

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y
Humanidades
Escuela Profesional de Trabajo Social



**“CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LA FAMILIA Y SU
INFLUENCIA EN LA ANEMIA FERROPÉNICA QUE PRESENTAN
LOS NIÑOS DE 6 A 11 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE
SALUD 15 DE AGOSTO, AREQUIPA 2019”**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Ochoa Cornejo, Sabina

Begazo Salazar, Mayra Sugey

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Trabajo Social

Asesora:

Mtro. Medina Gordillo, Sara Yanina

Arequipa – Perú

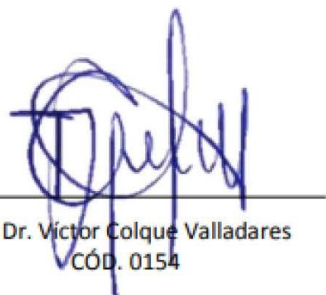
2020

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

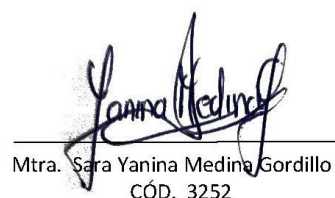
Visto el documento de borrador de Tesis "**CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LA FAMILIA Y SU INFLUENCIA EN LA ANEMIA FERROPÉNICA QUE PRESENTAN LOS NIÑOS DE 6 A 11 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD 15 DE AGOSTO, AREQUIPA 2019**" presentado por las Bachilleres Ochoa Cornejo, Sabina y Begazo Salazar, Mayra Sughey, el jurado dictaminador cumple con informar. el siguiente dictamen:

Las Bachilleres OCHOA CORNEJO, SABINA y BEGAZO SALAZAR, MAYRA SUGEY cumplieron con presentar el levantamiento de observaciones al Borrador de Tesis, quedando CALIFICADAS para continuar los trámites respectivos según los requisitos mínimos de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos y presentar las previas orales.

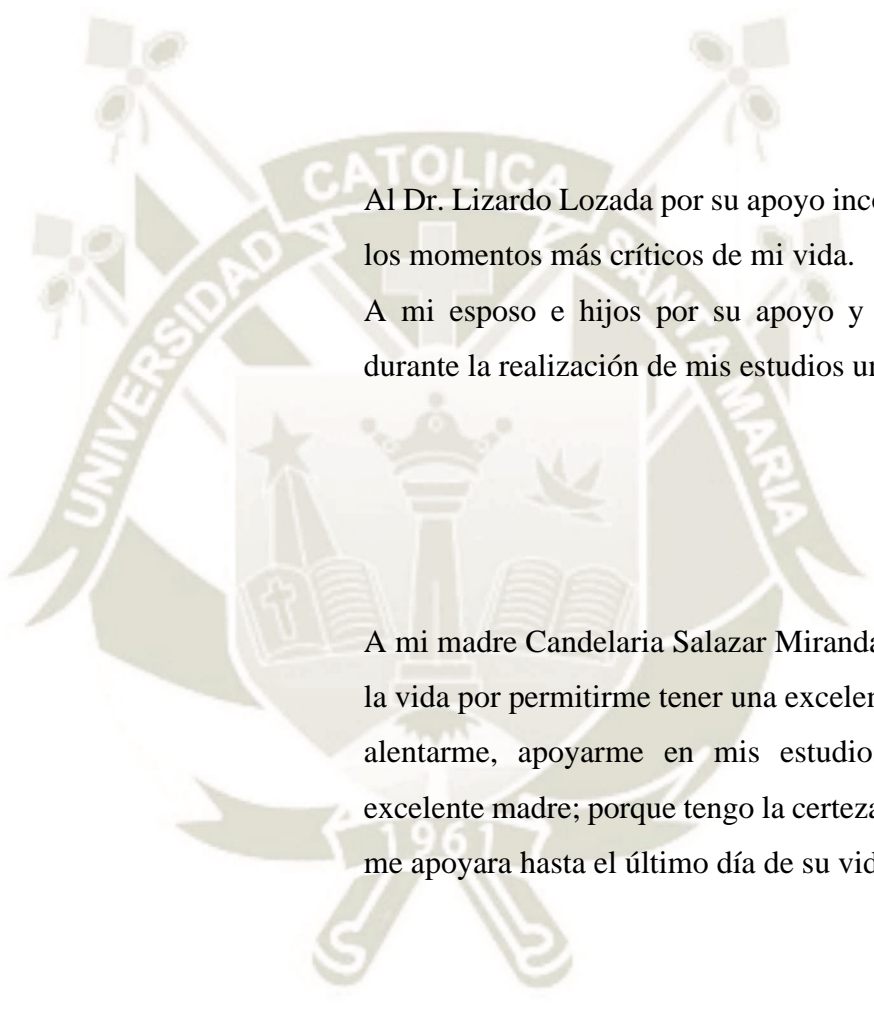
Arequipa, 03 de agosto del 2020



Dr. Víctor Colque Valladares
CÓD. 0154



Mtra. Sara Yanina Medina Gordillo
CÓD. 3252



Al Dr. Lizardo Lozada por su apoyo incondicional en los momentos más críticos de mi vida.

A mi esposo e hijos por su apoyo y comprensión durante la realización de mis estudios universitarios.

Sabina.

A mi madre Candelaria Salazar Miranda agradezco a la vida por permitirme tener una excelente madre por alentarme, apoyarme en mis estudios y ser una excelente madre; porque tengo la certeza que siempre me apoyara hasta el último día de su vida.

Mayra.

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirnos disfrutar cada momento de vida y por darnos la fortaleza de alcanzar nuestras metas.

Al Centro de Salud 15 de Agosto por el apoyo brindado en el desarrollo de la investigación.

Mi sincero agradecimiento a los docentes de la Escuela Profesional de Trabajo Social, porque con sus valiosas enseñanzas a lo largo de nuestros estudios permitieron formarnos personal y profesionalmente.

RESUMEN

La investigación tuvo la finalidad de determinar las características sociales, económicas y culturales de la familia y su influencia en la anemia ferropénica que presentan los niños de 6 a 11 meses atendidos en el Centro de Salud 15 de agosto. En esta investigación de campo, de diseño cuantitativo no experimental, se utilizaron como técnicas la encuesta y la observación documental y como instrumentos el cuestionario y la ficha de observación. La muestra de estudio estuvo conformada por 74 madres de familia y niños con anemia ferropénica atendidos en el centro de salud. Las características socio económicas que se estudiaron fueron procedencia, edad de las madres, vivienda, ocupación, ingreso, estructura familiar y nivel de instrucción. En el estudio se identificó que todas ellas se relacionan con la presencia de anemia ferropénica en los niños de 6 a 11 meses atendidos en el Centro de Salud 15 de Agosto. Por otro lado, las características culturales que se estudiaron fueron alimentación nutritiva y comportamiento alimentario; las mismas que se identificaron como asociadas a la presencia de anemia ferropénica, teniendo un comportamiento de dependencia directa. Finalmente, el nivel de desarrollo de la anemia ferropénica que presentan los niños fue en el 65 % de los casos leve (10.0 – 10.9 g/dl) y en el 35 % moderada (7.0 – 9.9 g/dl).

Palabras claves: Características socioeconómicas, características culturales, conducta alimentaria, anemia ferropénica.

ABSTRACT

The purpose of the research was to determine the social, economic and cultural characteristics of the family and its influence on iron deficiency anemia in children between 6 and 11 months of age, treated at the 15 de Agosto Health Center. In this field research, of non-experimental quantitative design, the interview and documentary observation were used as techniques, and the interview card and observation card as instruments. The study sample was made up of 74 mothers and children with iron deficiency anemia treated at the health center. The socio-economic characteristics that were studied were origin, age of the mothers, housing, occupation, income, family structure and level of education. In the study, it was identified that all of them are related to the presence of iron deficiency anemia in children aged 6 to 11 months cared for at the 15 de Agosto Health Center. On the other hand, the cultural characteristics that were studied were nutritious feeding and eating behavior; the same that were identified as associated with the presence of iron deficiency anemia, having a behavior of direct dependence. Finally, the level of development of iron deficiency anemia in children was mild in 65% of the cases (10.0 - 10.9 g / dl) and moderate in 35% (7.0 - 9.9 g / dl).

Keywords: Social characteristics, cultural characteristics, eating behavior, iron deficiency anemia.

INTRODUCCIÓN

Actualmente en el Perú se han incrementado significativamente los casos de anemia infantil en todo el territorio; dada su magnitud constituye en un problema de Salud Pública con una alta prevalencia en grupos poblacionales de mayor riesgo como son los infantes, lo que ha hecho evidente la vulnerabilidad existente debido al escaso consumo de hierro; en este sentido se ha de entender la preocupación general en la medida de que sus efectos que produce a corto y largo plazo en la salud física y mental es muy significativa, al generar importantes trastornos funcionales biológicos y cognitivos; así como el incremento de la morbilidad y la mortalidad, al presentarse en un periodo crítico de su desarrollo; considerado por los especialistas como daños irreversibles. En el Perú la anemia infantil afecta al 43.5 % de los niños y niñas de 6 a 35 meses de edad (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018), siendo más prevalente entre los niños de 6 a 11 meses, sector en el que casi el 60 % de los niños presenta anemia (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2018).

En nuestro país se han implementado diversos programas de difusión y prevención en los medios de comunicación; así como la administración de micronutrientes y sulfato ferroso, pese a ello, no se ha logrado resultados importantes. Sólo se ha reducido en un porcentaje muy pequeño la anemia infantil a nivel nacional registrando un 43.6 % en el 2016 y un 43.5 % en el 2018 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018).

En el Centro de Salud 15 de Agosto también se refleja esta problemática, brindando atención a un significativo porcentaje de infantes de 6 a 11 meses con anemia ferropénica. En niños de 6 a 11 meses se reportó un porcentaje de 41.8 % y 43.5 % para los años 2018 y 2019 respectivamente. La cifra fue menor en niños de 24 a 35 meses (18.1 % en el año 2019), sin embargo, se mantiene una tendencia creciente en los últimos años (Gerencia Regional de Salud de Arequipa, 2019).

Según el Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia algunos factores determinantes de la anemia son la baja adherencia al tratamiento, la pobre ingesta de alimentos ricos en hierro, las prácticas de higiene inadecuadas y el desconocimiento de la población sobre cómo prevenir la anemia y sus consecuencias. La mayoría de estos factores están asociados a características sociales y culturales de la población (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2018).

La investigación titulada “CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LA FAMILIA Y SU INFLUENCIA EN LA ANEMIA FERROPÉNICA QUE PRESENTAN LOS NIÑOS DE 6 A 11 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD 15 DE AGOSTO, AREQUIPA 2019” se encuentra estructurada en tres capítulos:

En el primer capítulo denominado: diseño del proyecto de investigación, se presenta el planteamiento teórico y operacional, el primero contiene el tema o problema de investigación, la justificación, objetivos; así como los aspectos teóricos y los antecedentes investigativos relacionados a las variables de estudio. En la siguiente parte se presenta las técnica e instrumentos, el diseño y tipo de investigación; así como el campo de verificación.

En el segundo capítulo denominado: presentación y discusión de resultados, el cual contiene el análisis y presentación de resultados, sistematizados a través de tablas debidamente interpretadas y ordenadas según las variables de la investigación; también presenta el diagnóstico social y la selección del problema objeto de intervención

En el tercer capítulo se presentan propuestas de intervención frente a la problemática encontrada.

Finalmente se muestran las conclusiones a las que se ha arribado producto del desarrollo del trabajo; las sugerencias, la bibliografía y anexos respectivos.

ÍNDICE GENERAL

Resumen	v
Abstract.....	vi
Introducción.....	vii

CAPÍTULO I

DISEÑO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento teórico.....	14
1.1. Tema o problema de investigación	14
1.1.1. Enunciado	14
1.1.2. Descripción.....	14
1.1.3. Campo y Área.....	16
1.1.4. Variables.....	16
1.1.5. Justificación	17
2. Objetivos de la investigación	18
2.1. Objetivo General.....	18
2.2. Objetivo Específico.....	18
3. Marco teórico	18
3.1. La anemia.....	18
3.1.1. Tipos de anemia.....	19
3.1.2. Niveles de anemia.....	20
3.1.3. Anemia en niños entre 6 meses y 5 años	21
3.1.4. Causas y factores de riesgo.....	22
3.1.5. Consecuencias de la anemia en el desarrollo infantil	25
3.2. Características socio culturales y económicas	27
3.2.1. Características socioeconómicas	28
3.2.2. Características culturales	36
3.3. La familia.....	38
4. Antecedentes investigativos	39
4.1. Internacionales	39
4.2. Nacionales.....	42
4.3. Locales	44
5. Hipótesis.....	46
6. Planteamiento Operacional	46
6.1. Técnica e instrumentos	46
6.1.1. Técnica	46
6.1.2. Instrumento.....	46
6.1.3. Diseño y tipo de investigación	47
6.2. Campo de verificación	47
6.2.1. Ámbito geográfico.....	47
6.2.2. Unidades de estudio.....	48
6.2.3. Temporalidad.....	49
6.2.4. Estrategia de recolección de datos.....	49
6.2.5. Cronograma	50

CAPÍTULO II PRESENTACION Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

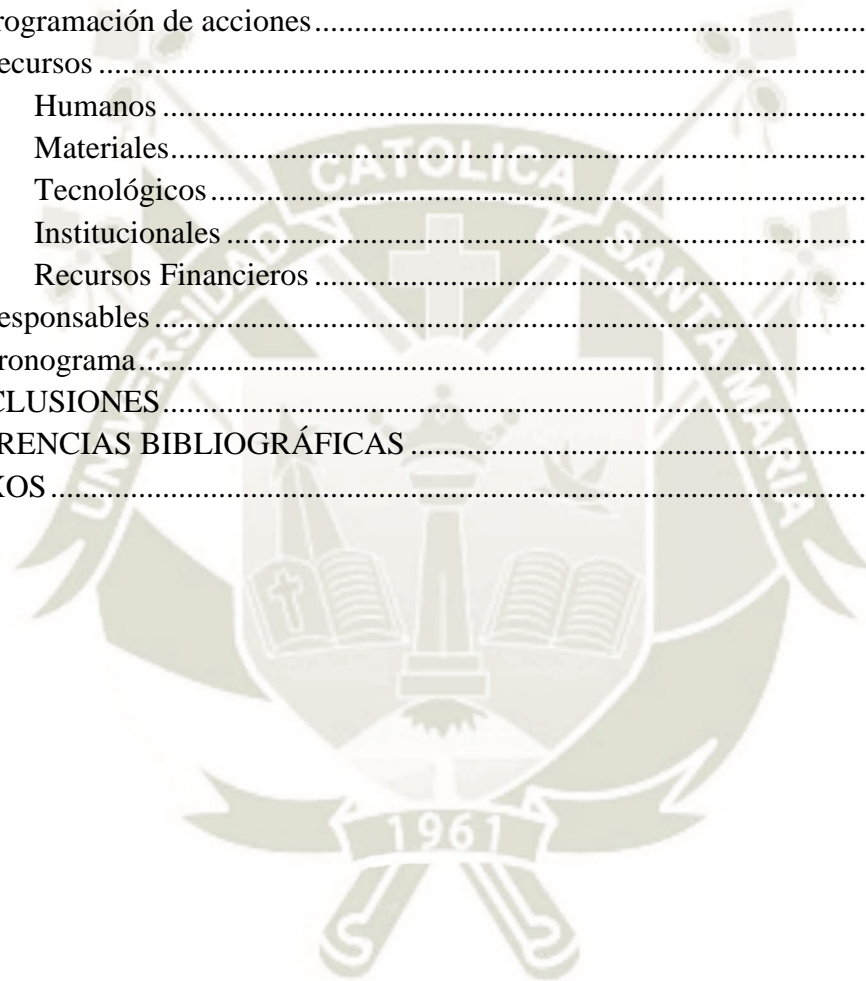
1. Proceso de recolección de datos.....	51
2. Análisis y presentación de resultados	51
2.1. Características sociales, económicas y culturales.....	51
2.2. Grado de anemia	77
3. Análisis de verificación de hipótesis.....	78
4. Diagnóstico	81
4.1. Ubicación.....	81
4.2. Descripción	81
4.3. Reseña histórica	82
4.4. Visión y misión institucional	83
4.4.1. Visión	83
4.4.2. Misión.....	83
4.5. Objetivos institucionales.....	83
4.5.1. Objetivo general	83
4.5.2. Objetivos específicos.....	83
4.6. Políticas sociales de la institución.....	85
4.7. Organización interna.....	86
4.8. Análisis y diagnóstico de la problemática	86
5. Selección y Análisis del Problema Objeto de Intervención.....	91
5.1. Categorización de problemas.....	91
5.1.1. Problemas esenciales	91
5.1.2. Problemas fundamentales.....	91
5.1.3. Problemas incidentales	92
5.2. Pronóstico	92
5.3. Selección del problema objeto de intervención	92

CAPÍTULO III

PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL PARA PARA LA SOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA INVESTIGADA

PROYECTO N° 1: “Rico en hierro, saludable para mí”	93
1. Fundamentación	93
2. Objetivos	93
2.1. Objetivo general.....	93
2.2. Objetivos específicos	93
3. Estrategia.....	94
4. Meta.....	94
5. Programación de acciones.....	94
6. Recursos	94
6.1. Humanos	95
6.2. Materiales.....	95
6.3. Tecnológicos	95
6.4. Institucionales	95
6.5. Recursos Financieros	95

7. Responsables	95
8. Cronograma.....	95
PROYECTO N° 2: “Chispitas de amor”	96
1. Fundamentación	96
2. Objetivos	96
2.1. Objetivo general.....	96
2.2. Objetivos específicos	97
3. Estrategia.....	97
4. Meta.....	97
5. Programación de acciones.....	97
6. Recursos	98
6.1. Humanos	98
6.2. Materiales.....	98
6.3. Tecnológicos.....	98
6.4. Institucionales	99
6.5. Recursos Financieros	99
7. Responsables	99
8. Cronograma.....	99
CONCLUSIONES.....	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS.....	108



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tabla de operacionalización de variables.....	16
Tabla 2: Requerimiento de hierro diario según sexo y edad	32
Tabla 3: Contenido de hierro en los alimentos	33
Tabla 4: Tipos de familia.....	38
Tabla 5: Cronograma de trabajo	50
Tabla 6: Distribución de las madres de familia según edad	51
Tabla 7: Lugar de procedencia de las madres de familia	53
Tabla 8: Ocupación de la madre de familia	54
Tabla 9: Estado civil	56
Tabla 10: Tipo de familia	57
Tabla 11: Miembros de la familia que tienen alguna ocupación.....	58
Tabla 12: Número de hijos	59
Tabla 13: Ingreso promedio mensual en la familia	60
Tabla 14: Condiciones de la vivienda.....	62
Tabla 15: ¿Conoce usted qué alimentos son ricos en hierro?.....	63
Tabla 16: Consumo de alimentos ricos en hierro	64
Tabla 17: Consumo de alimentos de origen vegetal con hierro	66
Tabla 18: Consumo de alimentos de origen animal con hierro	67
Tabla 19: Consumo de legumbres	69
Tabla 20: Grado de instrucción de las madres de familia.....	70
Tabla 21: Comportamiento alimentario antes de la presencia de anemia en los niños ..	72
Tabla 22: Comportamiento alimentario actual	74
Tabla 23: Número de piezas de fruta que consumen al día los niños.....	75
Tabla 24: ¿En la semana cuantas veces sus niños consumen verduras?	76
Tabla 25: Grado de anemia en los niños	77
Tabla 26: Prueba Chi-cuadrado de la relación entre las características socioeconómicas con la presencia de la anemia en los niños de 6 a 11 meses.....	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de dispersión entre las características culturales y la presencia de la anemia en los niños de 6 a 11 meses	80
Figura 2: Organigrama del Centro de Salud 15 de Agosto.....	86
Figura 3: Árbol de problemas.....	91



CAPÍTULO I

DISEÑO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento teórico

1.1. Tema o problema de investigación

1.1.1. Enunciado

“CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LA FAMILIA Y SU INFLUENCIA EN LA ANEMIA FERROPÉNICA QUE PRESENTAN LOS NIÑOS DE 6 A 11 MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD 15 DE AGOSTO, AREQUIPA 2019”

¿Cómo influyen las características sociales, económicas y culturales de la familia en la anemia ferropénica que presentan los niños de 6 a 11 meses atendidos en el Centro de Salud 15 de Agosto, Arequipa, 2019?

