- **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 $\geq 11\text{g/dl}$ 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.

- **Dosaje de hemoglobina:**

El dosaje de hemoglobina no es requisito para iniciar la suplementación con multimicronutrientes.(30) La determinación de hemoglobina en niñas y niños nacidos con peso mayor o igual a 2.500 gramos y/o mayor o igual a 37 semanas de gestación se realiza a los 6 meses de iniciada la suplementación con Multimicronutrientes y al término de cada esquema.

- **Indicaciones para la administración del suplemento de hierro en 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. (33)

❖ **Otras medidas preventivas:**

Atención integral de la gestante y el niño para contar con un adecuado control prenatal y la prevención de partos prematuros, hemorragias e infecciones; la demora de la ligadura del cordón (2-3 min), el contacto temprano de la madre con su hijo para favorecer la lactancia materna. Con relación al control del niño, asegurar la ganancia de peso adecuada en el primer año de vida a través de su monitoreo periódico en el control del nacimiento.

El saneamiento ambiental y el control de infecciones deberían jugar importantes roles en el esfuerzo por controlar la deficiencia de hierro, incluyendo el control de enfermedades bacterianas y virales, tan comunes entre los niños y la enfermedades crónicas, bacterianas y virales, incluyendo la tuberculosis y el SIDA.

Intervenciones educativo comunicacionales sobre salud y nutrición. (21)

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. (21) 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. (22)

b) Funciones

Desempeña una función básica en el transporte y almacenamiento de oxígeno a los tejidos y órganos, así como en los procesos de respiración celular. También forman parte de la mioglobina de los músculos y de diversas enzimas participando en diversas fases del metabolismo. El hierro participa como cofactor de varias coenzimas claves para la síntesis de neurotransmisores en el sistema nervioso central. Así mismo, participa en las reacciones de transferencia de energía dentro de la célula.

c) Clasificación del Hierro en los alimentos

- **Hierro hemico:** Es de origen animal y tiene una bioabsorción alta de 20 a 25%. Se encuentra en el hígado, carnes, sangre, y los productos animales (res, pollo, carnero, cabra, cerdo, pescado, mariscos, etc).
- **Hierro no hemico:** Proviene del reino vegetal, su bioabsorción es baja de 1% a un 8% y se encuentra en los alimentos vegetales (verduras verde oscuro, legumbres y menestras, etc.). alimentos fortificados, que incorporan el hierro en su procesamiento como en la harina de trigo u otros alimentos de asistencia alimentaria (hierro de fortificación). (21)

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.

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. (35)
- **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. (35)
- **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. (36)

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. (36)

f) Requerimientos de hierro

Las pérdidas fisiológicas de hierro, originadas por la descamación cutánea, del tubo digestivo y de las vías urinarias, son aproximadamente de 0,5 mg/m²/día. (37)

En los lactantes, las necesidades de hierro se elevarán notablemente después de la edad de 4-6 meses, y la cantidad aproximadamente es de 0,7-0,9 mg/día durante la parte restante del primer año. Estos requerimientos son por lo tanto muy altos, especialmente en relación con el tamaño corporal y la ingesta de energía. 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.

En la siguiente tabla se exponen los requerimientos diarios de hierro biodisponible calculados en función de la edad y de acuerdo al requerimiento de hierro en crecimiento y pérdida, se

observa que uno de los periodos críticos es el segundo semestre de vida. (38)

Requerimientos diarios de hierro biodisponible					
Edad	Peso (kg)	Crecimiento (mg/día)	Perdida (mg/día)	Total	
				Mediana (mg/día)	Percentil 95 th (mg/día)
6m-1a	9	0.55	0.17	0.72	0.93
1-3a	13.3	0.27	0.19	0.46	0.58
4-6a	19.2	0.23	0.27	0.50	0.63
7-10a	28.1	0.32	0.39	0.71	0.89

Fuente: OMS/FAO Human Vitamin and Mineral Requirements 2004

NIÑO DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN RELACIÓN A LA ALIMENTACION:

La nutrición adecuada durante la infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño. Es bien reconocido que el periodo entre el nacimiento y los dos años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimo. En estudios longitudinales se ha comprobado consistentemente que esta es la edad pico en la que ocurren fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes y enfermedades comunes de la niñez como la diarrea. Después que un niño alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente (Martorell y

col. 1994). Las consecuencias inmediatas de la desnutrición durante estos años formativos incluyen una morbilidad pronunciada y un desarrollo mental y motor retrasado. A largo plazo, las deficiencias nutricionales están ligadas a impedimentos en el rendimiento intelectual, la capacidad de trabajo, la salud reproductiva y la salud general durante la adolescencia y la edad adulta. (30)

Las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria, junto con un índice elevado de enfermedades infecciosas, son las causas principales de desnutrición en los primeros dos años de vida. (30)

ROL DE LA ENFERMERA

Intervención de Enfermería en el primer Nivel de Atención en relación a la prevención de Anemia Ferropénica

El profesional de Enfermería es el encargado del Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña o niño menor de cinco años donde se realizan un conjunto de procedimientos para la evaluación periódica. Asimismo, se detecta de manera oportuna riesgos o factores determinantes, con el propósito de implementar oportunamente acciones de prevención, y promover prácticas

adecuadas de cuidado de la niña y niño. Para ello el profesional de Enfermería utiliza la entrevista, la observación, el examen clínico, anamnesis, exámenes de laboratorio, aplicación de instrumentos de evaluación del desarrollo e instrumentos para valoración del crecimiento físico, entre otros. (39)

Dentro de las actividades e intervenciones del control de crecimiento y desarrollo se encuentra la detección de Enfermedades Prevalentes las cuales se realizan en cada control o contacto de la niña o niño a través de la identificación de signos y síntomas o mediante procedimientos de ayuda diagnóstica, dentro de ellas se encuentra la detección de la anemia que se realiza a través del dosaje de hemoglobina o hematocrito a partir de los seis meses hasta los 4 años de edad, donde el profesional de Enfermería es el responsable de hacer la solicitud para exámenes de laboratorio para descarte de anemia y parasitosis a todo niño y niña menor de 5 años. (39)

Además de la Suplementación preventiva con hierro para niñas y niños de seis meses a treinta y cinco meses de edad que tiene como objetivo prevenir la anemia por deficiencia de hierro, la misma que es el resultado principalmente por una ingesta insuficiente de hierro en la alimentación del niño. De acuerdo al esquema de suplementación el profesional de Enfermería tendrá en cuenta que dicho esquema se

aplicara en niñas y niños nacidos a término y peso adecuado, con bajo peso y prematuros desde 6 hasta los 35 meses de edad con niveles de hemoglobina igual o mayor de 11 gr/dl. (39)

El profesional de enfermería interviene en acciones de promoción de la salud conducentes a la prevención de la anemia por deficiencia de hierro por medio de la información y comunicación educativa a la madre el cual consiste en brindar Consejería Nutricional que tiene como objetivo de asegurar un adecuado estado nutricional guiando y ayudando a tomar decisiones a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño, con base en la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, la alimentación complementaria a partir del sexto mes de vida que incluya alimentos fortificados con hierro. (39)

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Las actividades de prevención y promoción de la salud son parte integrante de la Atención Primaria. La existencia de patologías crónicas relacionadas causalmente con factores de riesgo derivados de modos de vida no saludables ha incrementado la importancia de este grupo de actuaciones sanitarias. (40)

a) Prevención de la Salud

La prevención se centra en desarrollar medidas y técnicas que puedan evitar la aparición de la enfermedad. Implica realizar acciones anticipatorias frente a situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos de enfermedad.

(40)

La Prevención se define como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998).

(41)

- **Prevención Primaria:**

Las actividades de prevención primaria son el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada. Su objetivo será disminuir la incidencia de la enfermedad. Las medidas de prevención primaria pueden intervenir:

- Sobre el medio ambiente: saneamiento ambiental, higiene alimentaria, etc. Son medidas de protección de la salud.

- Sobre las personas: vacunas, quimioprofilaxis, quimio prevención, educación sanitaria, etc. Son actividades de promoción de la salud.

Las competencias de los profesionales de enfermería en el mantenimiento y promoción de la salud y prevención de la enfermedad se incluyen en esta fase. (40)

- **Prevención Secundaria**

La prevención secundaria busca eliminar la enfermedad en sus primerísimas fases. Por ello, decimos lucha contra la prevalencia, por cuanto la enfermedad ya está entre nosotros. Se articula en un conjunto de acciones que buscan:

- El diagnóstico precoz.
- El tratamiento intensivo correspondiente de las enfermedades antes de que hayan producido manifestaciones clínicas.

El núcleo fundamental de las actividades de prevención secundaria lo forman los programas de cribado o detección (screening, tamizado, detección precoz) y consisten en el conjunto de procedimientos (pruebas de laboratorio, exploraciones

radiológicas, etc.) que ofrece el Sistema Sanitario para detectar una enfermedad.

b) Promoción de la Salud

Según la Carta o Conferencia de Ottawa (Ginebra, OMS 1986), se define como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. (40)

La piedra angular de la promoción de la salud es el compromiso de lograr una situación de equidad mediante enfoques que capaciten a las comunidades y los individuos de todas las edades para tomar decisiones saludables. La promoción de la salud consiste también en asegurar que las políticas públicas favorezcan esa adopción de decisiones saludables y en procurar influir en los numerosos determinantes, complejos y sinérgicos, de la salud que operan fuera del sector sanitario a nivel individual, doméstico, comunitario, nacional y mundial. (OMS, 2000). (42)

c) Diferencias entre prevención y promoción de la salud

La prevención se refiere al control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores de riesgo, y poblaciones de

riesgo; en cambio la promoción de la salud está centrada en ésta y pone su acento en los determinantes de la salud y en los determinantes sociales de la misma (cuando se hace referencia a prevención se centra en la enfermedad y cuando se habla de promoción en la salud).

Sin embargo, a pesar de las diferencias, el enfoque de prevención primaria presenta similitudes con el enfoque promocional, a nivel de las estrategias y el papel que asigna a sus actores. Dentro de las similitudes evidenciadas se observa que ambos enfoques hacen uso de la educación sanitaria y comunicación social, como estrategias primordiales. Igualmente, ambos enfoques utilizan la intersectorialidad y comparten la responsabilidad y los roles entre la comunidad y los interventores. Estas similitudes hablan por tanto de la necesidad de concebir a la prevención y a la promoción de la salud como procesos complementarios más que opuestos.

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. (43)

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. (43)

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 24 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 24 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.

2.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TERMINOS

- **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 (21) 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

La población de estudio estuvo constituida por las madres de niños de 6 a 24 meses de edad que acudieron al control de crecimiento y desarrollo (CRED) del C.S. San Francisco. Siendo el universo las madres de 182 niños programados en el tercer trimestre según PSL 2014.

La muestra fue determinada utilizando el método de muestreo probabilístico, aleatorio simple; y para determinar el tamaño de la muestra, la fórmula finita debido a que se conoce la población a

encuestar, la muestra estuvo constituida por 123 madres de niños de 6 a 24 meses. (Ver anexo N° 5)

Criterios de Inclusión

- Madres de niños de 6 a 24 meses de edad que acudan al control de Crecimiento y Desarrollo del Niño del C.S San Francisco.
- Madres de niños aparentemente sanos.
- Madres con asistencia regular a los controles de CRED.
- Madres de niños que hayan tenido su primera consejería en alimentación complementaria.
- Madres que acepten voluntariamente a ser parte del estudio.
- Madres sin trastornos o alteraciones mentales.
- Madres que pertenezcan a la jurisdicción del C.S. San Francisco

Criterios de exclusión

- Madres de niños diagnosticados con anemia leve, moderada y severa.
- Madres con asistencia irregular a los controles de CRED.
- Madres con algún trastorno o alteración mental.
- Las madres que se rehusaron a participar en el estudio.

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 instrumentos de medición el cuestionario, (ver anexo n°1) los cuales fueron dos: primero el cuestionario para evaluar el nivel de conocimientos y el segundo según la escala tipo Likert, el cual permitió recolectar información para determinar las prácticas alimenticias, ambos validados respectivamente por los expertos.

Cuestionario modificado: Elaborado por Mirella Céspedes Sotelo, 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 24

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, 12, 13
- Suplementación: 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° 4)

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 14p (8; ítems)
 - Conocimiento alto: 12 - 16 puntos.
 - Conocimiento medio: 6 – 11 puntos
 - Conocimiento bajo: 0 – 5 puntos
- ❖ **Suplementación:** Total 6p (3; ítems)
 - Conocimiento alto: 5 – 6 puntos
 - Conocimiento medio: 3 – 4 puntos
 - Conocimiento bajo: 0 – 2 puntos

Tercera parte: Se aplicó de acuerdo a la escala de Likert, consta de un contenido de 12 enunciados para determinar las prácticas alimenticias en las madres de niños 6 a 24 meses de los cuales 09 enunciados son positivos y 03 negativos:

En enunciado positivo: En enunciados 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12

- 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 6, 9, 11

- 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° 4)

Para las Prácticas: total 48p (12 ítems)

- Practicas Adecuadas: 33 - 48 puntos.
- Practicas medianamente adecuadas: 17 – 32 puntos
- Practicas Inadecuadas: 0 – 16 puntos

Asimismo cada dimensión tiene un puntaje o sub escala:

❖ **Hierro en la dieta:** total 24p (6; ítems)

- Practicas Adecuadas: 17 - 24 puntos.
- Practicas medianamente adecuadas: 9 – 16 puntos
- Practicas Inadecuadas: 0 – 8 puntos

❖ **Suplementación:** total 24p (6; ítems)

- Practicas Adecuadas: 17 - 24 puntos.

- Practicas medianamente adecuadas: 9 – 16 puntos
- Practicas Inadecuadas: 0 – 8 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° 2)

Prueba Piloto: Se aplicó el cuestionario a 20 madres de niños menores de 6 a 24 meses de edad que acudan al control de crecimiento y desarrollo del P.S. las Begonias, 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. Se obtuvieron valores de 0.848 y 0.644 para el nivel de conocimiento y practicas alimenticias respectivamente, lo cual nos indica que el instrumento empleado presenta un grado de confiabilidad aceptable. (Ver anexo N° 3)

3.4 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El proceso de recolección de datos se realizó previa autorización al gerente del C.S. San Francisco mediante una carta de presentación donde se dará 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 y los datos serán recolectados en el consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo del C.S. San Francisco, informando y orientando a la madre acerca del instrumento previa a su aplicación.

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 así a los objetivos planteados

TABLA N°01

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA PREVENCIÓN DE LA
ANEMIA FERROPÉNICA DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD
EN MADRES QUE ACUDEN AL C.S. SAN FRANCISCO
TACNA – 2014**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	%
Bajo	4	3,3
Medio	40	32,5
Alto	79	64,2
Total	123	100,0

Nota: Madres de niños de 6 a 24 meses

Fuente: Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa C.S. San Francisco 2014

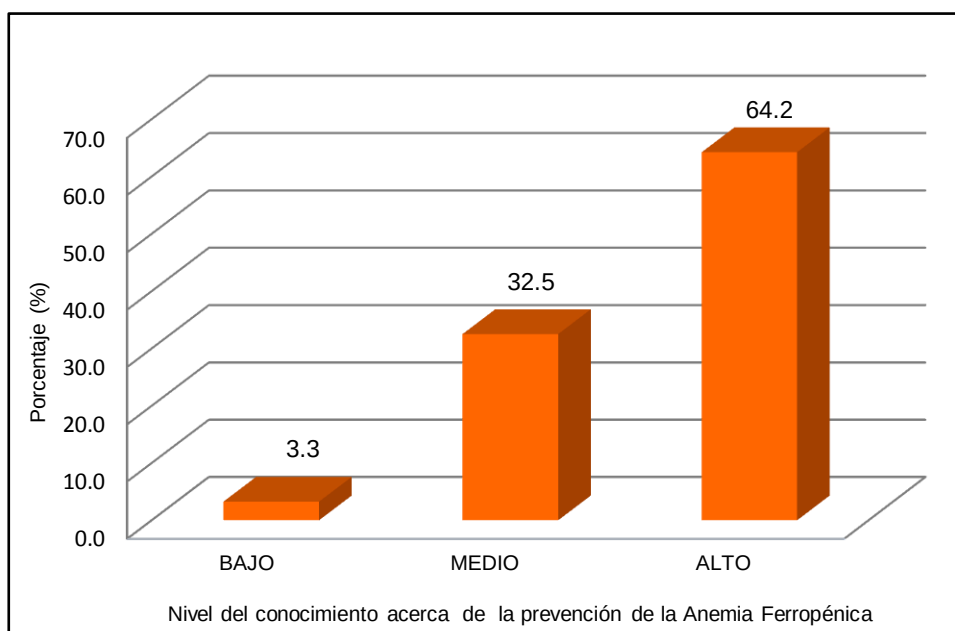
Elaborado: Cuestionario de conocimientos Céspedes M. modificado por Bach. Cori D.