1.1.2. Descripción

La anemia ferropénica, es considerada actualmente uno de los trastornos nutricionales a nivel mundial, más frecuente; tanto en países desarrollados como en los países subdesarrollados, sobre todo en los niños menores de 6 a 11 meses, que en general, se produce a consecuencia de una alimentación deficiente en hierro. Así, esta patología se constituye en un problema de salud pública que se presenta a cualquier edad, sexo, grupos raciales y étnicos (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Algunas estadísticas resaltan la importancia del problema; así, en América Latina y el Caribe según reporte de la Organización Panamericana de la Salud (2017) muestra que 7.2 millones de niños menores de 5 años tienen un retraso en el crecimiento, y 22.5 millones tienen anemia; los cuales se presentan durante la edad crítica de 6 a 24 meses, estos datos son marcadores desfavorables para el crecimiento y desarrollo del niño. En América del sur 94 millones de infantes sufre anemia ferropénica.

En el Perú la anemia infantil afecta al 43.5 % de los niños y niñas de 6 a 35 meses de edad (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018), siendo más prevalente entre los niños de 6 a 11 meses, sector en el que casi el 60 % de los niños presenta anemia (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2018). En Arequipa el porcentaje de niños de 6 a 35 meses con anemia en el año 2017, 2018 y 2019 fue de 41.7 %, 34.2 % y 32.7 % respectivamente; además, para el grupo de niños entre 6 y 11 meses en el periodo 2018-2019 fue de 41.7 % y 40 % (Gerencia Regional de Salud de Arequipa, 2019).

La madre es la principal responsable del niño ya que se encuentra a su cargo y cumple un rol predominante en la atención alimentaria y cuidado que le brinda, por lo tanto, es determinante en la prevención de la anemia. Son las madres quienes tienen la responsabilidad tácita en la decisión de cuál debería ser el régimen dietario de sus infantes de allí que las características socioculturales como las costumbres, tradiciones, conducta y creencias religiosas relacionadas con la alimentación se expresan en la alimentación que las madres brindan a sus hijos. Respecto a esto, Santa Cruz (2017) señala que las características socioculturales directamente relacionadas con la aceptabilidad de suplementos nutricionales para la anemia son el nivel educativo de la madre o cuidadora de los niños, la religión de las familias y las creencias alimentarias. Por otro lado, Maldonado y Tapia (2015) encontró que factores sociales como la edad de las madres (en el 90.3 % de los casos fluctúa entre 18 y 37 años), el estado conyugal (el 86, 6 % de las madres tienen pareja), el ingreso económico familiar (el 62.7% tiene un ingreso superior a 750 soles mensuales), el grado de instrucción (el 51.6 % de las madres tiene nivel secundario), la ocupación de las madres (59.7 % son amas de casa) y el nivel conocimientos sobre anemia son factores que influyen en la anemia que presentan los infantes.

Esta situación se refleja en el Centro de Salud 15 de Agosto donde los infantes afectados con la anemia ferropénica se han incrementado en los últimos años. En niños de 6 a 11 meses se reportó un porcentaje de 41.8 % y 43.5 % para los años 2018 y 2019 respectivamente (Gerencia Regional de Salud de Arequipa, 2019). Esta problemática tan relevante que afecta a la población es la que ha motivado la realización de la presente investigación.

1.1.3. Campo y Área

- Campo: Ciencias sociales
- Área: Trabajo social
- Línea: Características socio culturales y anemia

1.1.4. Variables

Tabla 1

Tabla de operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores
Características sociales, económicas y culturales en la familia (variable independiente)	Características sociales	Procedencia
		Edad de las madres
		Vivienda
		Ocupación
		Estructura familiar
		Nivel de instrucción
Desarrollo de la anemia ferropénica (variable dependiente)	Características económicas	Ingreso
	Características culturales	Alimentación nutritiva Comportamiento alimentario
	Grado de anemia	Concentración de hemoglobina

Fuente: Elaboración propia.

1.1.5. Justificación

Esta investigación es relevante porque busca describir las características socio culturales en la familia y su influencia en la anemia que presentan los niños atendidos en el Centro de Salud 15 de Agosto, sus resultados permitirán diseñar estrategias que puedan mejorar el nivel cognitivo de las madres para disminuir el problema de anemia en los grupos más vulnerables.

Tiene relevancia social debido a que la política de salud se está avocando a la atención de la patología más no a los factores socio familiares y su estudio permitirá conocer las características de la problemática, cuyos resultados darán sustento a propuestas estratégicas que permitan canalizar la problemática social encontrada. Es importante por cuanto es un problema de salud que afecta a las familias que comprenden un sector social significativo de la población.

Es un tema de actualidad en la medida que es una problemática latente en nuestro medio y que se encuentra en incremento.

Es relevante a nivel científico y metodológico, en la medida que su análisis sistemático favorecerá la conclusión de aportes sobre el tema de estudio, ampliando y profundizando los conocimientos teórico-prácticos.

La motivación personal que ha llevado a la realización de la presente investigación está favorecida por la experiencia de trabajo y la información respecto al incremento de este problema a nivel nacional.

El desarrollo de la investigación será viable, en la medida que se cuente con el apoyo necesario para realizar el proceso de recolección de datos y el financiamiento necesario para su culminación con éxito.

2. Objetivos de la investigación

2.1. Objetivo General

Determinar la influencia de las características sociales, económicas y culturales de la familia en la anemia ferropénica que presentan los niños de 6 a 11 meses atendidos en el Centro de Salud 15 de Agosto.

2.2. Objetivo Específico

- Identificar las características sociales, económicas y culturales de la familia en los niños de 6 a 11 meses con anemia atendidos en el Centro de Salud 15 de Agosto.
- Precisar el grado de anemia que presentan los niños de 6 a 11 meses atendidos en el centro de salud 15 de Agosto.
- Sugerir dos proyectos como propuestas de intervención en función de la problemática identificada en lo social, económico y cultural en el Centro de Salud 15 de Agosto.

3. Marco teórico

3.1. La anemia

La Organización Mundial de la Salud (2015) señala que la anemia, en general, es el estado en el cual el contenido de la hemoglobina en la sangre se ubica debajo de los niveles normales, ya sea según: edad, sexo y estado fisiológico, esto es producido por la escasez de uno o más nutrientes esenciales, entre ellos el hierro, ácido fólico, zinc, vitamina B12 y proteínas.

La anemia ferropénica es definida como: aquella en la que existe baja concentración de hierro en la sangre. El cuerpo necesita de este mineral para la síntesis de hemoglobina (proteína encargada de transportar oxígeno a las células y tejidos del cuerpo). Está implicado en múltiples procesos del sistema nervioso: síntesis de ATP, neurotransmisión y formación de mielina, siendo esencial para la adecuada neurogénesis y la diferenciación de ciertas regiones cerebrales (Freire, 2015).

3.1.1. Tipos de anemia

Existen diferentes tipos de anemia, según la causa que produce la destrucción de los glóbulos rojos:

a. *Anemia ferropénica*

Es la más común obedece únicamente a la deficiencia de hierro en el momento en que las reservas del cuerpo se agotaron y no tienen hierro plasmático suficiente para proveer a la médula ósea roja para que pueda elaborar la hemoglobina. El hierro cumple una importante función como transportador de oxígeno de los pulmones a los tejidos a través de la hemoglobina de los glóbulos rojos, como transportador de electrones en la membrana intracelular, como parte integrante del sistema enzimático en diversos tejidos. Aunque la mayoría del hierro del organismo se conserva y reutiliza, algo se pierde a través del tracto gastrointestinal, piel y orina (Ministerio de Salud del Perú, 2017b).

b. *Anemia por déficit de vitamina B12*

Esta vitamina cumple una función esencial en la producción de glóbulos rojos.

c. *Anemia perniciosa*

Esta se produce cuando el estómago no logra producir la cantidad suficiente de la proteína que ayuda a la absorción de la vitamina B12 (Ministerio de Salud del Perú, 2017b).

d. *Anemia por deficiencia de ácido fólico o megaloblástica*

Cuando la alimentación que se consume no existe la cantidad necesaria de este nutriente, se produce un incremento del tamaño de los glóbulos rojos de forma anormal (Ministerio de Salud del Perú, 2017b).

e. Anemias causadas por enfermedades crónicas

Existen algunas enfermedades de tipo inflamatorio, de trastornos del sistema inmunitario, cirrosis, infecciones crónicas, o cáncer que podrían afectar en forma negativa la producción de glóbulos rojos (Ministerio de Salud del Perú, 2017b).

f. Anemia drepanocítica

Este tipo de anemia tiene un carácter genético, ya que es hereditaria y se produce por alteración de la hemoglobina, ya que los glóbulos rojos cambian de forma, reduciendo la cantidad de oxígeno para transportar hasta los tejidos (Ministerio de Salud del Perú, 2017b).

g. Anemia hemolítica

En este tipo de anemia es el mismo sistema inmunitario el que va a destruir los glóbulos rojos (Ministerio de Salud del Perú, 2017b).

h. Anemia aplásica idiopática

Se produce cuando se producen daños en las células madres que se encargan de la producción de las células sanguíneas en la médula ósea (Ministerio de Salud del Perú, 2017b).

i. Talasemia

Tiene un carácter genético o de tipo hereditario y se produce como consecuencia de un defecto en los genes (Ministerio de Salud del Perú, 2017b).

3.1.2. Niveles de anemia

El diagnóstico clínico está relacionado a la identificación de signos y síntomas a través de la anamnesis y examen físico completo; este diagnóstico depende del nivel de anemia ferropénica y de la rapidez con la que esta se instaura. La anemia leve o moderada, pueden cursar con poca sintomatología o incluso de forma asintomática (Freire, 2015).

En cuanto al diagnóstico de laboratorio: Se establece determinando la concentración de hemoglobina en sangre capilar o venosa; se pueden usar métodos directos como el hemoglobinómetro (Ministerio de Salud del Perú, 2017a).

El valor normal de hemoglobina en infantes es de: 11- 14 g/dL; así, se considera anemia cuando los valores de hemoglobina están por debajo de 11.0 g/dl en niños de 6 meses a 5 años de edad y se clasifica en tres niveles (Ministerio de Salud del Perú, 2017a):

- Leve (10.0 – 10.9 g/dl)
- Moderada (7.0 – 9.9 g/dl)
- Severa (< 7.0 g/dl)

3.1.3. Anemia en niños entre 6 meses y 5 años

Fundamentalmente en los infantes entre los 6 meses y 5 años se produce la anemia ferropénica por la falta de consumo de hierro. De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para el Niño y Adolescente, un 90 % de la mayoría de casos de anemia a nivel mundial son producidos por la deficiencia de hierro en sangre. Asimismo, en América del Sur y en América Central, la prevalencia de la anemia generado por el déficit de hierro es un grave problema de salud pública, que afecta aproximadamente al 50 % de las madres gestantes y de los niños (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Es importante reconocer que la anemia se inicia durante la gestación. Por lo tanto, la buena alimentación debe empezar desde el momento que la futura madre descubre que está embarazada. Lo primero que se debe hacer es determinar una dieta equilibrada, consumir alimentos de origen animal ricos en hierro todos los días y tomar los suplementos de hierro que ofrecen gratuitamente en el establecimiento de salud (Ministerio de Salud del Perú, 2017a).

Según Freire (2015) el niño debe tener lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los seis meses. A partir de esa edad, debe consumir todos los días ciertos

alimentos de origen animal ricos en hierro, como carnes rojas, hígado, pescado, sangrecita. Además, es importante que el niño reciba su suplemento de hierro a partir de los 4 meses, en forma preventiva.

Así, según el Ministerio de Salud del Perú y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (2017) existen dos tipos de hierro en la dieta alimentaria humana:

a. Hierro hemínico

Este forma parte de la hemoglobina y mioglobina de tejidos animales. Es absorbido con mucha mayor eficiencia que el hierro no hemínico y más aún porque potencia la absorción, es del 15 al 35 %. Los alimentos con mayor contenido de hierro hemínico son: sangrecita, vísceras rojas (bazo, hígado de pollo, riñones y bofe), pavo, carne de res, pescados, entre otros, como se detalla a continuación (Ministerio de Salud del Perú y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, 2017).

b. El hierro no hemínico

Está presente en los alimentos vegetales, se encuentra principalmente oxidado en forma férrica (Fe^{3+}). Los taninos presentes en el té, café, cacao, infusiones de hierbas o mates en general, así como las bebidas carbonatadas bloquean de manera importante la absorción de hierro; en tanto que la vitamina C y vitamina A o betacarotenos ayudan a convertir el hierro de los vegetales en hierro hemínico, aumentando así su absorción (Ministerio de Salud del Perú y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, 2017).

3.1.4. Causas y factores de riesgo

La anemia ocurre generalmente cuando la dieta no proporciona suficiente hierro para satisfacer los requerimientos, existe una poca absorción y/o una pobre utilización del hierro ingerido, la causa nutricional es la más frecuente.

a. Deficiencia en la Ingestión

Clásicamente, la dieta variada de adultos no se considera como una causa frecuente de deficiencia de hierro por lo pequeño de las necesidades diarias de este metal;

por supuesto cuando aumente las necesidades como en etapas de crecimiento, el aporte dietético se vuelve de suma importancia; es así que la anemia atribuible exclusivamente a un ingreso dietético insuficiente de hierro se vuelve frecuente a partir de los 9 a 24 meses de edad (Salas, 2014).

Así mismo en niños mayores de seis meses la dieta constituye una causa importante en la deficiencia de hierro en grupos de poblaciones con situaciones económicas que lleven a una hipoalimentación o que conducen a malos hábitos dietéticos. Muchas veces una lactancia larga e inicio de Alimentación Complementaria tardía o incorrecta es causa de deficiencia de hierro en niños de 6 a 12 meses de edad (Salas, 2014).

b. Deficiencia en la absorción

La cantidad de hierro absorbido depende de la clase de comida ingerida del aporte, del aporte calórico y de la capacidad de absorción del intestino.

Un elemento importante es el contenido del hierro hemínico de la dieta, cuya absorción es más fácil que sus formas inorgánicas; los vegetales y los granos contiene fosfatos y fitatos que inhiben la absorción del hierro; por el contrario, la vitamina C, que está presente en los cítricos, la favorece (Freire, 2015).

Dicha absorción por el intestino delgado proximal es un proceso cuidadosamente regulado y ajustado por los niveles de hierro en depósitos y la demanda de la eritropoyesis; su deficiencia se observa en los síndromes de mala absorción y en general en cualquier proceso caracterizado por diarreas crónicas. Los niños únicamente absorben alrededor del 10 % del hierro que consumen en los alimentos, la mayoría de ellos necesita ingerir de 8 a 10 mg por día de este elemento (Ministerio de Salud del Perú y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, 2017).

Otras causas son la pérdida de sangre por infestación por nemátodos contribuye al desarrollo de la anemia ferropénica; en los niños prematuros, la anemia es secundaria

a un depósito de hierro inadecuado. Otras deficiencias nutricionales como deficiencia de Vit B6, B12 riboflavina y ácido fólico se asocian también con la anemia. Las enfermedades crónicas, enfermedades inflamatorias representan la segunda causa más importante de anemia (Freire, 2015).

Según el Ministerio de Salud (2017a) presentan riesgo de adquirir la anemia ferropénica los niños que son prematuros y que tienen bajo peso al nacer; también aquellos infantes, niños y adolescentes con inadecuados hábitos de alimentación, y las madres que sufren de anemia o que durante el embarazo la tuvieron.

Así también, se considera causa y factor de riesgo la incorrecta alimentación, que se da mayormente cuando se empieza a dar los primeros alimentos a los infantes, sea paralelamente con la leche materna al séptimo mes, durante el destete o después de este. Muchos de estos alimentos no cubren las necesidades energéticas y otras, ya que existe la tendencia al consumo de alimentos que no son ricos en hierro como son: grasa, harinas y azúcares; ni tampoco se combina en sus preparaciones harinas, carnes, frutas y verduras (Rao, 2007).

Por otro lado, también es un factor de riesgo el consumo de alimentos denominados chatarra. Según Smith (2007) debido a sus componentes este tipo de alimentos incrementa el apetito y aumenta la sed; no aporta sustancias nutritivas o saludables, por el contrario, las grasas y el resto de los ingredientes de la comida chatarra pueden provocar trastornos en la salud.

En forma específica se agrupan los factores de riesgos en:

a. Los relacionados con la persona

- Hijos de madres adolescentes.
- Recién nacidos prematuros y/o con bajo peso al nacer.
- Corte prematuro del cordón umbilical.

- Alimentación complementaria deficiente en productos de origen animal ricos en hierro.
 - Niñas y niños menores de 2 años.
 - Niños y niñas con infección intestinales recurrentes.
 - Hijos de madres con embarazo múltiple.
 - Niñas y niños menores de 6 meses sin lactancia materna exclusiva.
- b. *Relacionados al medio ambiente*
- Zonas con saneamiento ambiental deficiente.
 - Zonas endémicas con parasitosis.
 - Familias con limitado acceso a información nutricional.
 - Zonas endémicas de malaria.

3.1.5. Consecuencias de la anemia en el desarrollo infantil

Respecto a los efectos, en la primera infancia, se empeora como consecuencia de una incorrecta alimentación, que se da mayormente durante el destete, es decir se da cuando se deja de dar la leche materna y se reemplaza por alimentos que no son ricos en hierro. Por ejemplo, se empieza a dar en muchos casos la leche de vaca, ya que a pesar de presentar hierro no sobrepasa a la leche materna, debido a que su biodisponibilidad es baja (Rao, 2007).

La anemia ferropénica durante la lactancia y la infancia temprana se puede relacionar directamente con retrasos en el desarrollo motriz y alteraciones en cuanto a conductas muchas veces irreversibles.

Para Zavaleta y Irizarry (2016) la anemia tiene efectos negativos en el desarrollo cognitivo, motor, comportamiento y crecimiento durante los primeros años de vida. A su vez, tiene consecuencias en los logros educativos y el desarrollo del capital humano, en la productividad y calidad de vida de los peruanos en el futuro.

Las principales alteraciones que se producen en esta patología son:

a. Consecuencias sobre el sistema nervioso central

Han aparecido decenas de estudios demostrando que la anemia Ferropénica en la infancia produce un retraso del desarrollo psicomotor y que estos efectos persisten hasta los 5 y 10 años, a pesar del tratamiento oportuno y satisfactorio de acuerdo con las normas pediátricas habituales. Sin embargo, las pruebas conductuales a veces son de interpretación incierta (Ministerio de Salud del Perú y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, 2017).

Barreno (2014), al respecto, señala que en los últimos años se ha determinado alteraciones en parámetros neurofisiológicos del sistema nervioso central. Según este autor el hierro es indispensable para la síntesis y mantención adecuada de la mielina por los oligodendrocitos.

b. Reducción de la capacidad física para realizar esfuerzos

La incapacidad de un adecuado aporte de oxígeno a la célula, así como la deficiencia de la cadena de transporte electrónico impiden una adecuada obtención de energía que explica entre otros efectos, la sensación de fatiga, apatía, mareos, debilidad, irritabilidad, anorexia, mialgias e incluso parestesias de pies y manos (Barreno, 2014).

c. Palidez de piel y mucosas

Se debe a la disminución del pigmento hemático y la palidez cutánea a una vasoconstricción local ya que, como mecanismo homeostático circulatorio, se produce una desviación de la sangre desde la piel y riñón a los órganos vitales (Barreno, 2014).

d. Afectación cerebral

Se pueden afectar determinadas estructuras cerebrales que requieren un contenido relativamente elevado de hierro. La sintomatología de la afectación nerviosa puede ser muy variada, pudiendo llegar a afectarse la atención, la memoria y el aprendizaje.

Con respecto a las manifestaciones de la patología en el sistema nervioso, hay que tener en cuenta que al nacimiento sólo existe en el encéfalo un 10 % del hierro presente en la edad adulta, aumentando el contenido neuronal hasta el 50 % a los 10 años, alcanzando el nivel máximo entre los 20 y los 30 años. Lo más relevante observado en animales de experimentación es que, si no se alcanzan los niveles de hierro, sobre todo durante la época de crecimiento, no se pueden conseguir posteriormente, a pesar de un importante suministro de hierro, lo que conlleva un riesgo de afectación neuronal (Zavaleta y Irizarry, 2016).

e. Disminución de las defensas frente a agentes infecciosos

Se produce una disminución de la respuesta inmune mediada por células (linfocitos T), ya que disminuye la actividad de la enzima dependiente de hierro, lo cual implica un bajo mecanismo de defensa.

3.2. Características socio culturales y económicas

Macías (2011) afirma que los factores socioculturales no son dimensiones ni elementos; son condiciones determinantes en tanto reportan esencialidades de los comportamientos humanos. Aspectos como la religiosidad, costumbres y tradiciones aportan un conjunto de significados y se constituyen en elementos necesarios para adaptarse al patrón de conducta presente en la sociedad, y por tanto son susceptibles de generar determinadas actitudes y comportamientos.

Entonces los factores socioculturales están relacionados fundamentalmente a las tradiciones, creencias, las costumbres y la religión que desarrollan las familias y comunidades dentro de un mismo espacio geográfico; por lo tanto, son estos factores los que influyen en las actitudes y patrones de comportamiento en las personas.

Así, se encuentran determinados por el entorno en el que vive o por el contexto social, en el que influye las relaciones, las exigencias sociales, la información, la publicidad, la moda, entre otros (Macías, 2011).

3.2.1. Características socioeconómicas

a. Características de ocupación e ingreso económico

En la actualidad la participación femenina en los diferentes campos laborales es más amplia, la mujer ayuda en la estabilidad del hogar, dando seguridad económica a su familia, principal estímulo para salir adelante, ya que su ingreso se ha vuelto imprescindible para la supervivencia de los hogares (Macías, 2011).

Tal vez con el ingreso de la mujer al trabajo y su aporte al ingreso familiar, la economía en el hogar ha mejorado pero la desatención que sufren los niños, es un factor trascendental para posibles conflictos de salud en el futuro del infante. Existen evidencias, que estar económicamente mejor no es garantía de buena alimentación, ya que por el horario de trabajo muchas madres no pueden amamantar o brindarles los alimentos necesarios a sus hijos.

La influencia de los recursos económicos en los hábitos alimenticios es evidente, pues ante la ausencia de dinero es imposible acceder a determinados alimentos; así, los hogares con escasos recursos pueden tener dificultades para comprar suficiente alimento o para modificar su alimentación por motivos de salud (Macías, 2011).

Las familias pobres a menudo presentan dietas nutricionalmente inadecuadas y tienden a estar por debajo de los niveles recomendados de energía y algunos nutrientes.

La pobreza en nuestro país repercute en la alimentación de la población, principalmente en aquellos que se encuentran en pobreza extrema, donde la alimentación se basa fundamentalmente en el consumo de carbohidratos, siendo el nutriente que más predomina en la dieta del poblador peruano. Los cuidadores que pertenecen a los grupos

socioeconómicos menos favorecidos tienen mayor riesgo de tener niños con bajo peso, ya que es de vital importancia la influencia económica en la alimentación de los niños (Macías, 2011).

b. Procedencia y la nutrición

Es el origen del cual proceden las personas inicio de algo o el principio de donde nace o deriva, se utiliza para nombrar la nacionalidad de una persona o el lugar de donde procede.

Las regiones del país que tienen un alto índice de ruralidad presentan un alto nivel de dispersión poblacional y de escasez de servicios básicos. Son también las regiones donde se concentran los mayores niveles de pobreza del país y los más altos índices de morbi-mortalidad (Titi y Cahuana, 2019).

Por lo que las horas dedicadas al cuidado de los bebés y niños pareciera estar subestimado. Un estudio realizado en Lima (Aguirre, 2009) encontró que el tiempo promedio total dedicado en los hogares a las tareas de cuidado de los menores de 12 años era de 43 horas semanales, equiparable según los autores a una jornada laboral completa. Una buena parte de las preocupaciones de las familias está asociada a la necesidad de generar ingresos adecuados para su mantenimiento y cubrir las necesidades y expectativas de sus integrantes.

c. Edades de las madres

Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta la ancianidad expresada en años, cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona (Turiani, Pamplona, Komura y Chávez, 2009).

Las edades de las madres en la proporción de alimentos nutritivos a sus hijos tienen especial influencia, sobre todo en el caso de las madres adolescentes, según Turiani et al. (2009) “estas deben madurar precozmente para asumir sus responsabilidades como

madres y, frecuentemente, están expuestas a condiciones sociales desfavorables que afectan el cuidado del niño (lactancia materna, nutrición apropiada) y entre otros deben afrontar la desestructuración familiar, la falta de apoyo de los padres y las uniones inestables, el abandono escolar, la disminución de las oportunidades de empleo, etc.”

d. Vivienda

Las condiciones de la vivienda también influyen en el desarrollo de la anemia, al no ofrecer un espacio saludable que favorezca el desarrollo integral del niño. Así también, el inadecuado acceso al agua potable y falta de saneamiento, también, son factores que influyen a que los niños puedan contraer enfermedades infecciosas u otras que se complican posteriormente con cuadros de anemia (Guizado, 2018).

e. Estructura familiar

Anaya, Fajardo, Calleja y Aldrete (2018) consideran que: “La estructura familiar se refiere al número de miembros y tipo de lazo de parentesco existente entre ellos”. De esta manera la familia como estructura integrada por personas, se va modificando a lo largo del tiempo, se va remodelando y adoptando diferentes formas y diferentes funcionamientos. Sin embargo, en nuestra sociedad se van conformando con frecuencia creciente nuevos modelos de familia, que tienen derecho a ser consideradas familias en sí mismas y no una versión defectuosa del modelo tradicional.

La disolución del núcleo familiar, hijos de madres solteras o que ambos progenitores deben de trabajar fuera de casa y dejar los niños pequeños al cuidado de terceras personas como son las niñeras que descuidan la alimentación equilibrada. Así también, una elevada carga familiar demanda un mayor ingreso para cubrir las necesidades básicas (Guizado, 2018).

f. Alimentación nutritiva

La responsabilidad familiar se refiere fundamentalmente al cuidado del niño, brindándole una alimentación saludable y nutritiva para evitar la presencia de enfermedades en los niños. Respecto a los conocimientos, en general el conocimiento se refiere a toda información que posee el individuo por medio de una educación formal o informal, los cuales muchas veces pudieron ser adquiridos por creencias costumbres y prácticas. “El conocimiento es definido por la mayoría de autores como un proceso de adquisición de información mediante la experiencia o la educación, originando cambios en el proceso de pensamiento, acciones o actividades de quien aprende” (Martínez, Avila y Valenzuela, 2014).

Para la prevención de la anemia ferropénica y la desnutrición las madres priorizan ciertos alimentos que debe consumir con mayor frecuencia el niño(a) para ello deben tener conocimientos nutricionales básicos como que los niños deben consumir 5 comidas diarias y estos deben ser balanceados; además de que los alimentos sean ricos en hierro (Ministerio de Salud del Perú, 2016).

Los requerimientos de hierro considerados como normales varían según la edad, el género y algunas condiciones fisiológicas normales en la mujer como: ciclo menstrual, embarazo y lactancia. También, en el desarrollo y crecimiento del niño existen varias etapas de requerimiento mayor del hierro, aumentando de 1.5 a 2 veces. En el primer año de vida, por cuanto se triplica el peso y volumen sanguíneo y duplica su hemoglobina corporal; en la adolescencia, la edad adulta en mujeres gestantes y durante la lactancia (Ministerio de Salud del Perú, 2017a).

El aporte de hierro al organismo resulta del producto de la cantidad que se ingiere de hierro y la cantidad que es absorbida; así, el organismo absorbe solamente el 10 % del elemento contenido en los alimentos; consecuentemente la alimentación exclusiva con leche materna o con la leche de vaca no cubre el requerimiento de hierro en los lactantes; de allí la necesidad de que consuma otros alimentos como prevención de la deficiencia de hierro (Ministerio de Salud del Perú, 2017b).

El requerimiento de ingesta de hierro se aprecia en la Tabla 2.

Tabla 2

Requerimiento de hierro diario según sexo y edad (mg/día)

Requerimiento de hierro	Mujeres	Varones
6 meses a 8 años	11	11
9 - 13 años	08	08
14 - 18 años	15	11
Gestantes	30	-
Mujeres que dan de lactar	15	-

Fuente: Adaptado del Ministerio de Salud del Perú (2017b).

La leche materna contiene alrededor de 0.3 mg de hierro /L, y la leche entera de vaca, 0.8 mg/ L; sin embargo, la absorción del hierro de la leche materna es hasta de 50 %, y sólo del 10 % para la leche de vaca. Además, algunos alimentos favorecen la absorción del elemento y otros la disminuyen (Ministerio de Salud, 2017b).

La prevención de la deficiencia de hierro consiste principalmente en que la madre, padre o tutor responsable del cuidado y atención del menor le proporcione en su alimentación fuentes adecuadas de hierro, alimentándolos con alimentos de origen animal por su alto contenido y fácil absorción de hierro, alcanzando a 60 %; seguidamente en las menestras se absorbe el 40 % del hierro que contienen. La buena alimentación rica en hierro es muy importante en los primeros años de vida (Ministerio de Salud del Perú, 2016).

El hierro se encuentra en dos formas en los alimentos, como hierro hemínico y no hemínico. Con respecto al hierro hemínico tiene mejor biodisponibilidad, debido a esto es absorbido con mayor facilidad en el tracto intestinal (hasta 10 veces más que el hierro no-hemínico) y es fácil encontrar ya que se halla en las carnes rojas, vísceras, pescados y aves (Ministerio de Salud del Perú, 2016).

Así, por ejemplo, las carnes rojas tienen entre 30 % a 70 % de hierro hemínico, pero sólo se absorbe aproximadamente entre el 15 % y 35 %. al igual que las proteínas que se hallan en las carnes rojas, estas pueden aumentar la absorción de hierro en personas

con suplementación ferrosa. Asimismo, el hierro hemínico ayuda a su vez a la absorción del hierro no-hemínico. Por su parte, el hierro no-hemínico se absorbe en menor cantidad (10 %) y se encuentra en los vegetales como espinacas, menestras, lácteos y huevos (Ministerio de salud del Perú, 2017b).

Según el Ministerio de Salud (2017b) a través de las tablas peruanas de composición de alimentos nos brinda el contenido de hierro que existe en los distintos alimentos (Tabla 3).

Tabla 3

Contenido de hierro en los alimentos

Alimento	Cantidad de hierro (mg/30g de alimento)
Sangre de pollo cocida	8.9
Bazo de res	8.6
Riñón de res	3.4
Hígado de pollo	2.6
Charqui de res	2.0
Pulmón (bofe)	2.0
Hígado de res	1.6
Carne de carnero	1.1
Pavo	1.1
Carne de res	1.0
Pescado	0.9
Carne de pollo	0.5

Fuente: Ministerio de Salud del Perú (2017b).

Se aprecia que la mayor cantidad de hierro se encuentran en los alimentos como sangre de pollo cocida y el bazo de la res: en tanto que en menor proporción se encuentra en carne de res, pescado y pollo. La absorción del hierro dependerá siempre de la presencia de otros nutrientes o sustancias en la dieta. por ejemplo, tales como las vitaminas C y A, permiten favorecer su absorción, y por otro lado que los fitatos (presente en las cáscaras de semillas, frutas secas, cereales y fibra), los polifenoles (antioxidantes

provenientes de las uvas, cacao, granadas, té, nueces y maní), los oxalatos (constituyente de las leguminosas) y calcio reducen la absorción de hierro (Ministerio de salud, 2017b).

El ácido ascórbico (vitamina C) es el promotor más poderoso de la absorción del hierro no hemínico de los alimentos, y el calentamiento prolongado lo desactiva; el ácido cítrico promueve la absorción del hierro de diversas frutas. Por otra parte, taninos (té), cereales y legumbres inhiben la absorción del hierro (Ministerio de Salud del Perú, 2017b).

Asimismo, se sabe que la vitamina C (presente en las frutas cítricas como las fresas, naranjas, kiwi, guayaba, papaya, melón y en vegetales como el brócoli y el pimiento) es muy beneficiosa a la hora de la absorción y metabolismo, pese a la presencia de inhibidores como los fitatos y oxalatos (Ministerio de Salud del Perú, 2017b).

Esto en general es atribuido a que la vitamina C permite que el medio ácido en el estómago, por ende, genera que halla la solubilidad del hierro e incluso actuara como un efecto antioxidante y como tal, donara electrones intracelularmente las cuales producirán una mejora en la actividad de la ferri-reductasa, enzima que ayuda en la absorción del hierro (Flores, Quispe y Sprungli, 2016).

Opuestamente a ello, existen compuestos alimenticios que disminuyen la absorción del hierro. Como se mencionó son los fitatos, polifenoles, oxalatos y calcio reducen la absorción del hierro no hemínico entre 51 % a 82 % ya que forman compuestos que no son solubles con el hierro y por esa razón hace que se dificulte su absorción. Los polifenoles y taninos presentes en las bebidas de consumo frecuente, como el té y el café, podrían inhibir la absorción de hierro. por ejemplo, en el caso del té, la absorción de hierro se va a ver afectada en un 90 % (Flores et al., 2016).