DESCRIPCION:

En la tabla N°01, sobre el nivel de conocimiento en las madres, se observa que el 64,2% presentan un nivel de conocimiento alto; el 32,5% presentan un nivel de conocimiento medio y el nivel bajo está representado por una minoría con el 3,3%.

GRÁFICO N°01

NIVEL DE CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN MADRES QUE ACUDEN AL C.S. SAN FRANCISCO TACNA - 2014



Nota: Madres de niños de 6 a 24 meses

Fuente: Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa C.S. San Francisco 2014

Elaborado: Cuestionario de conocimientos Céspedes M. modificado por Bach. Cori D.

TABLA N°02

**PRÁCTICAS ALIMENTICIAS ACERCA DE LA PREVENCIÓN DE LA
ANEMIA FERROPÉNICA DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD
EN MADRES QUE ACUDEN AL C.S. SAN FRANCISCO
TACNA – 2014**

PRÁCTICAS ALIMENTICIAS	FRECUENCIA	%
Inadecuadas	10	8,1
Medianamente Adecuadas	57	46,3
Adecuadas	56	45,5
Total	123	100,0

Nota: Madres de niños de 6 a 24 meses

Fuente: Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa C.S. San Francisco 2014

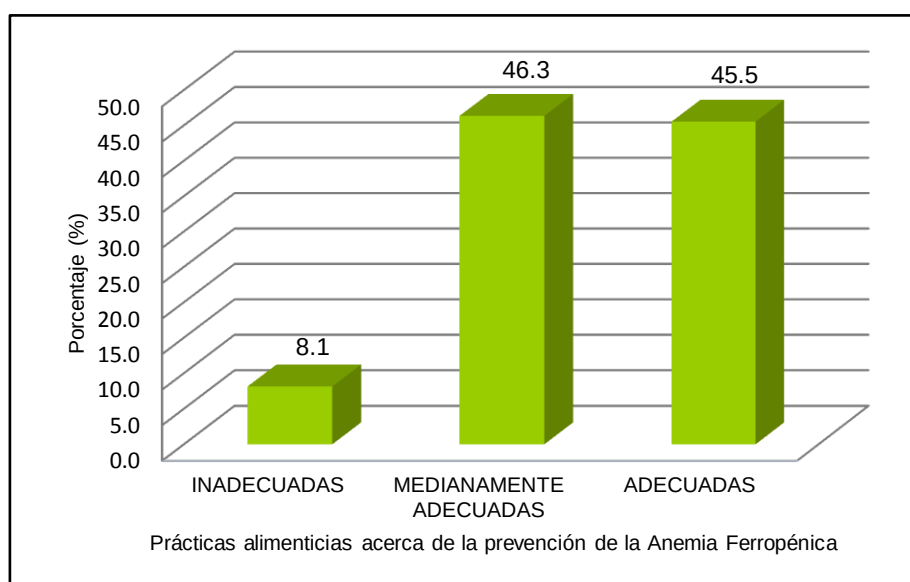
Elaborado: Cuestionario de prácticas Céspedes M. modificado por Bach. Cori D.

DESCRIPCION:

En la tabla N°02, sobre las prácticas alimenticias en las madres, se observa que el 46,3% tienen prácticas medianamente adecuadas; el 45,5% prácticas adecuadas, siendo esta una proporción importante, mientras que las prácticas inadecuadas representa la minoría con el 8,1%.

GRÁFICO N°02

PRÁCTICAS ALIMENTICIAS ACERCA DE LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN MADRES QUE ACUDEN AL C.S. SAN FRANCISCO TACNA – 2014



Nota: Madres de niños de 6 a 24 meses

Fuente: Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa C.S. San Francisco 2014

Elaborado: Cuestionario de prácticas Céspedes M. modificado por Bach. Cori D.

TABLA N°03

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS
ALIMENTICIAS DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN
MADRES QUE ACUDEN AL C.S. SAN FRANCISCO
TACNA 2014**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PRÁCTICAS ALIMENTICIAS						Total	
	Inadecuada		Medianamente Adecuada		Adecuada			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Bajo	1	0,8	3	2,4	0	0,0	4	3,3
Medio	4	3,3	26	21,1	10	8,1	40	32,5
Alto	5	4,1	28	22,8	46	37,4	79	64,2
Total	10	8,1	57	46,3	56	45,5	123	100,0

Nota: Madres de niños de 6 a 24 meses

Fuente: Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa C.S. San Francisco 2014

Elaborado: Cuestionario de conocimientos y prácticas Céspedes M. modificado por Bach. Cori D.

Prueba Chi-cuadrado: $X^2=15,948$; G.L=4; $p=0,003<0,05$

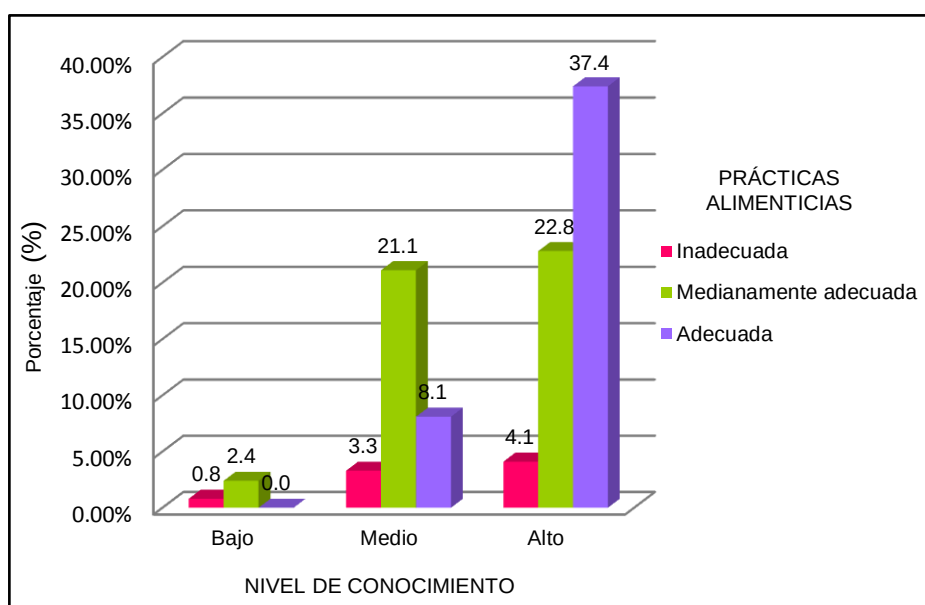
DESCRIPCION:

En la tabla N°03, sobre la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas alimenticias, se observa que del 64,2% de madres con nivel de conocimiento alto; el 37,4% presentan prácticas adecuadas; el 22,8%

presentan prácticas medianamente adecuadas y el 4,1% presentan prácticas inadecuadas. Del 32,5% de madres con nivel de conocimiento medio, el 21,1% presentan prácticas medianamente adecuadas; el 8,1% presentan prácticas adecuadas y el 3,3% presentan prácticas inadecuadas. Del 3,3% de madres con nivel de conocimiento bajo, el 2,4% presentan prácticas medianamente adecuadas.

GRÁFICO N°03

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS ALIMENTICIAS DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN MADRES QUE ACUDEN AL C.S. SAN FRANCISCO TACNA 2014



Nota: Madres de niños de 6 a 24 meses

Fuente: Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa C.S. San Francisco 2014

Elaborado: Cuestionario de conocimientos y prácticas Céspedes M. modificado por Bach. Cori D.