Sin embargo, se debe dejar en claro que esto no significa que deben de dejar de comer este tipo de alimentos en la dieta de las personas, sino que lo ideal es consumir este

tipo de alimentos intercalándolos entre las comidas para que no sean un obstáculo a la hora de que se realice la absorción del hierro (Flores et al., 2016). Estos mismos autores señalan que para prevenir la presencia la anemia paralelamente a la lactancia, a partir de los seis meses, debe de incorporarse diariamente alimentos de origen animal, de origen vegetal ricos en hierro; esta debe ser variada y balanceada, realizar control de la parasitosis intestinal: en zonas endémicas de parasitosis, las niñas y niños deberán recibir tratamiento de acuerdo a la normatividad establecida.

Tomando en cuenta que el niño a los 6 meses también empieza a consumir los micronutrientes que contiene vitamina A, zinc, vitamina C, Hierro y ácido fólico que va combinado con sus alimentos para prevenir la anemia ya que se ha observado que cuando los niños principian en comer suelen bajar su hemoglobina debido a una alimentación pobre en hierro, los micronutrientes es una medida que se utiliza para ayudar a prevenir la anemia en niños debido a que contiene hierro, a la iniciación del micronutrientes se realiza una consejería nutricional a la madre para explicarle la importancia de que lo consuma el niño y de cómo se debe de consumir, como es la preparación para que su menor hijo lo coma sin dificultad (Quispe, 2017).

La cantidad de hierro de origen animal que debe consumir el niño desde los 6 meses en adelante es de 2 cucharadas; así mismo deberá incluir en la dieta el consumo de los micronutrientes un sobre diario, (12 cajas); por lo tanto entre los 6 y 8 meses consumirá de 3 a 5 cucharadas de alimento de consistencia de una papilla espesa, más un sobre de micronutrientes; entre los 9 y 11 meses, se incrementara a 5 - 7 cucharadas de alimento picado, más el sobre de micronutriente, y finalmente los niños mayores de 1 año deberá consumir alimentos de 7 a 10 cucharadas (Ministerio de Salud del Perú, 2016).

Respecto al consumo de frutas, la Organización Mundial de la Salud (2019) señala que es sumamente importante en la nutrición, ya que nutricionalmente aportan agua,

vitaminas, minerales, fibra y diferentes compuestos beneficiosos para el organismo humano. Permiten fortalecer la salud, prevenir enfermedades y la absorción de nutrientes que el organismo humano necesita.

Los alimentos de origen vegetal en especial las menestras, cuyo tipo de hierro se encuentra en forma de hierro no hemínico son primer lugar las lentejas, los garbanzos, frejoles y pallares (Ministerio de Salud del Perú y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, 2017).

3.2.2. Características culturales

a. Grado de instrucción

El nivel de educación no sólo puede favorecer una mejor posibilidad ocupacional y con ello un mayor ingreso o remuneración; sino que de manera importante puede mejorar los conocimientos de diferentes aspectos, puede también moldear la percepción del contexto social y una mejor toma de decisiones; contribuyendo de esta manera a un mayor crecimiento social. Así, la falta de conocimiento respecto a la alimentación adecuada, equilibrada, completa y suficiente es una característica limitante para lograr una dieta balanceada, influyendo en los hábitos dietéticos de una población; consecuentemente contribuye a acceder a una mejor calidad de vida. Reinoso, Sigüencia y Tigre (2014) al respecto señala que: “El nivel de instrucción de los padres o cuidadores puede estar relacionado con una adecuada selección y preparación de los alimentos, además le permite tener mayores elementos y estrategias para guiar una buena conducta alimentaria que lo acompañará el resto de su vida”.

Entonces, el nivel de instrucción es una característica que favorece o no el conocimiento respecto a los alimentos ricos en hierro o alimentos que favorecen o inhiben la absorción de hierro.

b. Comportamiento alimentario

Se refiere al comportamiento que asumen en cuanto a los alimentos que consumen: así como su preparación, sustentada generalmente en patrones de comportamiento que pueden derivarse de tradiciones y costumbres alimentarias (de sus antepasados) (Alcázar, 2015).

Girolami (2016) define el comportamiento alimentario como el conjunto de acciones relacionadas fundamentalmente con la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos.

En los seres humanos los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida; en los que el niño incorpora la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias desde esa edad; entonces la conducta alimentaria comienza a moldearse desde el inicio de la vida y se va estableciendo como patrón alimentario (Girolami, 2016).

Entonces generalmente este comportamiento es adquirido por medio de la experiencia directa con la alimentación que recibe en el entorno familiar y social, la cual es resultado de imitación de modelos, disponibilidad de alimentos, estatus social, tradiciones culturales, etc.

Salas (2014) considera que el comportamiento alimentario asumido por la madre de familia está de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias. Por ejemplo, las representaciones que tiene ella sobre el cuerpo ideal del hijo; por lo tanto, su perfil de alimentación ideal irá acorde con tal percepción.

3.3. La familia

La familia es considerada el núcleo o unidad básica de la sociedad, que se crea a partir de los vínculos de afinidad, convivencia, matrimonio y consanguineidad, en ella se proporciona a sus miembros protección, compañía, socialización y seguridad. Es definida como: “Un grupo de personas vinculadas generalmente por lazos de parentesco, ya sean de sangre o políticos, e independientemente de su grado, que hace vida en común, ocupando normalmente la totalidad de una vivienda” (Instituto Vasco de Estadística, s.f.).

Tabla 4

Tipos de familia

Tipos	Características
Familia Nuclear	Incluye al marido, la esposa unidos en matrimonio e hijos no adultos.
Cohabitación	Convivencia de una pareja unida por lazos afectivos; pero sin vínculo legal matrimonial, se denomina también pareja de “hecho”. En nuestra sociedad es habitual que este modelo de convivencia como una etapa de transición al matrimonio.
Familia unipersonal	Compuestos por una sola persona, generalmente jóvenes solteros, adultos separados o divorciados y ancianos viudos por fallecimiento de uno de los cónyuges.
Familia monoparental	Constituidos por una madre o un padre que no convive con una pareja (casada o en cohabitación), y que vive, al menos con un hijo menor de 18 años; aunque actualmente se puede incluir hijos mayores de edad.
Familia Extensa	Son aquellas que, siguiendo la línea de descendencia, incluyen como miembros de la unidad familiar a personas de todas las generaciones: abuelos, hijos, nietos, tíos, etc.
Familias reconstituidas	Aquellas que después de una separación, divorcio o muerte de uno de los cónyuges se rehacen con el padre o la madre que tiene a su cargo los hijos y un nuevo cónyuge que puede aportar o no hijos propios.

Fuente: Adaptado de Martínez, et al. (2013).

La familia como una unidad que se desarrolla en el contexto social ha ido cambiando, debido a la dinámica social, tanto en su estructura como en las formas de convivencia de sus miembros. Según Utrilla (1985). la estructura familiar se refiere básicamente al “número de miembros y tipo de lazo de parentesco existente entre ellos”; y para Sánchez (2014) considera que de acuerdo al número de miembros que las compongan pueden ser: pequeña cuando sólo tienen un hijo, mediana cuando tienen entre 2 y 3 hijos, y es numerosa cuando la familia está compuesta por 4 o más hijos.

De esta manera la familia en su estructura, a lo largo del tiempo, se ha ido modificando; de esta manera hoy por su estructura existen distintos tipos de familia y según Martínez, Estévez e Inglés (2013) la clasifican de la siguiente manera:

4. Antecedentes investigativos

4.1. Internacionales

Serrano Arias, Gabriela y Abril Orellana, Xavier (2011). Prevalencia de anemia ferropénica en niños de 1 mes a cuatro años 11 meses y factores de riesgo asociados. Fundación Pablo Jaramillo Crespo Cuenca – Ecuador 2010. Tuvo como objetivo: determinar la prevalencia de anemia ferropénica en niños de 1 mes a cuatro años 11 meses y factores de riesgo asociados. Fundación Pablo Jaramillo Crespo Cuenca – Ecuador 2010.

Concluyo en que: La anemia es un problema grave de Salud pública en la población estudiada; de causa multifactorial con relación estadística en cuanto a edad, estado nutricional y hábitos alimentarios por ello es necesario fomentar un estilo de alimentación Saludable, promover la lactancia materna e iniciar suplementos nutricionales en los primeros meses de vida; y de esta forma hacer un seguimiento adecuado multiprofesional tanto para la prevención como el tratamiento de esta patología.

Pazos Galeas, Shurguen (2017). La prevalencia de anemia en niños de 7 meses a 9 años de edad y su relación con el conocimiento de la alimentación saludable por parte de los cuidadores en el centro de Salud de Pascuales. Ecuador.

Tuvo como objetivo determinar la prevalencia de anemia en niños de 7 meses a 9 años de edad y su relación con el conocimiento de la alimentación saludable por parte de los cuidadores en el centro de Salud de Pascuales. El método de estudio fue observacional, descriptivo, relacional, de corte transversal. la muestra fue de 102 niños/as de 7 meses a 9 años de edad.

Los resultados fueron que la incidencia de anemia en los niños/as fue de 26 % siendo más afectado el grupo etario de 5 a 9 años y en el sexo masculino. Asimismo, encontró que sólo el 5.9 % del total de los cuidadores de niños con anemia leve tienen conocimiento de la alimentación saludable y el 13.3 % de cuidadores de niños con anemia moderada; concluyendo en que existe una relación de forma significativa entre la prevalencia de anemia en niños de 7 meses a 9 años de edad y el conocimiento de alimentación saludable por parte de los cuidadores del consultorio.

Calle Gaón, Jenny y Muñoz Ortiz, Georgina (2016). Anemia y factores asociados en niños menores de 5 años. Centro creciendo con nuestros hijos (CNH) Rivera 2015. Ecuador. Se formuló como objetivo determinar la prevalencia de la anemia y sus factores asociados en 90 niños menores de cinco años que acuden a los centros Creciendo con Nuestros Hijos, de la parroquia Rivera en el cantón Azogues.

Concluyo que: Entre los factores asociados que se encontraron fue la lactancia exclusiva, haber tenido enfermedad diarreica el último mes, consumo de frituras, el tipo de agua, bajo ingreso económico y la presencia de otros niños en la casa. Llegando a la conclusión que los factores de riesgos tanto biológicos, sociales y ambientales están

relacionados a la anemia en la Parroquia Rivera por lo que es importante el seguimiento para la detección temprana.

Los niños que asisten a los CNH de la parroquia Rivera presentan un porcentaje alto de anemia que corresponde al 55.6 %. Siendo necesaria una intervención que contribuya a fortalecer los sistemas de salud que atienden a los niños.

Borge Romero, Ernesto; Pineda Centeno, Luz y Sandres Huele, Anielka (2015). Prevalencia de anemia y factores asociados en niños de 2 meses a 10 años de edad. Sala de Pediatría Hospital de Estelí Enero–Marzo 2014. Nicaragua. Tuvo como objetivo: objetivo fue determinar la prevalencia de anemia y factores asociados a su desarrollo en niños de dos meses a 10 años de edad en el Hospital San Juan de Dios de Estelí.

Entre los principales resultados del estudio destaca que la prevalencia de anemia encontrada fue de 21.1 % no encontrando diferencia entre sexo, el 72 % de los niños tenían IMC normal, un 75 % de los niños recibieron lactancia artificial antes de los 6 meses de edad y que el 80 % de los niños recibían una dieta inadecuada de acuerdo a los requerimientos diarios de hierro, el 62 % de los casos eran anemia leve, y el 50 % de los niños presento anemia microcítica hipocrómica.

Y concluye que predomina la anemia en niños menores de un año que en su mayoría recibieron lactancia artificial antes de los 6 meses. Los niños en su mayoría fueron ablactados antes de los 6 meses, pero en su mayoría no recibían una dieta adecuada según requerimientos diarios de hierro y predomino la anemia microcítica hipocrómica que orienta a tratarse de Anemia Ferropénica.

4.2. Nacionales

Santa Cruz Coba, Imelda Delicia (2017). Factores socioculturales que influyen en la aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes en las familias con niños menores de 3 años. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca.

Arribo a las conclusiones siguientes:

Las características sociales directamente relacionadas en la influencia de la aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes son el nivel educativo de la madre o cuidadora de los niños y la religión de las familias con niños (as) menores de 3 años de la jurisdicción y zonas de influencia del Hospital de Apoyo Chilete II- E.

Los factores socioculturales que influyen en la aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes, según los resultados obtenidos son las creencias alimentarias, las redes de apoyo social, la responsabilidad familiar y la respuesta de los servicios de salud.

El nivel de aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes en las familias de Chilete con niños menores de 3 años es bajo. En las familias de Chilete con niños menores de 3 años de edad predomina el desconocimiento sobre la preparación adecuada del suplemento y ciertos criterios equívocos de motivación como el crecimiento y la ganancia de peso del niño. Con los resultados obtenidos en el presente trabajo queda demostrado que la mayoría de los factores socioculturales planteados en el supuesto hipotético influyen directamente en la aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes.

Jesús Pacheco, Elsa Edith (2017). Factores socioculturales de madres y prevención de anemia en niños de 6 a 36 meses, Centro de Salud San Luis, 2017. Lima: Universidad Inca Garcilazo de la Vega. Tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores socioculturales de las madres y la prevención de la anemia en niños de 6 a 36 meses que acuden al centro de salud San Luis, 2017.

Concluyo que:

Existe una correlación directa y positivamente entre la variable factores socioculturales y la variable prevención de la anemia, según la correlación de Spearman de 0.687, teniendo un resultado moderado.

Existe una correlación directa y positivamente entre la dimensión factor social y la variable prevención de la anemia, según la correlación de Spearman de 0.705, teniendo un resultado moderado.

Existe una correlación directa y positivamente entre la dimensión factor cultural y la variable prevención de la anemia, según la correlación de Spearman de 0.622, teniendo un resultado moderado.

Guizado Acosta, Elizabeth (2018). Características socioculturales que influyen en la prevalencia de anemia ferropénica, en niños de 6 a 35 meses del establecimiento de Salud Kishuara, enero a marzo, 2017.

Se planteó como objetivo general: determinar las características socioculturales que influye en la prevalencia de anemia ferropénica.

Concluyo en que:

La característica sociocultural en el nivel de educación de las madres no influye en la prevalencia de anemia ferropénica, en niños de 6 a 35 meses, del Centro de Salud de Kishuara, de Enero a Marzo 2017. La característica sociocultural de tipo de familia constituida no influye en la prevalencia de anemia ferropénica, en niños de 6 a 35 meses, del Centro de Salud de Kishuara, de Enero a Marzo 2017.

La característica sociocultural de habitó de consumo de sustancias nocivas de las madres de familia no influye en la prevalencia de anemia ferropénica, en niños de 6 a 35 meses, del Centro de Salud de Kishuara, de Enero a Marzo 2017. La característica sociocultural de tipo de familia funcional no influye en la prevalencia de anemia

ferropénica, en niños de 6 a 35 meses, del Centro de Salud de Kishuara, de Enero a Marzo 2017.

La característica sociocultural de procedencia de las madres no influye en la prevalencia de anemia ferropénica, en niños de 6 a 35 meses, del Centro de Salud de Kishuara, de Enero a Marzo 2017.

4.3. Locales

Ccallo Jimenez, Gisela y Escobedo Arévalo, Elena (2012). Factores socioeconómicos, culturales y de salud relacionados con la anemia ferropénica en niños beneficiarios del programa integral de nutrición del distrito de Cayma, Arequipa 2012. Tuvieron como objetivo analizar los factores relacionados con la anemia ferropénica en los niños beneficiarios del programa integral de Nutrición. Fue un estudio de tipo analítico- correlacional de corte transversal. Tuvieron una población de 282 niños entre 6 y 36 meses y una muestra de 148 niños.

Concluyo que: El 50.7 % presenta algún tipo de anemia (leve y moderada); y que los factores culturales y de salud tuvieron relación significativa con la anemia

Maldonado Portilla, Andrea y Tapia Zea, José (2015). Factores relacionados con la anemia en lactantes de 6 a 11 meses. Centro de Salud 15 de Agosto. Arequipa- 2015.

Se planteó como objetivo: determinar los factores personales, nutricionales y socioculturales que se relacionan con la anemia en lactantes de 6 a 11 meses. Centro de Salud 15 de Agosto. Arequipa- 2015.

Arribo a las conclusiones siguientes:

La edad de las madres en su mayoría fluctúa entre 18 y 37 años (90.3 %), sin embargo, existe un pequeño porcentaje de madres con menos de 18 años (1.5 %).

El 86,6 % de las madres tienen pareja (casadas o convivientes), y sólo un 13,4 % se encuentran solteras. La edad de los lactantes fluctúa entre 9 a 11 meses con el 40,3 % y sólo el 24,6 % son de 6 meses y finalmente el 56 % de lactantes es de sexo masculino y el 44% es del sexo femenino.

Los factores personales del lactante como: la lactancia antes del sexto mes, es decir la lactancia materna exclusiva, sólo la reciben el 58,2 %, y el 41,8 % ha recibido lactancia mixta. Los episodios de diarreas estuvieron presentes en 47 % de los lactantes, mientras que el 53 % no presentó ningún episodio. La mayoría de los lactantes (70,9 %) recibió chispitas y de este porcentaje el 53,1 % las recibe diariamente y el 46,9 % las recibe de forma interrumpida. Así mismo se encontró que el 29,1 % de lactantes no reciben chispitas.

En relación a los factores nutricionales del lactante se encontró que el 49,3 % de lactantes recibe leche materna de manera exclusiva mientras que el 10,4% recibe otros tipos de leche diferente a la materna y el 40,3 % recibe lactancia mixta. En el consumo de alimentos variados, el 55,2 % de los lactantes reciben de manera adecuada mientras que el 44,8 % lo recibe inadecuadamente. El 100 % de los lactantes tienen buen estado nutricional.

Entre los factores socioculturales de la madre se encontró que el 62,7 % de las madres tiene un ingreso económico familiar superior a 750 soles mensuales, mientras que en el 37,3 % su ingreso es inferior a 750 soles. El 54,5 % de las madres tiene nivel secundario y sólo el 1,5 % tiene nivel primario. Asimismo, el 67,9 % de las madres son amas de casa y el 4,5 % trabaja y estudia. En el nivel de conocimientos sobre anemia se observó que el 68,7 % de las madres tienen nivel alto y sólo el 1,5 % posee nivel de conocimientos bajo.