4.2. DISCUSIÓN:

En la tabla N°01, sobre el nivel de conocimiento de las madres acerca de la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses, se observó que el 64.2% presentan un nivel de conocimiento alto, el 32,5% presentan un nivel de conocimiento medio y el nivel bajo está representado por una minoría con el 3,3%.

Los resultados anteriores difieren con lo obtenido por Márquez J., en su investigación titulada “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”; realizado en Lima, Perú 2008; 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., en su investigación titulada “Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Materno Infantil Tablada de Lurín 2010”, realizado en Lima, Perú 2010, entre sus conclusiones sostuvo que del 100% de madres

encuestadas, el 40% de las madres presentan un conocimiento “medio” sobre la anemia ferropénica, 31% un conocimiento “bajo” y el 29% que presenta un conocimiento “alto”.

Por otro lado nuestra investigación se respalda con el estudio realizado por Honore J. quien 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”, concluyo que 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.

La Educación para la salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS), comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

En tanto podemos concluir que el conocimiento es un instrumento de la prevención y promoción de la salud, es el profesional de enfermería quien tiene un compromiso y rol muy

importante en la implementación de actividades educativas orientadas en el aprendizaje, que favorecerán en la modificación de conductas, actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Esto se refleja en nuestros resultados donde las madres en su mayoría presentan un nivel de conocimiento alto (64,2%) acerca de la prevención de la anemia ferropénica y tomando en cuenta una de sus dimensiones (hierro en la dieta) la mayoría de madres presentan un nivel de conocimiento alto (62%), 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 la enfermedad, pero cabe recalcar que existe un porcentaje de madres con un nivel de conocimiento medio y bajo (35,8%) lo cual indica que las madres de este grupo no están muy preparadas ni debidamente informadas para prevenir la anemia, exponiendo a sus niños a la probabilidad de contraer esta enfermedad.

En la tabla N°02, se muestra las Prácticas alimenticias de las madres acerca de la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses, obteniéndose que el 46.3% tienen prácticas medianamente adecuadas, seguido de prácticas adecuadas con el

45,5%, mientras que las practicas inadecuadas representa la minoría con el 8,1%.

Nuestros resultados difieren con lo obtenido por Céspedes M., quien 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”, realizado en Lima, Perú 2010, quien determinó que del 100% de madres encuestadas, el 52% realizan una adecuada practica alimenticia para la prevención de la anemia ferropénica y el 48% no realizan prácticas adecuadas, pero cabe recalcar que a su vez también nuestra investigación se respalda con la investigación mencionada anteriormente, debido a que el 45,5% de madres en nuestra investigación realizan prácticas adecuadas lo cual es una proporción muy importante casi similar a la proporción de madres con prácticas medianamente adecuadas (46,3%).

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 en niños de 6 a 24 meses; según nuestros resultados existe un gran porcentaje de madres que presentan prácticas alimenticias medianamente adecuadas (46.3%), ello constituye un riesgo, exponiendo la salud y estado nutricional de los niños, y a la probabilidad de adquirir la anemia ferropénica, pero cabe destacar que existe una proporción importante de madres con prácticas adecuadas (45,5%), 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.

En la tabla N°03, presenta la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas alimenticias, se observó que del 64,2% de madres con nivel de conocimiento alto, el 37,4% presentan prácticas adecuadas, el 22,8% presentan prácticas medianamente adecuadas y el 4,1% presentan prácticas inadecuadas. Del 32.5% de madres con nivel de conocimiento medio, el 21.1% presentan prácticas medianamente adecuadas, el 8.1% presentan prácticas adecuadas y

el 3,3% presentan prácticas inadecuadas. Del 3,3% de madres con nivel de conocimiento bajo, el 2,4% presentan prácticas medianamente adecuadas, obteniéndose que existe relación estadística significativa entre ambas variables, en madres de niños de 6 a 24 meses, aceptándose la hipótesis planteada y se cumple con el objetivo general de la presente investigación.

Los hallazgos encontrados por Cardenas L. en su investigación denominada “Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2009”, realizado en Lima, Perú 2010; se asemejan a los resultados hallados en la presente investigación, donde se determina que existe relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas sobre alimentación complementaria. Se consideró este trabajo porque ello engloba la alimentación complementaria y a su vez incluye dentro de ella la alimentación en la prevención de anemia ferropénica.

Rosental define al conocimiento como un proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se haya unido a la actividad práctica. 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. (18)

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 de diversos autores se puede concluir que el nivel de conocimiento en las madres acerca de la prevención de la anemia ferropénica de niños de 6 a 24 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 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

Basado en los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, se plantean las siguientes conclusiones:

1.- Se determinó que más de la mitad de las madres de niños de 6 a 24 meses presentaron un nivel de conocimiento alto (64.2%) en la prevención de anemia ferropénica.

2.- Con respecto a las prácticas alimenticias, las madres de niños de 6 a 24 meses tienen prácticas medianamente adecuadas (46.3%) en la prevención de la anemia ferropénica.

3.- 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, aceptando la hipótesis planteada en la presente investigación $(X^2=15,948; p=0,03)$.

RECOMENDACIONES

- Los profesionales de enfermería del C.S. San Francisco responsables de la atención integral del Niño, deben tomar en cuenta los resultados de esta investigación y así con ello continuar en el fortalecimiento de acciones preventivo – promocionales de atención primaria en el primer nivel de atención, con un planeamiento estratégico sobre actividades educativas continuas y sistemáticas dentro del programa de familias saludables, fundamentalmente a las madres y cuidadoras(es) de niños menores de 5 años, en el nivel de conocimiento y prácticas alimenticias en la prevención de la Anemia Ferropénica para así evitar consecuencias futuras en el desarrollo y crecimiento del niño.
- Se sugiere continuar realizando estudios similares en otras poblaciones y de mayor representatividad sobre el nivel de conocimiento y prácticas alimenticias en la prevención de anemia ferropénica, y/o en la determinación de otros factores que predisponen a adquirir esta deficiencia nutricional a fin de conocer la problemática a nivel macro y plantear intervenciones masivas con apoyo político de nivel regional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Worldwide Prevalence of Anaemia 1993-2005. Ginebra: OMS; 2008.
2. 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.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013. Perú: INEI; 2013.
4. Pabón L, Gómez E, Madrid A, Pérez A. prevalencia de anemia por déficit de hierro en niños de 6 meses a 5 años de edad del Municipio Arismendi del estado Nueva Esparta. Venezuela 2001. Revista Española de Salud Pública 2002; 76 (3): 1
5. 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.

6. Monteagudo E, Ferrer B. Deficiencia de hierro en la infancia II. Acta Pediatr Esp. 2010; 68(6):308.
7. Betancourt W, Muñoz M. Anemia por deficiencia de hierro en niños de 3 a 5 años de edad del grupo de educación inicial de la escuela “San Jonote”, Ciudad Bolívar, estado Bolívar (tesis para optar el título de licenciatura en Bioanálisis). Venezuela: Editorial: Científico-Técnica; 2010.
8. Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, Sistema de Información del Estado Nutricional. Estado nutricional en Niños y Gestantes de los Establecimientos de salud del Ministerio de salud periodo anual 2013. Lima, Perú: MINSA; 2014. Disponible en:
http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/zop/zona_izquierda_1/INFORME%20GERENCIAL%20ANUAL%202013.pdf
9. Ministerio de salud, Centro de Alimentación y Nutrición. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú 2004. Lima, Perú: MINSA; 2004.
10. 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.

11. 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.

12. 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.

13. Gómez B, Monta M. Nivel de conocimientos de las madreS sobre alimentación complementaria para la prevención de anemia en lactantes internados en el servicio de pediatría del hospital Essalud Adu YP San Juan de Lurigancho Lima diciembre-febrero 2006. Lima, Perú: editorial: científico-técnico; 2006.