Se demostró mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi Cuadrado con un margen de error del 5 % que existe relación entre el tipo de leche de consumo del lactante, el consumo de alimentos variados, episodios de diarrea del lactante y el ingreso económico con la presencia de anemia en lactantes de 6 a 11 meses ($p \sim 0.05$). Se encontró que del total de lactantes de 6 a 11 meses (134) el 46.3 % es decir 62 lactantes tienen anemia.

5. Hipótesis

Dado que la madre es la principal responsable del cuidado y nutrición del niño, debe conocer y poner en práctica la elaboración de comidas con diferentes tipos de alimentos que pueden ayudar a prevenir la anemia.

Es probable que las características sociales, económicas y culturales de la madre influyan significativamente en la presencia de la anemia ferropénica que presentan los niños de 6 a 11 meses atendidos en el Centro de Salud 15 de Agosto.

6. Planteamiento Operacional

6.1. Técnica e instrumentos

6.1.1. Técnica

La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la encuesta a las madres de los niños de 6 a 11 meses y la observación documental para obtener información de la historia clínica respecto a la anemia que presentan los niños.

6.1.2. Instrumento

Para la recolección de datos relacionados a la variable características socio-culturales se aplicó el cuestionario elaborado por las autoras de la presente investigación, que presenta un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.876 (ver Anexo), según prueba piloto aplicado a 10 unidades de estudio de la muestra, definida como: “una

escala pequeña del estudio preliminar desarrollado para evaluar viabilidad, tiempo, coste para mejorar el diseño de estudio” (Arias, 2006).

Para la recolección de datos de la segunda variable se utilizó el instrumento ficha de observación aplicada a las historias clínicas (ver Anexo).

6.1.3. Diseño y tipo de investigación

El diseño de investigación es no experimental, que según Palella y Martins (2012) la define como aquel que se realiza sin manipular en forma deliberada ninguna variable. El investigador no sustituye intencionalmente las variables independientes. Se observan los hechos tal y como se presentan en su contexto real y en un tiempo determinado o no, para luego analizarlos.

Es una investigación de tipo correlacional, definida por Hernández, et al. (2011) como el tipo de estudio que tiene como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables, miden cada una de ellas y después, cuantifican y analizan la vinculación. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba estadística.

Presenta un enfoque cuantitativo, definido por Hernández et al. (2011) como: “aquella investigación en la que los valores de medición asumen expresión numérica; y, porque así lo enuncia los cánones de la investigación científica, ya que posibilita trabajar con cantidades en la investigación; además de medir eficazmente el instrumento aplicado”.

6.2. Campo de verificación

6.2.1. Ámbito geográfico

La investigación se desarrolló en el Centro de Salud 15 de Agosto, ubicado en Avenida Salaverry Nro 707, del distrito de Paucarpata, provincia y departamento de Arequipa.

6.2.2. Unidades de estudio

El universo lo conformaron las madres de familia y los niños de 6 a 11 meses con anemia ferropénica atendidos en el Centro de Salud 15 de Agosto entre los meses de enero a octubre de 2019, conformado por un total de 90 casos.

De este total se trabajó con una muestra (unidad de estudio) de 74 casos, utilizando el criterio no probabilístico, a conveniencia del investigador, que según Palella y Martins (2010) “es una técnica comúnmente usada que consiste en el no uso de una fórmula estadística y seleccionar una muestra de la población por el hecho de que sea accesible o porque están fácilmente disponibles, no porque hayan sido seleccionados mediante un criterio estadístico”.

En el caso de las madres de familia se consideraron como criterios de inclusión:

- Madres de niños con anemia ferropénica de 6 a 11 meses.
- Todas las edades.

Y, en el caso de los niños se consideraron los criterios de inclusión siguientes:

- Niños entre 6 a 11 meses.
- Sexo femenino y masculino.
- Niños que registren historia clínica en el Centro de Salud 15 de Agosto.

Además, se ha considerado como criterios de exclusión, en el caso de las madres los siguientes:

- Madres con hijos sin anemia.

Y en el caso de los niños se consideraron los criterios de exclusión siguientes:

- Niños menores de 6 meses y mayores de 11 meses.
- Niños que no registren historia clínica en el Centro de Salud 15 de Agosto.

6.2.3. Temporalidad

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo entre los meses de julio a noviembre del 2019.

6.2.4. Estrategia de recolección de datos

- Para efectos de la recolección de datos se realizaron gestiones y sistemas de coordinación con las autoridades del Centro de Salud a fin de obtener el apoyo y autorizaciones respectivas.
- Se aplicó una prueba piloto a 10 madres de familia para la validación del instrumento.
- Seguidamente se aplicó los instrumentos de investigación, para lo cual se tuvo en cuenta la disponibilidad de tiempo de las madres de familia. También se revisaron las historias clínicas para extraer la información requerida.
- En el procesamiento de información se aplicó herramientas estadísticas. Los resultados de la aplicación de instrumentos se procesaron a través del conteo y tabulación respectiva, luego fueron sistematizados utilizando los paquetes informáticos de Excel cuyos resultados son presentados y sistematizados en tablas estadísticas.
- Los resultados fueron analizados a partir de la interpretación de los hallazgos relacionándolos con el problema de investigación, los objetivos propuestos, la hipótesis y teorías desarrolladas en el marco conceptual.

6.2.5. Cronograma

Tabla 5

Cronograma de trabajo

Actividad	2019						2020						
	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J
Revisión bibliográfica	x												
Elaboración del Marco Teórico	x												
Elaboración de los instrumentos	x												
Presentación de Plan	x												
Revisión y corrección del Plan	x												
Recolección de datos	x	x	x	x	x								
Procesamiento de datos						x	x	x					
Análisis de los datos									x				
Redacción del borrador del Proyecto										x	x		
Revisión y corrección del borrador												x	
Presentación del Informe													x

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO II

PRESENTACION Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. Proceso de recolección de datos

La recolección de datos se realizó a través de visitas domiciliarias a las madres de familia de los niños con anemia que son atendidos en el Centro de Salud. Así también, se aplicó una ficha de observación documental a las historias clínicas de los casos atendidos de enero a octubre del 2019.

Producto de la recolección de datos se ha sistematizado en tablas estadísticas.

2. Análisis y presentación de resultados

2.1. Características sociales, económicas y culturales

Tabla 6

Distribución de las madres de familia según edad

	f	%
Menor de 20 años	7	9 %
21 – 30	35	48 %
31 – 40	23	31 %
41 a más	9	12 %
Total	74	100 %

Fuente: Aplicación del Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

Se aprecia que las madres de los niños con anemia tienen edades que oscilan entre 16 a 41 años a más; así, los intervalos de edades más frecuentes se encuentran en las madres que tienen entre 21 y 30 años (48 %), seguido del 31 % de madres que tienen entre 31 a 40 años. Sólo el 9 % tienen menos de 20 años. Se precisa, por tanto, que la mayoría de madres de familia, según sus edades, son jóvenes y adultas.

Un estudio realizado por Maldonado y Tapia (2015) en el mismo centro de salud, pero a niños entre los que tienen y no anemia en el mismo rango de edades, reportó un menor porcentaje en madres menores a 18 años (1.5 %). En el rango de 18 a 27 años la cifra es muy similar al rango de 21 a 30 años del presente estudio. En los casos de las

madres adolescentes, según Turiani et al. (2009), presentan condiciones sociales desfavorables respecto a la lactancia materna y atención nutricional que afectan el cuidado del niño. Por lo tanto, algunos de los casos de anemia podrían estar relacionados con este factor, en especial aquellos en los que la madre no se dedica exclusivamente al cuidado del niño (estudia o trabaja y estudia).



Tabla 7

Lugar de procedencia de las madres de familia

	f	%
Arequipa	44	59 %
Provincias	12	16 %
Puno	10	14 %
Cuzco	8	11 %
Total	74	100 %

Fuente: Aplicación del Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

Se aprecia que más de la mitad de las madres de familia (59 %) proceden de la ciudad de Arequipa, en tanto que en porcentajes menores (16 %) son naturales de las provincias de Arequipa como Castilla, Caravelí, etc. Por otro lado, la cuarta parte proviene de los departamentos de Puno y Cuzco; vinieron a la ciudad en busca de mejores condiciones de vida, conservando costumbres y tradiciones de su lugar de origen siendo procedentes de zonas rurales donde generalmente la presencia de anemia está condicionada a una deficiencia de micronutrientes y presentan un menor número energético y calórico basado en la ingesta de minerales y leguminosas (Quispe, 2017).

Tabla 8

Ocupación de la madre de familia

	f	%
Ama de casa	46	63 %
Estudiante	17	23 %
Comerciante	4	5 %
Empleada de hogar	7	9 %
Total	74	100 %

Fuente: Aplicación del Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

Se observa que más de la mitad de las madres de familia de los niños con anemia (63 %) no realizan actividad ocupacional alguna ya que se dedican únicamente a labores propias del hogar, lo que favorece el cuidado y atención que brindan a los miembros del hogar; en tanto que casi la cuarta parte de las madres señalaron que son estudiantes (23 %), al parecer corresponden a las madres jóvenes y que cuentan con el apoyo de sus padres.

Por otro lado, un reducido porcentaje de 14 % de madres de familia se desempeñan como comerciantes o como empleadas de hogar, debiendo en estos casos compartir las labores domésticas con la actividad laboral.

En el estudio realizado por Maldonado y Tapia (2015) en el mismo centro de salud, pero a niños entre los que tienen y no anemia en el mismo rango de edades, se reportó un menor porcentaje en madres cuya ocupación es sólo como estudiantes (6 %). En el caso de aquellas que sólo son amas de casa reportaron un 67.9 %, una cifra similar a lo obtenido en el presente estudio y que se constituye como la ocupación más común. Mamani y Pinto (2020) reportaron también un porcentaje similar (64.9 %) para un grupo de madres con niños diagnosticados con anemia del mismo centro de salud.

Respecto al factor de la ocupación de las madres, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (2009) indica que las mujeres entre los 20 a 39 años que no están en el mercado laboral son quienes dedican más tiempo al cuidado de niños de 0 a 5 años (4 horas semanales más de dedicación en aquellas mujeres que no trabajan), a excepción de las más jóvenes y las de mayor edad cuyo tiempo dedicado a esta actividad

es similar al de quienes sí trabajan. Así mismo, en este estudio se concluye que del grupo de las mujeres que tienen un empleo y cuidan a niños menores de 5 años, sólo un pequeño porcentaje (31 %) son madres. En el caso del grupo de mujeres que no trabajan y cuidan a los niños, la mayoría son las madres (69 %).

Un estudio realizado por el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social del Perú (2011) muestra que en el cuidado de bebés hay mayor dedicación por parte de las madres en situación de desempleo (15 horas semanales en promedio) si se compara con el tiempo dedicado por el padre en la misma situación de ocupación (6 horas semanales).

Lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (2009) y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social del Perú (2011), si bien no son de grupos de familias con niños con anemia, da a entender que la mayor dedicación es en aquellas madres desocupadas lo cual es bastante lógico. Entonces, se supone que al tener mayor dedicación deberían ser más cuidadosas en la dieta de los niños, sin embargo, en los resultados del presente estudio el mayor porcentaje de los niños con anemia tienen madres sin empleo que son amas de casa. Por lo tanto, el problema podría radicar en la calidad del tiempo que dedican a la atención de los niños, por ejemplo, una buena elección de alimentos o si el niño es cuidado exclusivamente por la madre o por una persona que le da una alimentación adecuada. Al respecto, la cantidad de madres que sólo son estudiantes conforman al menos la cuarta parte de las encuestadas, un 17 % más que el estudio de Maldonado y Tapia (2015) donde casi la mitad de los niños tienen anemia y donde las madres que estudian representan un mayor porcentaje en los niños diagnosticados con anemia frente a los que no lo están. En estos casos podría suceder que dedican un tiempo considerable al estudio (asistir al lugar de estudio y trabajos en casa) y por lo tanto descuidan o reasignan el cuidado del niño a sus padres o pareja quienes no necesariamente saben del cuidado del niño. Es posible que la madre sólo cuide de la lactancia materna, e incluso disminuya la frecuencia de la misma. Esta situación se agravaría en el caso de madres que estudian y trabajan.

Tabla 9

Estado civil

	f	%
Soltera	20	27 %
Conviviente	23	31 %
Casada	28	38 %
Divorciada	3	4 %
Total	74	100 %

Fuente: Aplicación del Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

Los datos porcentuales demuestran que, respecto al estado conyugal o civil, el 38 % son casadas, habiendo establecido un vínculo legal, y el 31 % convivientes.

Por otro lado, es significativo el porcentaje de madres de familia que son solteras (27 %) y que por lo tanto asumieron solas la responsabilidad familiar. En estos casos el descuido de la alimentación a los hijos se da principalmente debido a que siendo un solo progenitor y este a su vez debe trabajar, consecuentemente descuida la atención que debe brindar a sus hijos (Titi y Cahuana, 2019).

Maldonado y Tapia (2015), quienes realizaron en el mismo centro de salud un estudio en niños con y sin anemia, reportaron un menor porcentaje de madres solteras (13.4 %). Tomando en cuenta que ellos consideraron una población con casi la mitad de niños diagnosticados con anemia, se puede contrastar que hay un aumento en la cantidad de madres solteras cuando la población sólo considera niños con anemia. Si bien este aumento no es tan grande (13.6 %), sí que podría involucrar a algunos de los casos reportados.

El estado civil de las madres permite dar al niño mayor seguridad en su crecimiento biopsicosocial, dotándolo de un ambiente físico, relaciones sociales y afectivas, adecuada alimentación entre otros aspectos familiares que determinan una buena nutrición y prevención de la anemia (Titi y Cahuana, 2019).

Tabla 10

Tipo de familia

	f	%
Familia nuclear	21	28 %
Extensa	53	72 %
Total	74	100 %

Fuente: Aplicación del Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

Se aprecia que casi las tres cuartas partes de las madres de familia encuestadas (72 %) corresponden a familias extensas, esto quiere decir que en el hogar incluyen como miembros de la unidad familiar a personas de diferentes generaciones como pueden ser los abuelos, hijos, nietos y/o, tíos, etc. Por lo tanto, viven no sólo la pareja e hijos, sino que viven con otros familiares lo que podría derivarse en situaciones de hacinamiento (Martínez et al., 2013).

El porcentaje restante (28 %) corresponde a familias nucleares, siendo reducida la cantidad de hogares en que sólo viven los padres e hijos.

La familia extensa se caracteriza porque la crianza de los hijos está a cargo de distintos familiares o viven varios miembros de la familia (padres, primos, abuelos, etc.) en la misma casa, lo cual puede influir o no en la prevalencia de anemia en los niños (Santa Cruz, 2017).

Como se mencionó anteriormente respecto a la ocupación y edad de la madre, si el cuidado de los niños no es exclusivo de las madres debido a la poca disponibilidad de tiempo podría descuidarse la alimentación del niño (lactancia y complementaria) y reasignarse esta labor a los parientes, quienes no necesariamente están bien instruidos al respecto.

Tabla 11

Miembros de la familia que tienen alguna ocupación

	f	%
Sólo padre	46	62 %
Sólo madre	23	31 %
Padre y madre	2	3 %
Padre, madre y hermanos mayores	3	4 %
Total	74	100 %

Fuente: Aplicación del Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

Se observa que en el 62 % de los hogares de los niños con anemia sólo el padre es quien tiene alguna ocupación (trabaja) y sostiene el hogar; así, no se cuenta con otros ingresos. En el 31 % de los casos sólo la madre es quien tiene alguna ocupación (trabajo o estudio) lo que podría corresponder a aquellas que son solteras e incluso las divorciadas según lo mostrado en la Tabla 9. En ambos escenarios, donde sólo padre o madre laboran, si se da el caso de que los ingresos son bajos, tal como se aprecia en la Tabla 13, no logran cubrir las necesidades básicas de los miembros de la familia.

Por otro lado, en un 4 % trabajan padre, madre y hermanos y en el 3 % de hogares se cuenta con el ingreso de la madre y el padre; así, en estos casos tienen mayores ingresos, lo que favorece la economía familiar y la satisfacción de las necesidades básicas de los miembros de la familia.

Tabla 12

Número de hijos

	f	%
Uno	27	36 %
2 – 3	39	53 %
4 – 5	8	11 %
Total	74	100 %

Fuente: Aplicación del Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

Se aprecia que el número de hijos en las familias oscila entre uno y cinco; así, en más de la mitad de los casos (53 %) tienen entre 2 a 3 hijos, correspondiendo a hogares medianos; en tanto, que algo más de la tercera parte (36 %) sólo tienen un hijo, correspondiendo en estos casos a familias cortas, esto según Sánchez (2014) que las clasifica así.

Según Chamorro (2018) existe una relación significativa entre el número de hijos y la anemia en niños de etapa preescolar. Esto puede radicar en la atención que se les da a los hijos cuando se tiene más de uno, siendo probable que se centre en el hijo menor al ser este más dependiente. Al respecto, Maldonado y Tapia (2015) encontraron que la mayoría de madres tienen hijos entre los 9 y 11 meses, esto cuando realizaron un estudio sobre anemia en niños de 6 a 11 meses en el mismo centro de salud. Por lo tanto, en alguno de los casos podría suceder que se descuida al hijo mayor y se centra el cuidado en el hijo menor generando casos de anemia en este último, esto ciertamente cuando el espacio entre uno y otro embarazo (periodo intergenésico) es muy pequeño. En el caso de las madres con más de tres hijos el porcentaje disminuye probablemente porque los hijos ya son menos dependientes (pueden alimentarse solos).