14. Bornaz J y col. Prevalencia y Factores de riesgo de anemia ferropénica en niños preescolares de 2 a 5 años de edad del distrito Gregorio Albarracín de la ciudad de Tacna-2008. Revista Médica Basadrina 2012; 06(2): 15-19. Disponible en: <http://www.unjbg.edu.pe/revista-medica/pdf/revistamV6-2.pdf>
15. 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.
16. Bunge M. La ciencia, su Método y Filosofía. 31ª ed. Buenos Aires Argentina: Editorial Flama; 1995.
17. 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.
18. Rosental M, Ludin P. Diccionario filosófico. Montevideo: Ediciones Pueblos Unidos; 1959.

19. Pacohuanaco M. Conocimiento, actitud y su relación con la práctica del autoexamen de mama en adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa Mariscal Cáceres Tacna-2012 2012 (trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería). Tacna, Perú: editorial: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2012.
20. 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
21. Ministerio de Salud. Hierro. Lima, Perú: MINSA; 2007. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/archivos/HIERRO.pdf>
22. Pérez G1, Vittori D, Pregi N, Garbossa G, Nesse A. Homeostasis del hierro Mecanismos de absorción, captación celular y regulación. Acta Bioquímica Clínica Latioamericana 2005; 39(3): 309. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53539305>
23. Ministerio de Salud. Documento Técnico Lineamientos de Gestión de la Estrategia y Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable. Lima, Perú: MINSA; 2011.

24. Instituto internacional de ciencias de la vida. Conocimientos actuales sobre nutrición. 7 ed. Washington D.C: OPS, 1997.
25. Freire WB. La anemia por deficiencia de hierro: estrategias de la OPS/OMS para combatirla. Salud Pública Mex. 1998; 40(2):200
Disponibile en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10640212>
26. Gil M. Efectividad de la técnica de sesiones demostrativas en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica, en las madres de niños entre 6 y 23 meses del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, 2008 (trabajo para optar el título de licenciatura en enfermería). Lima, Perú: editorial: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
27. Organización Mundial de la Salud. Sistema de información nutricional sobre vitaminas y minerales. Concentraciones de hemoglobina para dignosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra: OMS; 2011.
Disponibile en: http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf
28. Organización mundial de la salud. La anemia como centro de atención hacia un enfoque integrado para el control eficaz de la anemia. OMS; 2004.

29. Jordan T. Guía Técnica: Procedimiento para la determinación de la hemoglobina mediante hemoglobínómetro portátil. 1 ed. Lima: MINSA, INS; 2013.
30. Organización panamericana de la salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC: OPS; 2003.
31. 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.
32. Instituto Nacional de Salud. Instructivo del Laminario de Alimentación Infantil. Perú: INS; 2007.
33. 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; 2012.
34. Perez G, Vittori D, Pregi N, Garbossa G, Nesse A. homeostasis del hierro mecanismos de absorción, captación celular y regulación. ABCL. 2005; 39(3): 302.

35. 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
36. Urdampilleta A, Martínez J, González P. Intervención dietético nutricional en la prevención de la deficiencia de hierro. Nutr Diet Hosp. 2010; 30(3): 32.
37. Monteagudo E, Ferrer B. deficiencia de hierro en la infancia i concepto, prevalencia y fisiología del metabolismo férrico. Acta pediatr esp. 2010; 68(5): 247.
38. Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Vitamin and mineral requirements in human nutrition. Thailand: OMS/FAO; 2004.
39. Ministerio de salud. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Lima, Perú: MINSA, Dirección General de Salud de las Personas; 2011.
40. GRUPO CTO. Manual CTO Oposiciones de Enfermería. Madrid: CTO editorial; 2007. Disponible en :

http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/cap_muestra/af_012_ope_bal.pdf

41. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna 2011; 33 (1): 11-14. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688423X2011000100003&script=sci_arttext
42. Comité nacional de promoción de la salud. Lineamientos de política de promoción de la salud. Perú: MINSA.
43. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid, España: Diorki Servicios; 1999.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO N° 01

CUESTIONARIO

ANEXO N° 02

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTOS

ANEXO N° 03

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

ANEXO N° 04

PUNTAJES ASIGNADOS AL INSTRUMENTO

ANEXO N° 05

POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

ANEXO N° 06

TABLAS Y GRÁFICOS

ANEXO N°01

“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS ALIMENTICIAS ACERCA DE LA PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA”

HCL:

CUESTIONARIO

Buenos días, mi nombre es Diana Cori Llanque, soy egresada de la Escuela de Enfermería de la UNJBG, en esta oportunidad quiero solicitar su valiosa colaboración en la presente investigación que pretende evaluar el Nivel de conocimiento y prácticas alimenticias acerca de la prevención de la Anemia Ferropénica de niños de 6 a 24 meses de edad en madres que acuden a este establecimiento, para lo cual solicito su colaboración y responder con sinceridad las siguientes preguntas. Cabe recalcar que el presente cuestionario es completamente confidencial. Agradezco anticipadamente su colaboración.

Instrucciones: A continuación se le presenta una serie de preguntas por lo que se le solicita marcar con un aspa (x) la respuesta que considera correcta y completar la información que se le solicita en los espacios en blanco.

I. DATOS GENERALES DE LA MADRE

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

2. **Número de hijos:**

3. **Grado de Instrucción:**

- a. Analfabeta
- b. Primaria

- c. Secundaria
- d. Superior técnica/profesional

4. **Ocupación:**

- a. Estudiante
- b. Ama de casa

- c. Dependiente
- d. Independiente

5. **Estado Civil:**

- a. Soltera
- b. Conviviente

- c. Casada
- d. Separada/divorciada

6. **Procedencia:**

- a. Costa: b. Sierra: c. Selva:

DATOS GENERALES DEL NIÑO:

- 1. Edad de su Niño(a):**
- 2. Le realizaron a su niño(a) el examen de laboratorio para descarte de anemia : Si () No ()**
- 3. Le dijeron que su niño tiene anemia: 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 el aumento de la hemoglobina en la sangre
- e. No sabe

2. Sabe Ud. ¿Cuáles son las características de un niño con anemia?

- a. Irritabilidad, fiebre, tos
- b. Falta de sueño, piel azulada, diarrea
- c. Palidez palmar, cansancio, falta de apetito
- d. No sabe

3. La causa por la que un niño(a) llega a tener anemia es por consumir:

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| a. Pocos alimentos ricos en hierro | c. Alimentos con pocas vitaminas |
| b. Alimentos y agua contaminada | d. No sabe |

4. ¿Las consecuencias que puede ocasionar la anemia en su niño es?

- | | |
|--|------------------------------|
| a. Retraso en el desarrollo | c. Retraso en el crecimiento |
| b. Bajas defensas contra las infecciones | d. Todas las anteriores |

5. ¿Qué examen de laboratorio conoce usted para confirmar si su niño tiene anemia?

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| a. Examen de colesterol | c. Examen de hemoglobina |
| b. Examen de glucosa | d. No sabe |

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

- a. Fortalece los huesos y dientes

- b. Previene la anemia y favorece su crecimiento, desarrollo
- c. Lo ayuda a subir de peso
- d. No sabe

7. Sabe Ud. ¿Hasta qué edad debe continuar brindándole leche materna a su niño?

- a. Hasta los 4 meses
- b. Hasta los 6 meses
- c. Hasta los dos años
- d. No sabe

8. De los siguientes alimentos de origen animal ¿Cuál de ellos considera Ud. que tiene más contenido de hierro?

- a. Pescado, pollo, huevo
- b. Leche, queso, mantequilla
- c. Hígado de pollo, pulmón (bofe), carne de res
- d. No sabe

9. De los siguientes alimentos de origen vegetal, ¿Cuál de ellos considera Ud. que tiene más contenido de hierro?

- a. Lentejas, porotos y habas
- b. Espinaca, betarraga y brócoli
- c. Zanahoria, papa y camote
- d. No sabe

10. ¿Sabe Ud. con que frecuencia le debe dar a su niño las menestras (lentejas, porotos, arvejas, habas)? Por lo menos:

- a. 2 veces a la semana
- b. 1 vez a la semana
- c. 3 veces por semana
- d. No sabe

11. ¿Sabe Ud. con que frecuencia le debe dar a su niño alimentos de origen animal (hígado, pescado, carnes, sangrecita)?