Tabla 13

Ingreso promedio mensual en la familia

	f	%
Menos de S/. 500	6	8 %
S/. 501 a S/. 800	30	40 %
S/. 801 a S/. 1000	13	18 %
Más de S/. 1000	16	22 %
Sin información	9	12 %
Total	74	100 %

Fuente: Aplicación del Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

Los datos porcentuales demuestran que el ingreso familiar predominante oscila entre S/. 500 a S/. 800 soles y que corresponde al 40% de los hogares, ingreso que en el caso de tener hogares medianos (de 2 a 3 hijos) o numerosos (más de 3 hijos) resulta insuficiente para cubrir las necesidades básicas de la familia. Según la Tabla 12 más del 50 % de madres tiene entre 2 y 3 hijos y cerca del 11 % más de 3. Esto podría repercutir en la alimentación ya que no contar con los recursos económicos suficientes para brindar a sus hijos una alimentación adecuada los obligaría a que esta sea más bien básica o basada fundamentalmente en el consumo de carbohidratos, demostrándose la vital influencia económica en la alimentación de los niños (Macías, 2011). Al respecto, Maldonado y Tapia (2015) en una población de madres en el mismo centro de salud cuyo ingreso familiar mensual era mayor a S/. 1200 obtuvieron como resultado un mayor porcentaje en aquellas con niños sin anemia frente a los que sí fueron diagnosticados.

Por otro lado, en el presente estudio un 22 % de hogares alcanzan un ingreso superior a S/. 1000 soles, mostrando en estos casos una mejor condición económica familiar y que les permite cubrir sus necesidades básicas.

Sólo un ínfimo porcentaje de 8 % de familias cuentan con ingresos inferiores a S/. 500 soles, el cual aun en familias cortas resulta insuficiente para cubrir sus necesidades básicas y que podría haber desfavorecido la alimentación de sus hijos.

La pobreza en nuestro país repercute en la alimentación de la población, principalmente en aquellos que se encuentran en pobreza extrema donde la alimentación se basa fundamentalmente en el consumo de carbohidratos, siendo el nutriente que más predomina en la dieta del poblador peruano. Los cuidadores que pertenecen a los grupos socioeconómicos menos favorecidos tienen mayor riesgo de tener niños con bajo peso, ya que es de vital importancia la influencia económica en la alimentación de los niños (Macías, 2011).



Tabla 14

Condiciones de la vivienda

	Tenencia		Material		Nro de ambientes			
	f	%	f	%	f	%		
Propia	18	24 %	Noble	55	74 %	1 a 2	38	51 %
Alquilada	21	28 %	Sillar	4	5 %	3 a 4	23	31 %
Cedida	28	38 %	Otros	8	11 %	5 a 6	6	8 %
S. Inf	7	10 %	S. Inf.	7	10 %	S. Inf.	7	10 %
Total	74			74			74	

Fuente: Aplicación de Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

Las condiciones de la vivienda de las madres de familia encuestadas demuestran que respecto a la tenencia en un reducido 28 % es alquilada. En estos casos la situación económica se ve desmejorada por cuanto deben mensualmente mermar sus ingresos familiares pagando una renta. Por otro lado, menos de la cuarta parte (24 %) es propietario de su vivienda, mostrando que en estos hogares una mejor condición económica ya que han podido acceder a una vivienda propia.

Respecto al material de la vivienda, en casi las tres cuartas partes (74 %) es de material noble, mostrando una buena condición en el hábitat de estas viviendas y ofreciendo las condiciones para que los niños se desarrollen en forma saludable

Respecto al número de ambientes, en la mayoría de casos (51 %) presenta entre uno y dos ambientes, los que resultan insuficientes para el número de miembros en el hogar si se habla de familias extensas que según la Tabla 10 constituyen el 72 % de los casos.

Entonces en la mayoría de casos la vivienda no ofrece un espacio saludable que favorezca el desarrollo integral del niño y por el contrario se constituye en un factor de riesgo para la salud de los miembros.

Tabla 15

¿Conoce usted qué alimentos son ricos en hierro?

	f	%
Hamburguesas, pastelitos, pizzas, pollo broaster.	7	10 %
Pescado, hígado, sangrecita, bofe.	54	73 %
Pan, pastas, papas, arroz.	4	5 %
Gaseosas, refrescos, los emolientes.	0	0 %
Sin información	9	12 %
Total	74	100 %

Fuente: Aplicación de Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

Se aprecia que un elevado 73 % de las madres encuestadas tienen conocimiento respecto a los alimentos ricos en hierro como el pescado, hígado, sangrecita y bofe. Según Martínez et al. (2014), este conocimiento se adquiere mediante la experiencia o la educación, sea formal o informal. Por lo tanto, este conocimiento adquirido puede deberse a la orientación que reciben en el centro de salud en el que se atienden sus hijos con anemia; o sea después del desarrollo de la anemia en sus hijos.

En la prevención de la anemia ferropénica según el Ministerio de Salud del Perú (2016) las madres no sólo deben priorizar el consumo de ciertos alimentos, sino que también deben tener conocimientos nutricionales básicos en cuanto al número de comidas diarias y el consumo de alimentos balanceados y ricos en hierro.

Opuestamente a ello, es significativo el porcentaje de madres de familia que no tienen conocimiento de dichos alimentos, al responder incorrectamente y señalar que los denominados alimentos chatarra (hamburguesa, pastelitos, pizzas y pollo broaster) son ricos en hierro (10 %); así como el 5 % que señaló que el pan, pastas, papas y arroz son ricos en hierro. Se precisa, en general, que la mayoría de las madres de familia de los niños con anemia conocen los alimentos ricos en hierro, esto al margen de que en la práctica alimentaria sean preparados y la frecuencia con la que son consumidos por los miembros del hogar (Ramos, 2017).

Tabla 16

Consumo de alimentos ricos en hierro

	Consumo antes de la anemia		Consumo actual	
	f	%	f	%
Todos los días	0	0	0	0
1 vez por semana	58	77 %	34	46 %
2 veces a la semana	16	23 %	27	36 %
3 veces por semana	0	0	5	7 %
4 veces a la semana	0	0	0	0
Sin información	0	0	8	11 %
Total	74	100 %	74	100 %

Fuente: Aplicación de Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

Se observa que la frecuencia con que los niños consumían alimentos ricos en hierro antes de que se desarrolle la anemia en un relevante 77 % era una sola vez por semana y el 23 % restante era de dos veces por semana, lo cual es indicativo del bajo consumo de hierro y que favorecería el desarrollo de la anemia en los niños. Este fue un factor que conduce a la anemia ferropénica ya que según Freire (2015) el niño a partir de los seis meses debe consumir todos los días alimentos ricos en hierro.

Actualmente este consumo se ha mejorado a partir de las permanentes orientaciones que reciben las madres en el centro de salud cuando van a los controles de los niños; así, el consumo con una frecuencia de una vez por semana sólo llega al 46 % de las familias, en tanto que el consumo dos veces por semana aumentó al 36 % e incluso se observó una frecuencia de tres veces por semana en el 7 % de los casos posterior a la orientación.

Está información brinda sustento para establecer mejores lineamientos de intervención social, debido a que tratándose de niños que presentan anemia el consumo de alimentos ricos en hierro debe ser mayor. Como observa en los resultados anteriores aún se mantiene como mayor porcentaje que este consumo de alimentos ricos en hierro es sólo de una vez por semana.

La necesidad diaria de consumo de alimentos ricos en hierro, en la gran mayoría de hogares era muy baja (una vez por semana) lo que favoreció la presencia de la anemia ferropénica en los niños, y aunque actualmente han incrementado su consumo a dos y tres veces por semana, no resulta suficiente para la mejoría de los niños y es que más que tomar el consumo de alimentos de este tipo como un tratamiento momentáneo, debe enfocarse a hacerlo un hábito no sólo para la madre sino también para quienes cuidan al niño en su ausencia. Es importante tomar en cuenta que el Ministerio de Salud del Perú y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (2017) recomiendan que los niños mayores de 6 años consuman diariamente 2 cucharaditas (30 gramos) de alimentos ricos en hierro de origen animal.

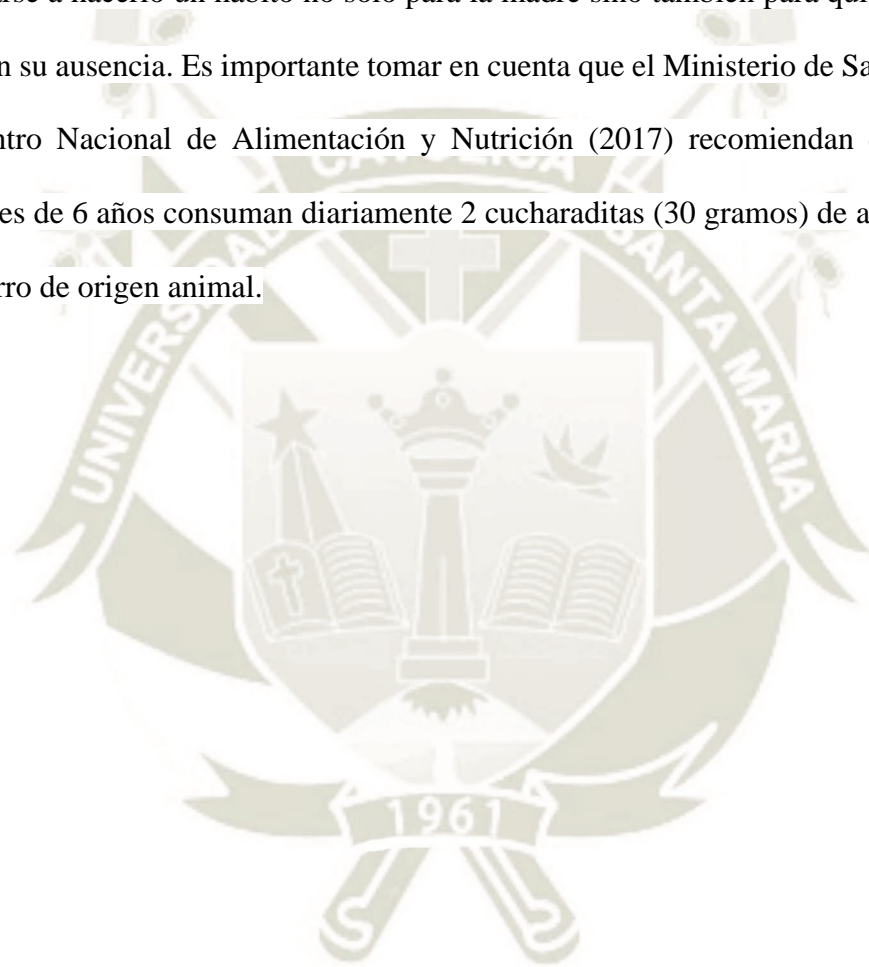


Tabla 17

Consumo de alimentos de origen vegetal con hierro

	Consumo antes de la anemia		Consumo actual	
	f	%	f	%
Poro	0	0 %	0	0 %
Espinaca	12	16 %	39	53 %
Zapallo	13	18 %	15	20 %
Cebolla	7	9 %	8	11 %
Ninguno	29	39 %	3	4 %
S. Inf.	13	18 %	9	12 %
Total	74	100 %	74	100 %

Fuente: Aplicación del Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

Se aprecia que antes de la presencia de la anemia el 39 % de los niños no consumía ninguno de los alimentos mencionados, esto pese a que se sabe de la importancia del consumo de hierro a través de los vegetales. Justamente estos alimentos contienen el denominado hierro no hemínico que, aunque se absorbe en menor cantidad que el hierro hemínico, es importante en la alimentación (Ministerio de Salud del Perú y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, 2017).

Los alimentos de origen vegetal ricos en hierro que se consumían eran principalmente el zapallo (18 %) y la espinaca (16 %). En tanto que actualmente se ha incrementado el consumo principalmente de la espinaca, según el 53 % de las madres de familia encuestadas; seguido del zapallo con un 20 %. Esto favorece la recuperación los niños con anemia (Ministerio de Salud del Perú, 2017b), sin embargo, debe convertirse en un hábito para tener efectos más marcados.

Así también, Campos (2018) señala que en el manejo terapéutico de la anemia ferropénica se debe incrementar el consumo de hierro tanto de origen animal como de origen vegetal. En este último caso se recomienda el consumo de zapallo y espinaca.

Tabla 18

Consumo de alimentos de origen animal con hierro

	Consumo antes de la anemia		Consumo actual	
	f	%	f	%
La carne de pavo	0	0 %	0	0 %
La carne de res	12	16 %	28	38 %
La sangrecita	0	0 %	0	0 %
La carne de pollo	17	23 %	37	50 %
Pescado	5	7 %	7	9 %
Ninguno	24	32 %	0	0 %
S. Inf.	16	22 %	2	3 %
Total	74	100 %	74	100 %

Fuente: Aplicación del Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

Entre los alimentos de origen animal ricos en hierro que consumían los niños con mayor frecuencia antes del desarrollo de la anemia en un 32 % de los casos no consumían ningún alimento de este tipo, lo que podría haber conducido a la presencia de anemia ferropénica. Luego, menos de la cuarta parte (23 %) consumían mayormente carne de pollo, siendo la más consumida por los niños, seguido de la carne de res (16 %) y un reducido 7 % para carne de pescado. En ningún caso se consumía carne de pavo y sangrecita, esto pese a que el Ministerio de Salud del Perú y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (2017) consideran que los alimentos con mayor contenido de hierro hemínico son la sangrecita, el hígado de pollo y res, la carne de pavo, carne de res y pescado; mientras que la carne de pollo tiene la mitad o menos de hierro que estas (Tabla 3). Así, habiendo un significativo porcentaje de niños que no consumía ningún tipo de carne o que consumían carnes con menor cantidad de hierro, se favoreció la presencia de la anemia ferropénica en los niños. Al respecto, un estudio realizado por Mamani y Pinto (2020) en un grupo de niños con anemia del mismo centro de salud mostró que consumían principalmente carne de res, pollo o pescado siendo, por el contrario, muy pocos los que optaban por la sangrecita.

Actualmente las madres han incrementado el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro en sus hijos, siendo fundamentalmente la carne de pollo la más frecuente (50 %) seguido del 38 % de madres que indicó que es la carne de res el alimento más consumido por sus hijos.

Por otro lado, a pesar de que la sangrecita y el pescado tienen un alto contenido de hierro (Ministerio de Salud del Perú y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, 2017), no se ha incrementado significativamente el consumo de estos, siendo incluso nulo para el caso de la sangrecita.



Tabla 19

Consumo de legumbres

	f	%
Soya	8	11 %
Arvejas	16	22 %
Lentejas	42	56 %
Pallares	0	0 %
S. Inf.	8	11 %
Total	74	100 %

Fuente: Aplicación del Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

Las legumbres más ricas en hierro son las lentejas, según el Ministerio de Salud del Perú y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (2017), el 56 % de niños de 6 a 11 meses consumen este alimento según las madres de familia encuestadas, seguido de las arvejas (22%). El consumo de ambos favorece la recuperación de los niños con anemia. Sin embargo, se aprecia que no consumen otras legumbres como los pallares que según el Ministerio de Salud del Perú y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (2017) tienen alto contenido de hierro (aunque más inferiores a los alimentos de origen animal).

Mamani y Pinto (2020) reportaron en un grupo de niños con anemia del mismo centro de salud que un alto porcentaje consumía menestras incluso con más frecuencia que las carnes y la sangrecita. Por lo tanto, ante los resultados obtenidos sería recomendable incrementar en los niños el consumo de alimentos de origen animal ya que estos contienen hierro de origen hemínico que según el Ministerio de Salud del Perú y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (2017) se absorben con mayor eficiencia.

Tabla 20

Grado de instrucción de las madres de familia

	f	%
Primaria incompleta	0	0 %
Primaria completa	3	4 %
Secundaria incompleta	11	15 %
Secundaria completa	36	49 %
Superior Técnica	9	12 %
Superior Universitaria	8	11 %
S. Inf.	7	9 %
Total	74	100 %

Fuente: Aplicación del Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

Respecto a los niveles de instrucción que tienen las madres de familia la mayoría (49 %) tiene estudios secundarios completos y un reducido pero significativo porcentaje (15 %) no lograron concluir sus estudios secundarios, siendo este un factor que desfavorece los conocimientos sobre nutrición en estos hogares. Según Reinoso et al. (2014) cuando los padres tienen un alto nivel de instrucción se favorece la selección de los alimentos y esto les permite tener una mejor conducta alimentaria.

Es importante destacar que un significativo 23 % de las madres de familia tienen estudios superiores sea de carácter técnico o universitario. En estos casos se favorecería una buena conducta alimentaria.

Mamani y Pinto (2020) reportaron también que la mayoría de madres tienen un grado de instrucción de estudios secundarios (54.4 %) para un grupo de niños diagnosticados con anemia del mismo centro de salud. Así mismo, en menor porcentaje están las madres con estudios primarios (1.8 %).

Se puede precisar que un sector importante de madres de familia (hasta secundaria incompleta) en general presenta bajos niveles de instrucción. Según Billari y Dalla Zuana (2014), un nivel de instrucción bajo abarca a aquellos hasta la educación secundaria inferior (de 12 a 16 años). En estos casos podría favorecerse el desarrollo de la anemia. Así, Velásquez et al. (2016) encontraron que en niños menores de tres años en Perú el

hecho de que la madre tenga el nivel educativo de analfabeta o primario favoreció la presencia de anemia. Londoño y Mejía (2008) encontraron que en el 80% de los niños de pre escolar en Calarca (Colombia) existe un mayor riesgo de presentar malnutrición y anemia debido a que sus familias presentan un bajo nivel educativo.



Tabla 21

Comportamiento alimentario antes de la presencia de anemia en los niños

	¿La alimentación de su hijo consistía básicamente en el consumo de harinas, grasas y azúcares?		¿Con qué frecuencia sus niños consumían los llamados alimentos chatarra?		En sus preparaciones ¿combinaba harinas, carnes, frutas y verduras?	
	f	%	f	%	f	%
Siempre	31	42 %	24	32 %	0	0 %
Casi siempre	19	26 %	13	18 %	9	12 %
A veces	14	19 %	27	37 %	19	26 %
Nunca	0	0 %	0	0 %	36	49 %
Sin información	10	13 %	10	13 %	10	13 %
Total	74	100 %	74	100 %	74	100 %

Fuente: Aplicación de Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

Se observa que básicamente este consistía en el consumo de harinas, grasas y azúcares (68 %) con una frecuencia muy alta (siempre y casi siempre). Así mismo, respecto a si en sus preparaciones combinaban harinas, carnes, frutas y verduras, la mayoría (49 %) nunca lo hacía demostrando que la alimentación en los hogares de los niños no se basaba en alimentos ricos en hierro o no era balanceada.