- a. 2 veces a la semana
- b. Todos los días
- c. 3 veces a la semana
- d. No sabe

12. ¿Qué grupo de alimentos o bebidas SI favorecen la absorción del hierro contenido en las verduras y menestras?

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

13. ¿Qué alimentos o bebidas NO permiten que se absorba el hierro contenido en las verduras y menestras?

- | | |
|--------------------|------------------------------|
| a. Carnes, pescado | c. Limonada, jugo de naranja |
| b. Té, mates | d. No sabe |

14. ¿Sabe Ud. con que frecuencia le debe dar a su niño las chispitas nutricionales (multimicronutrientes)?

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

15. ¿Sabe Ud. en qué preparaciones se debe dar las chispitas nutricionales (multimicronutrientes)? Mezclado con:

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

16. ¿Sabe Ud. con cuántas cucharadas de comida se debe mezclar las chispitas nutricionales (multimicronutrientes) para darle al niño(a)?

- | | |
|---------------------|---------------------|
| a. Con 1 cucharada | c. Con 3 cucharadas |
| b. Con 2 cucharadas | d. No sabe |

II. PRACTICAS

Para cada uno de los siguientes enunciados marque con una “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 continua brindando leche materna a su niño (a)	4	3	2	1	0
2	Le brinda al niño en el almuerzo hígado de pollo, pulmón (bofe), bazo, pescado, carnes.	4	3	2	1	0
3	Le brinda al niño en el almuerzo menestras como las lentejas, porotos, habas, arvejas, pallares por lo menos 3 veces a la semana.	4	3	2	1	0
4	Prepara el almuerzo de su niño por lo menos con: • 1-2 cucharadas (en niños de 6 a 8 meses) • 2 cucharadas (en niños de 9 a 24 meses) de alimentos de origen animal (hígado de pollo, pulmón (bofe), pescado, carnes rojas, pollo).	4	3	2	1	0
5	Después de brindarle menestras a su niño(a) le da alimentos como papaya Y/O bebidas como jugo de naranja, limonada.	4	3	2	1	0
6	Al brindarle menestras (lentejas, porotos, habas, arvejas, pallares) a su niño le da inmediatamente después mates.	0	1	2	3	4
SUPLEMENTACION						
7	Le da a su niño las chispitas nutricionales (multimicronutrientes).	4	3	2	1	0
8	Le da las chispitas mezclado con papillas o segundos	4	3	2	1	0
9	Le da las chispitas mezclado con caldos, sopas y jugos	0	1	2	3	4
10	Le da todo el contenido del sobre de las chispitas nutricionales.	4	3	2	1	0
11	Comparte las chispitas nutricionales con otros niños(as)	0	1	2	3	4
12	Mezcla las chispitas nutricionales con dos cucharadas de la comida para dárselos al niño y las consume en su totalidad.	4	3	2	1	0

ANEXO N°02

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 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
TACNA - 2014”**

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. Qué 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					
10. estudio?.					
11. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					

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	3	5	5	5	4.5
2	4	4	5	5	4.5
3	4	5	5	1	3.75
4	3	5	5	5	4.5
5	3	4	5	5	4.25
6	4	4	5	5	4.5
7	2	3	4	4	3.25
8	2	3	4	5	3.5
9	3	4	4	4	3.75

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

$$\text{Dónde: } \mathbf{DPP} = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}$$

X= Valor máximo en la escala concedido para cada ítem

Y= Promedio de cada ítem

En este estudio la **DPP** hallada fue de: **2.45**

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

Dónde: $D_{\max} = \sqrt{(X_1-1)^2 + (X_2-1)^2 + \dots + (X_9-1)^2}$

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 si, 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 **2.45** cayendo en la zona “**B**”, lo que significa ***adecuación total*** del instrumento y que puede ser aplicado a la población en estudio.

ANEXO N°03

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, aplicado a la prueba piloto cuyos resultados fueron los siguientes:

INSTRUMENTO		Alfa de Cronbach	Nº de elementos
1	CONOCIMIENTOS acerca de la prevención de la anemia ferropénica	0.848	16
2	PRACTICAS acerca de la prevención de la anemia ferropénica	0.644	12

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.

1.- Fiabilidad de Nivel de Conocimientos de las madres acerca de la prevención de Anemia Ferropénica

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	20	100.0
	Excluidos ^a	0	.0
	Total	20	100.0

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.848	16

2.- Fiabilidad de Prácticas Alimenticias de las madres acerca de la prevención de Anemia Ferropénica

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	20	100.0
	Excluidos ^a	0	.0
	Total	20	100.0

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

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.644	12

ANEXO N°04
PUNTAJES ASIGNADOS AL INSTRUMENTO

A. DETERMINACION DE LOS NIVELES DE CONOCIMIENTOS

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

**A.1. DETERMINACION DE LOS NIVELES DE CONOCIMIENTOS
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

A.2. DETERMINACION DE LOS NIVELES DE CONOCIMIENTOS SEGÚN DIMENSION HIERRO EN LA DIETA

METODO DE STURGEST

Hallando los niveles generales:

1. $R = \text{MAX} - \text{MIN}: 16 - 0 = 16$

2. $I = R/3 = 16/3 = 5.3$

3. Primer punto:

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

$$a = (0 + 5.3)$$

$$a = 5.3$$

4. Segundo punto:

$$b = a + I$$

$$b = 5.3 + 5.3$$

$$b = 10.6$$

Categorías:

Bajo: 0 – 5

Medio: 6 – 11

Alto: 12 – 16

A.3. DETERMINACION DE LOS NIVELES DE CONOCIMIENTOS SEGÚN DIMENSION SUPLEMENTACION

METODO DE STURGEST

Hallando los niveles generales:

1. $R = \text{MAX} - \text{MIN}: 6 - 0 = 6$

2. $I = R/3 = 6/3 = 2$

3. Primer punto:

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

$$a = (0 + 2)$$

$$a = 2$$

4. Segundo punto:

$$b = a + I$$

$$b = 2 + 2$$

$$b = 4$$

Categorías:

Bajo: 0 – 2

Medio: 3 – 4

Alto: 5 – 6

B. DETERMINACION DE LAS PRÁCTICAS ALIMENTICIAS

METODO DE STURGEST

Hallando los niveles generales:

1. $R = \text{MAX} - \text{MIN}: 48 - 0 = 48$

2. $I = R/3 = 48/3 = 16$

3. Primer punto:

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

$$a = (0 + 16)$$

$$a = 16$$

4. Segundo punto:

$$b = a + I$$

$$b = 16 + 16$$

$$b = 32$$

Categorías:

Inadecuadas: 0 – 16

Medianamente Adecuadas: 17 – 32

Prácticas Adecuadas: 33 – 48

B.1 DETERMINACION DE LAS PRÁCTICAS ALIMENTICIAS SEGÚN

DIMENSION HIERRO EN LA DIETA

METODO DE STURGEST

Hallando los niveles generales:

1. $R = \text{MAX} - \text{MIN}: 24 - 0 = 24$

2. $I = R/3 = 24/3 = 8$

3. Primer punto:

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

$$a = (0 + 8)$$

$$a = 8$$

4. Segundo punto:

$$b = a + I$$

$$b = 8 + 8$$

$$b = 16$$

Categorías:

Inadecuadas: 0 – 8

Medianamente Adecuadas: 9 – 16

Prácticas Adecuadas: 17 – 24

B.2 DETERMINACION DE LAS PRÁCTICAS ALIMENTICIAS SEGÚN

DIMENSION SUPLEMENTACION

METODO DE STURGEST

Hallando los niveles generales:

1. $R = \text{MAX} - \text{MIN}: 24 - 0 = 24$

2. $I = R/3 = 24/3 = 8$

3. Primer punto:

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

$$a = (0 + 8)$$

$$a = 8$$

4. Segundo punto:

$$b = a + I$$

$$b = 8 + 8$$

$$b = 16$$

Categorías:

Inadecuadas: 0 – 8

Medianamente Adecuadas: 9 – 16

Prácticas Adecuadas: 17 – 24

ANEXO N°05

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se determinó usando la siguiente fórmula: para una población finita (limitada)

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

DÓNDE:

N	182	Población de madres de niños de 6 a 24 meses en el C.S San Francisco
Z	1.96	Valor Z para un nivel de significancia = 0,05
P	0,5	Proporción de usuarios que tienen la característica de interés
E	0.05	Margen de error
n	123	Tamaño de muestra

REEMPLAZANDO:

$$n = \frac{(1,96)^2 * 0,5 * 0,5 (182)}{(182-1) (0,05)^2 + (1,96)^2 * 0,5 * 0,5}$$

n = 123 madres

ANEXO N°06
TABLAS Y GRÁFICOS ADICIONALES
TABLA N°04

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN DIMENSIÓN ANEMIA
FERROPÉNICA DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD
EN MADRES QUE ACUDEN AL C.S. SAN
FRANCISCO TACNA – 2014**

DIMENSIÓN ANEMIA FERROPÉNICA	N°	%
Bajo	7	5,7
Medio	33	26,8
Alto	83	67,5
Total	123	100,0

Nota: Madres de niños de 6 a 24 meses

Fuente: Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa C.S. San Francisco 2014

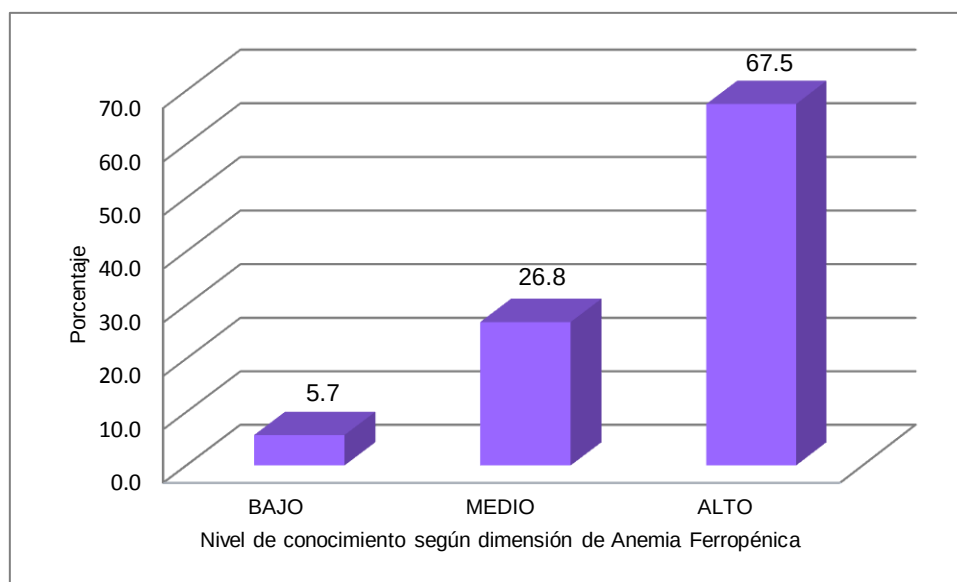
Elaborado: Cuestionario de conocimientos Céspedes M. modificado Bach. por Cori D.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 4, se aprecia el nivel de conocimiento en la dimensión de Anemia Ferropénica, que de 123 madres encuestadas prevalece el nivel alto con 67,5%; seguido de un nivel medio con 26.8% y un nivel bajo con 5.7%.

GRÁFICO N°04

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN DIMENSIÓN ANEMIA FERROPÉNICA DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN MADRES QUE ACUDEN AL C.S. SAN FRANCISCO TACNA - 2014



Nota: Madres de niños de 6 a 24 meses

Fuente: Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa C.S. San Francisco 2014

Elaborado: Cuestionario de conocimientos Céspedes M. modificado por Bach. Cori D.

TABLA N°05

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN DIMENSIÓN HIERRO EN LA
DIETA DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN MADRES QUE
ACUDEN AL C.S. SAN FRANCISCO
TACNA – 2014**

DIMENSIÓN HIERRO EN LA DIETA	N°	%
Bajo	11	8,9
Medio	50	40,7
Alto	62	50,4
Total	123	100,0

Nota: Madres de niños de 6 a 24 meses

Fuente: Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa C.S. San Francisco 2014

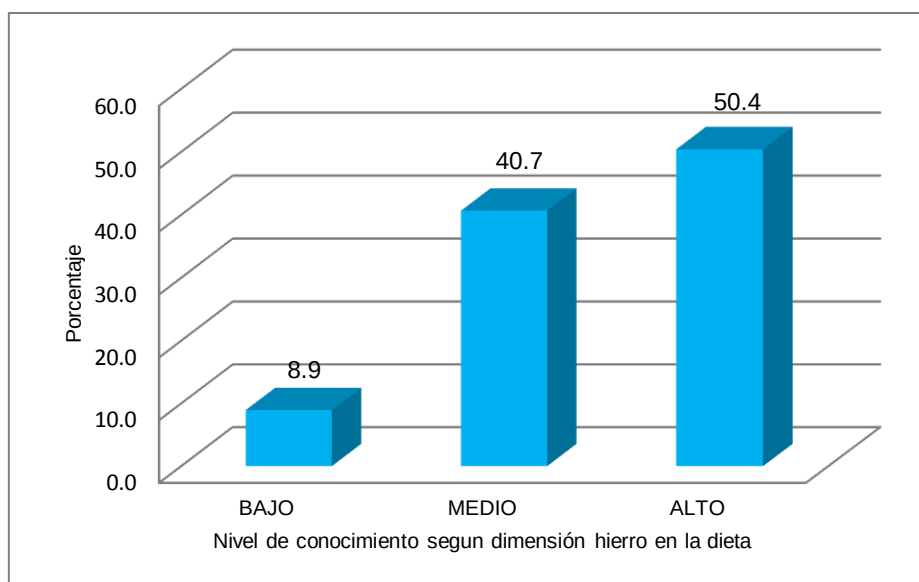
Elaborado: Cuestionario de conocimientos Céspedes M. modificado por Bach. Cori D.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 5, se aprecia el nivel de conocimiento en la dimensión de hierro en la dieta, que de 123 madres encuestadas prevalece el nivel alto con 50,4%; seguido de un nivel medio con 40,7% y un nivel bajo con 8,9%.

GRÁFICO N°05

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN DIMENSIÓN HIERRO EN LA DIETA DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN MADRES QUE ACUDEN AL C.S. SAN FRANCISCO TACNA - 2014



Nota: Madres de niños de 6 a 24 meses

Fuente: Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa C.S. San Francisco 2014

Elaborado: Cuestionario de conocimientos Céspedes M. modificado por Bach. Cori D.

TABLA N°06

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN DIMENSIÓN SUPLEMENTACIÓN
DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN MADRES QUE
ACUDEN AL C.S. SAN FRANCISCO
TACNA – 2014**

DIMENSIÓN SUPLEMENTACIÓN	N°	%
Bajo	17	13,8
Medio	70	56,9
Alto	36	29,3
Total	123	100,0

Nota: Madres de niños de 6 a 24 meses

Fuente: Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa C.S. San Francisco 2014

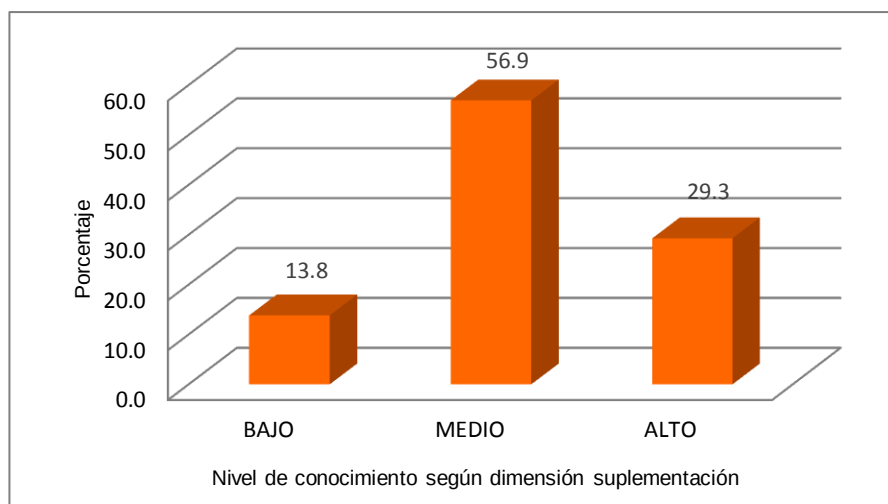
Elaborado: Cuestionario de conocimientos Céspedes M. modificado por Bach. Cori D.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 6, se aprecia el nivel de conocimiento en la dimensión de suplementación, que de 123 madres encuestadas prevalece el nivel medio con el 56,9%; seguido de un nivel alto con el 29,3% y un nivel bajo con 13,8%.