De esta manera se comprueba que los niños contrajeron la anemia debido a una incorrecta alimentación, tal como lo señala Rao (2007), dado que consumían alimentos que no son ricos en hierro como son: grasa, harinas y azúcares; ni tampoco se combina en sus preparaciones harinas, carnes, frutas, carnes y verduras. Es importante mencionar que el Ministerio de Salud del Perú y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (2017) consideran la combinación de alimentos en una comida como un factor importante en la eficiencia de absorción de hierro (biodisponibilidad). Además, recomiendan consumir alimentos ricos en hierro acompañados de aquellos con un contenido de Vitamina C como las frutas cítricas que son facilitadores de la absorción de este nutriente de tipo mineral.

Respecto a la frecuencia con que sus niños consumen los llamados alimentos chatarra, el 37 % de los niños los consumían eventualmente, seguido del 32 % que consumían siempre estos alimentos no nutritivos y que han favorecido la presencia de la anemia al no tener contenidos significativos de hierro. Así mismo, en ningún caso el consumo de alimentos chatarra estuvo ausente demostrando malos hábitos alimentarios por cuanto no aportan ningún valor nutritivo. Así, Smith (2007) afirma que la comida chatarra no aporta sustancias nutritivas o saludables, por el contrario, aporta grasas y otros ingredientes que provocan trastornos en la salud.

Los resultados estadísticos demuestran la alimentación poco saludable que presentaban los niños antes de ser diagnosticados con anemia y que se constituyó como un comportamiento alimentario negativo que favoreció la presencia de la anemia en los niños.

Tabla 22

Comportamiento alimentario actual

	¿La alimentación de su hijo consiste básicamente en el consumo de harinas, grasas y azúcares?		¿Con qué frecuencia sus niños consumen los llamados alimentos chatarra?		En sus preparaciones ¿combina harinas, carnes, frutas y verduras?	
	f	%	f	%	f	%
Siempre	7	9 %	4	5 %	6	8 %
Casi siempre	29	39 %	12	16 %	11	15 %
A veces	32	44 %	38	52 %	42	57 %
Nunca	0	0 %	7	9 %	6	8 %
Sin información	6	8 %	13	18 %	9	12 %
Total	74	100 %	74	100 %	74	100 %

Fuente: Aplicación de Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

Sobre el comportamiento alimentario actual, posterior al diagnóstico de la anemia, se observa que básicamente consiste en el consumo de harinas, grasas y azúcares (48 % entre siempre y casi siempre) aunque con una frecuencia menor que la reportada antes del diagnóstico de anemia (Tabla 21). Así mismo, respecto a si en sus preparaciones combinaban harinas, carnes, frutas y verduras, una pequeña mayoría (57 %) lo hace eventualmente lo que muestra un cambio frente a la conducta anterior de las madres que era predominantemente centrado en un solo tipo de alimento (no balanceada).

Se comprueba que, si bien se ha mejorado la conducta alimentaria, aún no se logra que se haga habitual una alimentación sana y balanceada lo que se constituye en un riesgo para prevenir la anemia tal como lo señalan Flores et al. (2016). Por lo tanto, según lo señalan estos autores, debe de consumirse diariamente alimentos de origen animal y vegetal ricos en hierro, pero combinados con otros que hagan aprovechable sus nutrientes.

Finalmente, respecto a la frecuencia con que sus niños consumen los llamados alimentos chatarra, según el 52 % esto es eventual; no obstante, un significativo 21 % de los niños la consumen con una frecuencia de siempre o casi siempre, mostrando malos hábitos alimentarios ya que estos no aportan ningún valor nutritivo.

Tabla 23

Número de piezas de fruta que consumen al día los niños

	f	%
Ninguna	3	4 %
Una	47	63 %
Dos	13	18 %
Tres	0	0 %
Cuatro	0	0 %
S. Inf.	11	15 %
Total	74	100 %

Fuente: Aplicación del Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

Se aprecia en la Tabla 23 que según el 63 % de las madres de familia sus hijos consumen una sola pieza de fruta al día y sólo en un 18 % de casos consumen dos piezas.

Según la Organización Mundial de la Salud (2019) el consumo de frutas es importante nutricionalmente ya que aportan agua, vitaminas, minerales, fibra, etc. Así mismo, permiten fortalecer la salud, prevenir enfermedades y mejoran la absorción de nutrientes, de allí que su ausencia o bajo consumo ponga en riesgo la salud de los niños.

Estos resultados demuestran que, aun a pesar de la condición de anemia en los niños, estos no consumen las piezas de fruta necesarias que favorezcan su pronta recuperación. Peor aún, existe un 4 % de niños que no consumen ninguna pieza de fruta, lo que podría deberse a una pobre conducta alimentaria de la madre y también a factores socioeconómicos (Tabla 6 a 19). Finalmente, sería importante evaluar en otros estudios si se consumen frutas con un contenido alto en Vitamina C.

Tabla 24

¿En la semana cuantas veces sus niños consumen verduras?

	f	%
Todos los días	6	8 %
5 a 6 días	12	16 %
3 a 4 días	7	9 %
1 a 2 días	43	59 %
S. Inf.	6	8 %
Total	74	100 %

Fuente: Aplicación del Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

Se aprecia que el consumo de verduras en los niños es mayoritariamente entre uno a dos días por semana (59 %), siendo entonces poco frecuente el consumo de verduras pese a la importancia en los hábitos alimentarios y más aún en el proceso de recuperación. Por otro lado, es reducido el porcentaje de familias en las que se produce un consumo diario de verduras (8 %) o entre 5 a 6 días (16 %).

Las verduras son consideradas alimentos energéticos que dan vitalidad al cuerpo humano, por lo tanto, su consumo es importante. El hecho de que la gran mayoría no las consuma diariamente no permite que la alimentación de los niños sea balanceada.

Según el Ministerio de Salud del Perú y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (2017), en nuestra dieta diaria debemos incluir 5 porciones entre frutas y verduras porque son alimentos ricos en fibras, vitaminas y antioxidantes y que por lo tanto ayudan a evitar la presencia de anemia.

2.2. Grado de anemia

Tabla 25

Grado de anemia en los niños

	Grado	f	%
10.0 – 10.9 g/dl	Leve	48	65 %
7.0 – 9.9 g/dl	Moderada	26	35 %
Menor de 7.0 g/dl	Severa	0	0 %
Total		74	100 %

Fuente: Aplicación del Cuestionario de características socio culturales a madres de familia en el Centro de Salud 15 de Agosto – 2019.

El grado de anemia que actualmente presentan los infantes, según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (2011), es en el 65 % de los casos leve (48 niños), en tanto que el 35 % restante (26 niños) presenta un grado de anemia moderada. En ningún caso se presenta un grado severo. Mamani y Pinto (2020) reportaron una cantidad similar para los niños con anemia leve (70.2 %) de una muestra de 57 niños diagnosticados con anemia del mismo centro de salud. Es importante mencionar que el hecho de tener anemia leve no es un indicativo de que se esté casi a niveles normales pues cuando se detecta la anemia en este nivel ya se considera un estado de carencia de hierro avanzada aun cuando no hay manifestaciones clínicas (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Los datos reflejan que las características sociales y culturales presentados en las tablas estadísticas han favorecido la presencia de la anemia en los niños.

3. Análisis de verificación de hipótesis

Con el fin de verificar la hipótesis se aplicó la prueba de Chi-cuadrado que permite analizar la relación entre variables cualitativas. En esta prueba se contrastan las hipótesis siguientes:

- Hipótesis nula: Las características sociales, económicas y culturales de la madre no influyen significativamente en la presencia de la anemia ferropénica que presentan los niños de 6 a 11 meses atendidos en el Centro de Salud 15 de Agosto.
- Hipótesis alterna: Las características sociales, económicas y culturales de la madre influyen significativamente en la presencia de la anemia ferropénica que presentan los niños de 6 a 11 meses atendidos en el Centro de Salud 15 de Agosto.

Como resultado de esta prueba se obtiene el estadístico p. Si el valor de este es menor que 0.05 entonces se acepta la hipótesis alterna, caso contrario se acepta la nula. Para el presente caso se empleó la prueba Chi-cuadrado sólo para las dimensiones “características sociales y económicas” de la Tabla 1. Sus indicadores están asociados a las preguntas 1 a la 12 del “Cuestionario de Conocimiento Preventivo y Nutricional”. Los resultados (tablas de contingencia y estadístico p) se muestran en la Tabla 26.

Tabla 26

Prueba Chi-cuadrado de la relación entre las características socioeconómicas con la presencia de la anemia en los niños de 6 a 11 meses

	Característica	Grado de anemia		p*
		Leve	Moderada	
Edad de la madre	Menor de 20	0	7	<0.05
	21 a 30	16	19	
	31 a 40	23	0	
	Mayor de 41	9	0	
Lugar de procedencia	Puno	0	10	<0.05
	Cuzco	0	8	
	Provincias	4	8	
	Arequipa	44	0	
Estado civil	Soltera	0	20	<0.05
	Divorciada	1	2	
	Conviviente	19	4	
	Casada	28	0	

Grado de instrucción académica	Primaria completa	0	3	<0.05
	Secundaria incompleta	1	10	
	Secundaria completa	30	6	
	Superior técnica	9	0	
	Superior universitaria	8	0	
Ocupación	Empleada de hogar	0	7	<0.05
	Estudiante	1	16	
	Comerciante	3	1	
	Ama de casa	44	2	
Número de hijos	De 2 a 3	13	26	<0.05
	De 4 a 5	8	0	
	Uno	27	0	
Ingreso familiar	Menos de 500	0	6	<0.05
	Entre 501 y 800	19	11	
	Entre 801 y 1000	13	0	
	Más de 1000	16	0	
Miembros de la familia que tienen alguna ocupación	Sólo madre	1	22	<0.05
	Sólo padre	42	4	
	Padre y madre	2	0	
	Padre, madre y hermanos mayores	3	0	
Tipo de familia	Extensa	27	26	<0.05
	Nuclear	21	0	
Tenencia de la vivienda	Alquilada	4	17	<0.05
	Cedida	26	2	
	Propia	18	0	
Material de la vivienda	Otros	0	8	<0.05
	Sillar	0	4	
	Noble	48	7	
Nro. de ambientes de la vivienda	1 a 2	19	19	<0.05
	3 a 4	23	0	
	5 a 6	6	0	

Fuente: Elaboración propia. * La relación es significativa si $p < 0.05$.

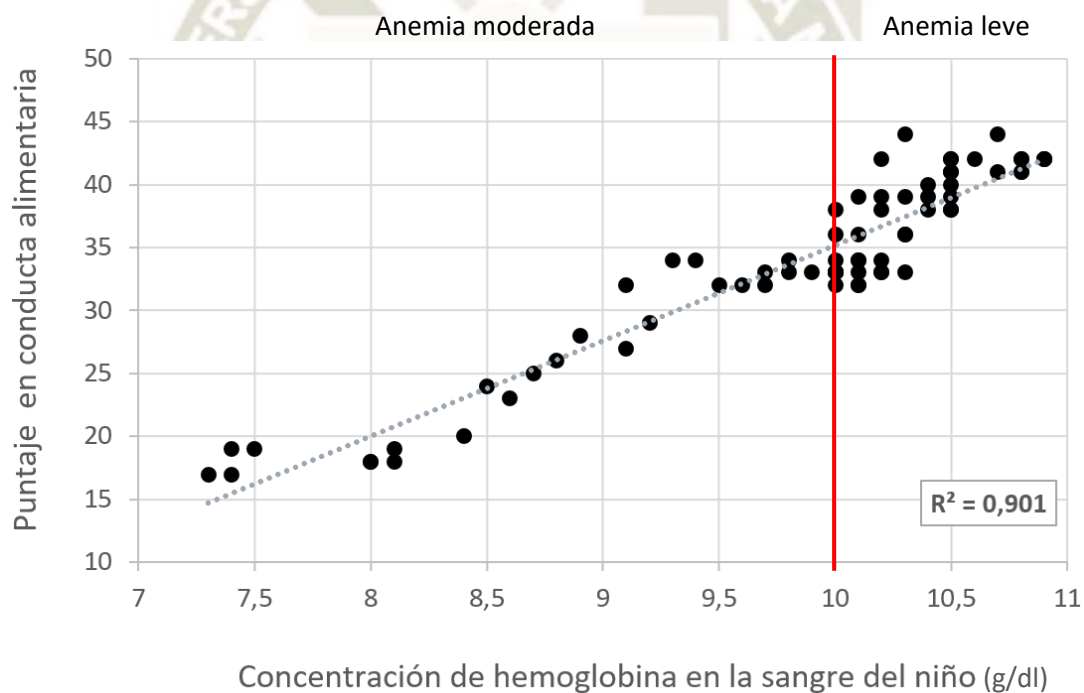
Los resultados de la prueba Chi-cuadrado reflejan que existe una relación significativa ($p < 0.05$) entre todos los indicadores de las características socioeconómicas y la presencia de anemia en los niños de 6 a 11 meses.

Para el caso de las características culturales (conducta alimentaria) asociadas a la anemia (preguntas 13 a la 28 del “Cuestionario de Conocimiento Preventivo y Nutricional”) se empleó el método descrito por Maldonado y Tapia (2015) y Mamani y

Pinto (2020) en trabajos de investigación sobre factores asociados a la anemia. Este método constó en dar puntajes a las respuestas en función a su relación (favorece o desfavorece) con el grado de anemia (desarrollo o recuperación). Mientras sea más desfavorable para la recuperación de un niño con anemia se ponen puntajes más bajos. Luego se obtiene un puntaje total y se grafica frente al grado de anemia.

Esta misma metodología se utilizó en el presente estudio obteniendo el resultado de la Figura 1.

Figura 1
Diagrama de dispersión entre las características culturales y la presencia de la anemia en los niños de 6 a 11 meses



Fuente: Elaboración propia.

En el diagrama de dispersión se observa que los puntos forman una recta cuya línea de tendencia tiene un coeficiente de determinación de 0.901. Por lo tanto, se comprueba que existe una relación entre la conducta alimentaria y el grado de anemia de los niños. Además, esta relación muestra una pendiente positiva, es decir, aquellas madres

que tienen un mayor puntaje (conducta alimentaria que favorece la recuperación del niño con anemia) tienen más tendencia a tener hijos con mayor cantidad de hemoglobina.

4. Diagnóstico

Los datos que a continuación se desarrollan sobre la institución han sido recogidos del Reglamento Interno del Centro de Salud 15 de Agosto (Centro de Salud 15 de Agosto, 2016).

4.1.Ubicación

El Centro de Salud 15 de Agosto pertenece al distrito de Paucarpata ubicada en la Av. Salaverry N° 703, Urbanización 15 de Agosto, se encuentra en una altitud de 2 365 m.s.n.m., y se halla situada al sureste de la ciudad de Arequipa, pertenece al ámbito jurisdiccional del distrito de Paucarpata, limita por el norte con el distrito de Mariano Melgar; por el sur con el P.J. Ciudad Blanca; por el este P.J. Miguel Grau; por el oeste con el Parque Industrial Apima.

El área donde está situada, está totalmente urbanizada y su clima es templado y soleado durante todo el año.

4.2.Descripción

Es un Centro de Salud que brinda su atención y/o servicios a la población de la parte noreste del distrito de Paucarpata que se encuentra en situación de riesgo; su ámbito y cobertura de acción abarca 17 centros poblados ente urbanizaciones/ pueblos jóvenes y cooperativas. Es un establecimiento que brinda servicios de salud, de diferentes niveles de complejidad (prevención, promoción, rehabilitación y recuperación) y tiene capacidad de resolución, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios, asegurando la continuidad de los mismos y/o su atención prioritaria en función a sus necesidades básicas de la población, así como la promoción y prevención de estilos de

vida adecuados, su salud mental, higiene y tratamiento de enfermedades, mejorando su calidad de vida (Centro de Salud 15 de Agosto, 2016).

Los principales servicios de salud con los que cuenta son: Medicina, Dental, Psicología, Nutrición, Servicio Social, Enfermería, Pediatría, Salud Ambiental, Prestación Social, comunitaria a usuarios; otros servicios son: Farmacia, laboratorio y tóxico (Centro de Salud 15 de Agosto, 2016).

4.3. Reseña histórica

Fue creado el 13 de enero de 1970 se creó con R.M. N° 288-SA-DM de 1970, inicialmente bajo la presidencia de la Junta Militar de Gobierno Gral. E.P. Juan Velasco Alvarado y Ministro de Salud el Dr. Uriel García, se creó como Posta Médica de 15 de Agosto, ante el incesante crecimiento poblacional en esta zona noreste del distrito de Paucarpata, además de la solicitud y organización de la población; firmándose un convenio tripartita entre el Ministerio de Salud, UNSA y la población de esta comunidad. Donde asumirían el compromiso de dotar de personal técnico, medicamentos y equipamiento (MINSA), aportar con el personal profesional docente (UNSA) y la comunidad de la zona con la mano de obra para la construcción, aportar fondos mediante actividades (parrilladas, etc.). Recibiendo el apoyo de la III Región Militar con 40 mil soles en materiales de construcción para continuar su ampliación y mejoramiento de la infraestructura.

En 1992, fue elevada a la categoría de Centro de Salud por contar con un local adecuado, personal técnico calificado y apoyo de la comunidad. Y, en 1994, se amplió las instalaciones a través del convenio con FONCODES.

Ante la evaluación de servicios prestado y la ampliación de la cobertura y la calidad de los mismos; se integran 3 puestos de salud del P.J. Miguel Grau conformando así la Microred 15 de Agosto - ACLAS Paucarpata Norte.