GRÁFICO N°06

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SEGÚN DIMENSIÓN SUPLEMENTACIÓN DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN MADRES QUE ACUDEN ALC.S. SAN FRANCISCO TACNA - 2014



Nota: Madres de niños de 6 a 24 meses

Fuente: Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa C.S. San Francisco 2014

Elaborado: Cuestionario de conocimientos Céspedes M. modificado por Bach. Cori D.

TABLA N°07

**PRÁCTICAS ALIMENTICIAS SEGÚN DIMENSIÓN HIERRO EN LA
DIETA DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN MADRES QUE
ACUDEN AL C.S. SAN FRANCISCO
TACNA – 2014**

DIMENSIÓN HIERRO EN LA DIETA	N°	%
Inadecuadas	4	3,3
Medianamente Adecuadas	70	56,9
Adecuadas	49	39,8
Total	123	100,0

Nota: Madres de niños de 6 a 24 meses

Fuente: Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa C.S. San Francisco 2014

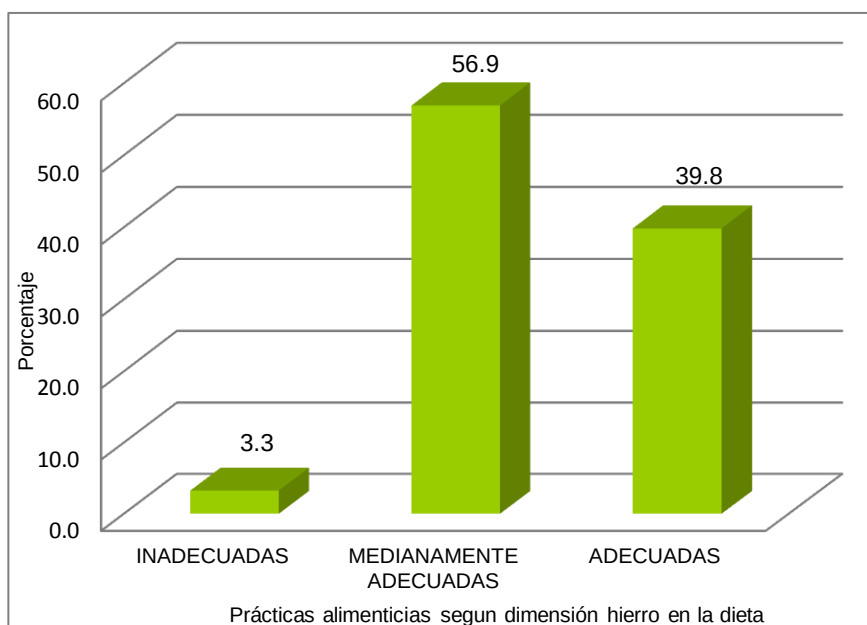
Elaborado: Cuestionario de Prácticas Céspedes M. modificado por Bach. Cori D.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 7, se observa las prácticas en la dimensión de hierro en la dieta, que de 123 madres encuestadas prevalecen las prácticas medianamente adecuadas con el 56,9%, seguido de las prácticas adecuadas con el 39,8% y las prácticas inadecuadas representa la minoría con el 3,3%.

GRÁFICO N°07

PRÁCTICAS ALIMENTICIAS SEGÚN DIMENSIÓN HIERRO EN LA DIETA DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN MADRES QUE ACUDEN AL C.S. SAN FRANCISCO TACNA - 2014



Nota: Madres de niños de 6 a 24 meses

Fuente: Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa C.S. San Francisco 2014

Elaborado: Cuestionario de Prácticas Céspedes M. modificado por Bach. Cori D.

TABLA N°08

**PRÁCTICAS ALIMENTICIAS SEGÚN DIMENSION SUPLEMENTACIÓN
DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN MADRES QUE
ACUDEN AL C.S. SAN FRANCISCO
TACNA - 2014**

DIMENSIÓN DE SUPLEMENTACIÓN	N°	%
Inadecuada	18	14,6
Medianamente Adecuada	53	43,1
Adecuada	52	42,3
Total	123	100,0

Nota: Madres de niños de 6 a 24 meses

Fuente: Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa C.S. San Francisco 2014

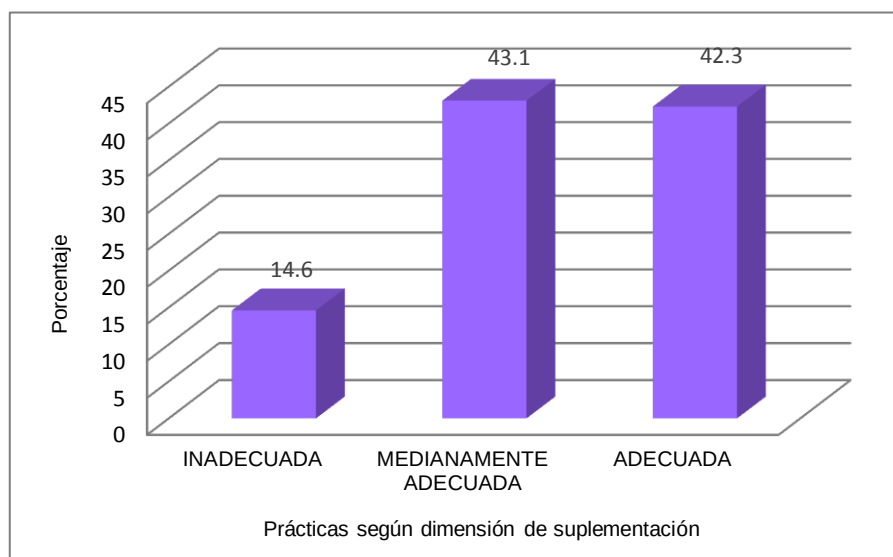
Elaborado: Cuestionario de Prácticas Céspedes M. modificado por Bach. Cori D.

DESCRIPCIÓN:

En la tabla N° 8, se observa las prácticas en la dimensión de suplementación, que de 123 madres encuestadas prevalecen las prácticas medianamente adecuadas con el 43,1%, seguido de las prácticas adecuadas con el 42,3% y las prácticas inadecuadas representan la minoría con el 14,6%.

GRÁFICO N°08

PRÁCTICAS ALIMENTICIAS SEGÚN DIMENSIÓN SUPLEMENTACIÓN DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD EN MADRES QUE ACUDEN AL C.S. SAN FRANCISCO TACNA - 2014



Nota: Madres de niños de 6 a 24 meses

Fuente: Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa C.S. San Francisco 2014

Elaborado: Cuestionario de Prácticas Céspedes M. modificado por Bach. Cori D.

TABLA N°09

DATOS GENERALES DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL C.S. SAN FRANCISCO PARA CONTROL DE CRED

DATOS GENERALES DE LA MADRE	N°	%
Edad		
Adolescente (12 a 17)	1	0,8
Joven (18 a 29)	69	56,1
Adulto (30 a 59)	53	43,1
Total	123	100,0
Grado de Instrucción		
Primaria	14	11,4
Secundaria	67	54,5
Superior	42	34,1
Total	123	100,0
Estado Civil		
Soltera	17	13,8
Conviviente	79	64,2
Casada	27	22,0
Total	123	100,0
Ocupación		
Estudiante	7	5,7
Ama de casa	82	66,7
Dependiente	8	6,5
Independiente	26	21,1
Total	123	100,0
Procedencia		
Costa	75	61,0
Sierra	46	37,4
Selva	2	1,6
Total	123	100,0
N° de Hijos		
1 hijo	45	36,6
2 hijos	48	39,0
3 hijos	24	19,5
4 hijos	4	3,3
6 hijos	2	1,6
Total	123	100,0

Nota: Madres de niños de 6 a 24 meses

Fuente: Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa C.S. San Francisco 2014