4.4. Visión y misión institucional

4.4.1. Visión

Ser componente de la focalización en salud que contribuye al acceso universal y equitativo de la población a los servicios de salud descentralizado y modernizando la gestión en el primer nivel de atención.

4.4.2. Misión

Promover y desarrollar en el primer nivel de atención el modelo de gestión de servicio de salud descentralizado, con autonomía regulada y efectiva participación comunitaria.

4.5. Objetivos institucionales

4.5.1. Objetivo general

Elevar el nivel de salud de su comunidad en el autocuidado de la salud, promoviendo acciones de promoción y prevención de la salud, con la participación activa de los promotores de salud, los comités de vigilancia comunal y todas sus organizaciones de base de la comunidad.

4.5.2. Objetivos específicos

- Promoción de la Salud y vigilancia de funciones esenciales de salud pública.
- Promover conductas y estilos de vida saludables en todos los grupos etarios de la población, evitando el impacto negativo de la carga de la enfermedad en el desarrollo integral de las personas, familias y sociedad.
- Prevención de las enfermedades crónicas y degenerativas.

- Inicio de programas de prevención de las enfermedades crónicas y degenerativas de mayor impacto negativo y reducción de la morbilidad.
- Educación para mejorar el acceso a alimentos de calidad.
- Mejoramiento de la calidad de alimentación en poblaciones prioritarias como expresión de la coordinación de los programas de complementación nutricional y del uso adecuado de alimentos propios de la región con alto valor nutritivo.
- Implementación del seguro integral de salud y mejoramiento del seguro social.
- Fortalecimiento del aseguramiento en salud a través del desarrollo del seguro integral de salud con financiamiento público y del mejoramiento de la cobertura y calidad de atención del seguro social.
- Reducción de morbimortalidad infantil, materna y por enfermedades transmisibles.
- Disminución de la incidencia de IRA y EDA en población infantil, de la mortalidad infantil y materna, y de enfermedades transmisibles prevalentes, principalmente en los sectores más pobres.
- Política de ampliación del acceso y uso racional de medicamentos.
- Mejoramiento del acceso a medicamentos de calidad y con precios razonables; y promoción del uso racional de los mismos.
- Reestructuración integral de los sistemas administrativos y operativos del MINSA.
- Fortalecimiento de la Rectoría y la conducción sectorial por parte del MINSA, como expresión de la formulación de lineamientos de política para el largo plazo, modernización de su organización y desarrollo de los recursos humanos.

4.6. Políticas sociales de la institución

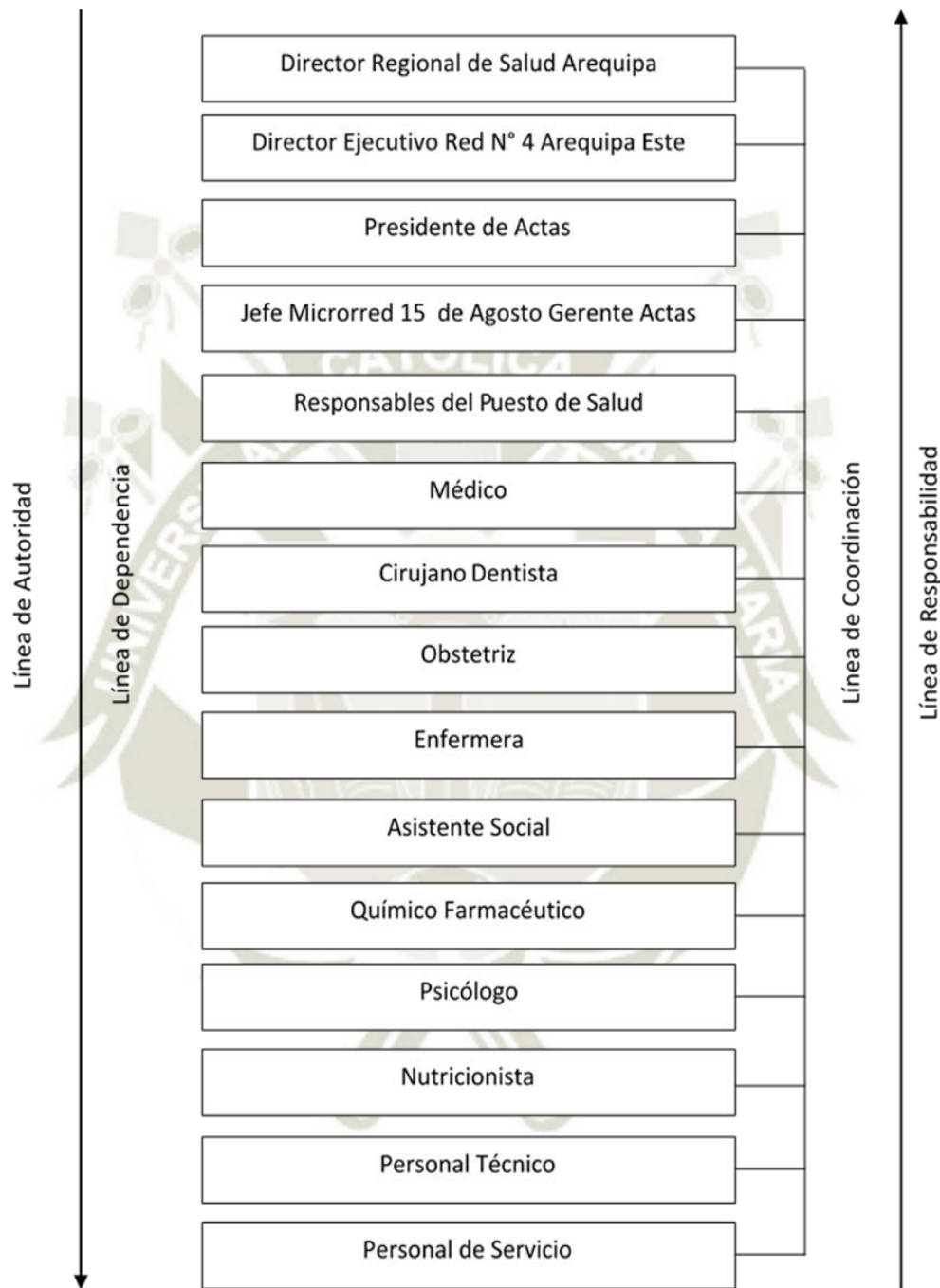
El Centro de Salud 15 de Agosto cuenta con políticas institucionales que se encuentran establecidas en el Manual de Organización y Funciones (MINSA, 2019), siendo los siguientes:

- Garantizar el acceso universal a los servicios de salud pública y atención individual priorizando los sectores más pobres y vulnerables.
- Incorporar al sector a la revolución científica, tecnológica y renovar los enfoques de salud.
- Propiciar y desarrollar la participación comunitaria en la gestión de los servicios de salud.
- Perfeccionar los mecanismos de descentralización de los servicios de salud.
- Coadyuvar o modernizar la prestación de servicios aplicando el nuevo modelo de gestión.

4.7. Organización interna

Figura 2

Organigrama del Centro de Salud 15 de Agosto



Fuente: Reglamento Interno del Centro de Salud 15 de Agosto (Centro de Salud 15 de Agosto, 2016).

4.8. Análisis y diagnóstico de la problemática

Las madres de familia de los infantes de 6 a 11 meses con anemia ferropénica que se atienden en el Centro de Salud 15 de Agosto presentan como características sociales los resultados que se muestran a continuación.

Respecto a sus edades son predominantemente jóvenes adultas ya que el 48 % de madres tiene entre 21 y 30 años (Tabla 6); más de la mitad (59 %) son naturales de la ciudad de Arequipa, en tanto que el resto procede de las provincias de esta ciudad y de los departamentos de Puno y Cuzco (Tabla 7).

Respecto al estado civil, un elevado 69 % (Tabla 9) se unieron a una pareja, sea a través de un lazo conyugal de matrimonio o como convivientes; no obstante, el 27 % son madres solteras, quienes han asumido solas la responsabilidad familiar.

Más de la mitad de las madres de familia (63 %, Tabla 8) no realizan actividad ocupacional alguna ya que se dedican únicamente a labores propias del hogar lo que favorecería el cuidado y atención que brindan a los miembros del hogar. Sin embargo, no es bajo el porcentaje de madres cuya ocupación es como estudiante (23 %). En estos casos, la asistencia a clases y los trabajos podrían mermar la calidad del tiempo que dedican a la atención de los niños (más aún si también trabajan) y probablemente designen su cuidado a otras personas que no necesariamente le dan una alimentación adecuada.

Luego, generalmente sólo el padre es el que tiene alguna ocupación y sostiene el hogar (62 %, Tabla 11). Así, el ingreso familiar en el 40 % de los hogares (Tabla 13) oscila entre S/. 501 a S/. 800; porcentaje que en caso de tener hogares medianos (53 % de 2 a 3 hijos, Tabla 12) o familias extensas (72 %, Tabla 10) resultaría insuficiente para cubrir las necesidades básicas de la familia.

Por otro lado, respecto a las condiciones de la vivienda, en un reducido 28 % (Tabla 14) es alquilada. En estos casos la situación económica se ve desmejorada por cuanto deben mensualmente mermar sus ingresos familiares pagando una renta. Luego el 38 % de familias residen en viviendas cedidas por otras personas. En cuanto al material, este es predominantemente noble (74 %) y con uno a dos ambientes en el 51 % de hogares,

los que resultan insuficientes para el número de miembros en el hogar, ya que predominan los hogares medianos o familias extensas.

Con respecto a las características culturales se puede señalar que casi la mitad tiene estudios secundarios completos (49 %, Tabla 20), en tanto que la otra mitad se reparte casi equitativamente entre madres con estudios superiores (universitarios y técnicos) y aquellas con un nivel de instrucción bajo (secundaria incompleta y primaria). Según Billari y Dalla Zuana (2014), un nivel de instrucción bajo abarca a aquellos hasta la educación secundaria inferior (de 12 a 16 años).

Respecto a la conducta alimentaria, según los resultados de la investigación es la que más podría haber influido en la presencia de la anemia ferropénica ya que se encontró que antes de que sus hijos contrajeran la anemia ferropénica existía un bajo consumo de hierro a través de su alimentación, lo que favoreció la presencia de la enfermedad; así, un relevante 77 % (Tabla 16) antes de presentar la anemia consumía este tipo de elementos sólo una vez por semana. Actualmente, esta frecuencia de consumo se ha reducido a un 46 %, aumentando de 23 % a 36 % aquellos que los consumen dos veces por semana.

Respecto al consumo de alimentos de origen vegetal ricos en hierro (Tabla 17) se observó que antes del diagnóstico la mayoría no consumía ninguno (39 %), reduciéndose luego a un 4 % e incrementándose el de espinaca (53 %). Así también, el 56 % consume lentejas en el caso de las legumbres (Tabla 19).

Antes de la presencia de la anemia el 32 % no consumía alimentos de origen animal ricos en hierro (Tabla 18). Actualmente el mayor consumo es el de carne de pollo en el 50 % de los casos.

A partir de la presencia de anemia en los niños, se aprecia que un elevado 73 % de las madres encuestadas tienen conocimiento claros respecto a los alimentos ricos en

hierro como el pescado, hígado, sangrecita y bofe (Tabla 15), lo que puede deberse a la orientación que reciben en el centro de salud en el que se atiende su hijo con anemia (o sea después del desarrollo de la anemia en su hijo), pero esto al margen de que en la práctica alimentaria sean preparados según lo aprendido y que la frecuencia con la que son consumidos sea la adecuada.

Si bien en los hogares de los infantes con anemia se ha incrementado el consumo de alimentos ricos en hierro, ya que en el 46 % los niños los consumen una vez por semana (Tabla 16), este consumo sigue siendo insuficiente y no favorece una mejora más rápida en estos. Así también, se aprecia en la Tabla 2.12 que actualmente se ha incrementado el consumo de la espinaca (53 %), consumo que favorece la recuperación los niños con anemia. De igual manera se incrementó el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro, principalmente carne de pollo (50 %) y carne de res (38 %); sin embargo, la sangrecita, a pesar de tener un alto contenido en hierro, no es consumida por los niños con anemia y también es bajo el consumo de pescado (Tabla 18).

La característica cultural relacionada al comportamiento alimentario es la que fundamentalmente influyó en el desarrollo de la anemia ferropénica en los infantes ya que antes de la presencia de la anemia el 42 % de estos siempre consumían harinas, grasas y azúcares y el 49 % nunca los combina con carnes, frutas y verduras (Tabla 21). Esto mostró que su alimentación no se basaba en alimentos ricos en hierro y mucho menos era saludable ya que el 50 % de los infantes consumía con frecuencia alimentos chatarra que no aportan ningún valor nutritivo al cuerpo humano.

Aunque este comportamiento alimentario no saludable ha mejorado ante la presencia de la anemia ferropénica en los infantes ya que se redujo a 48 % los hogares en los que siempre o casi siempre la alimentación de su hijo consiste básicamente en el

consumo de harinas, grasas y azúcares (Tabla 22); aún persiste el consumo de alimentos poco saludables y que no aportan hierro. Así también, respecto al consumo de alimentos chatarra, este no se ha eliminado por completo pasando a un consumo eventual, lo que poco favorece la salud de los infantes; más aún en su condición anémica.

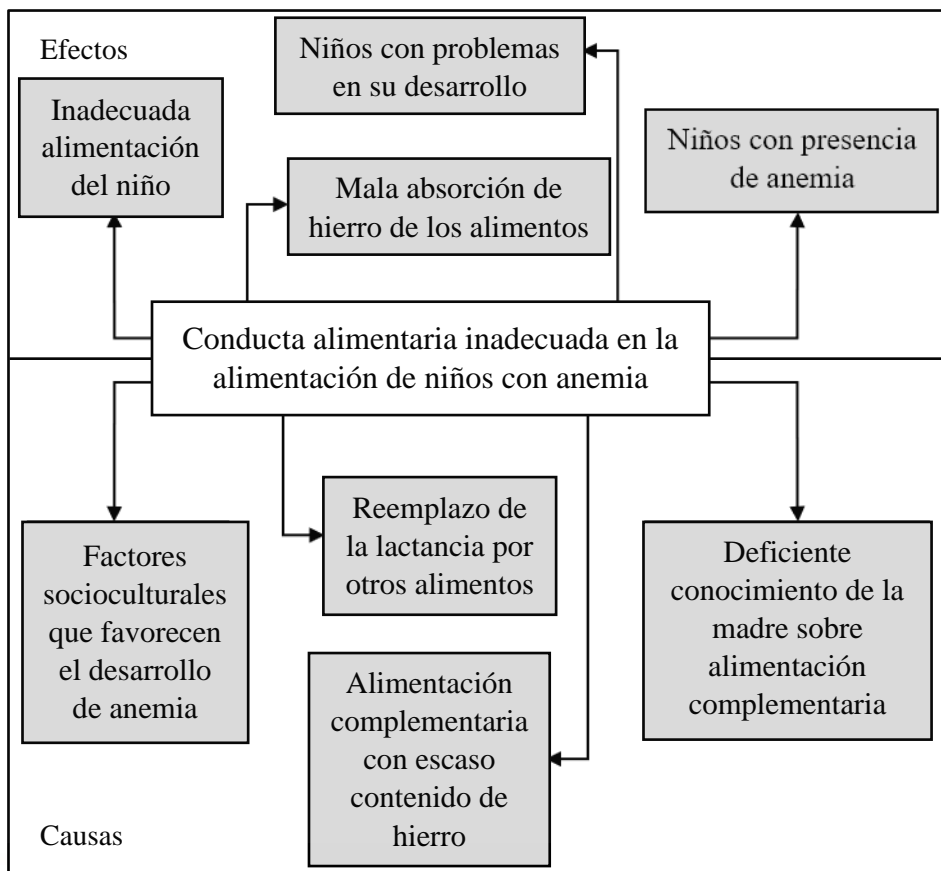
Pese a la condición de anemia que presentan los infantes, el consumo de piezas de fruta y verduras es insuficiente; así, el 63 % de los infantes consume sólo una sola pieza de fruta al día (Tabla 23) y el 59 % consumen verduras entre uno a dos días por semana (Tabla 24).

Finalmente, respecto al grado de anemia ferropénica que actualmente presentan los niños atendidos en el Centro de Salud 15 de Agosto, en un 65 % esta es leve (10.0 – 10.9 g/dl).

Por lo tanto, se comprueba que existe una correlación negativa o inversa y moderada entre las características socio culturales y la presencia de la anemia en los niños de 6 a 11 meses, atendidos en el Centro de Salud 15 de Agosto, alcanzando un índice de -0,803.

Figura 3

Árbol de problemas



Fuente: Elaboración propia.

5. Selección y Análisis del Problema Objeto de Intervención

5.1. Categorización de problemas

5.1.1. Problemas esenciales

El comportamiento alimentario (alimentación complementaria y lactancia materna) en las madres de familia y los bajos ingresos familiares.

5.1.2. Problemas fundamentales

- Bajos niveles de instrucción de la madre sobre alimentación complementaria durante la lactancia materna.
- Alimentación basada en el consumo de harinas, grasas y azúcares que no aportan hierro.

- Eventualmente la mayoría de las madres de familia en sus preparaciones combina harinas, carnes, frutas y verduras.

5.1.3. Problemas incidentales

- Baja frecuencia de consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro.
- Baja frecuencia de consumo de alimentos de origen vegetal ricos en hierro.
- Reducido consumo de piezas de fruta.
- Escaso consumo de verduras.
- Ausencia de consumo de sangrecita que contiene mayor cantidad de hierro.
- Escaso consumo de pescado con mayor contenido de hierro que la carne de pollo.
- Eventual consumo de alimentos chatarra.
- Presencia de anemia leve y moderada en los infantes.
- Limitado conocimiento sobre alimentación complementaria rica en hierro

5.2.Pronóstico

De continuar esta situación de bajo consumo de alimentos ricos en hierro durante la lactancia, es decir, una alimentación complementaria basada fundamentalmente en el consumo de harinas, grasas y azúcares que no aportan hierro y sin combinar harinas, carnes, frutas y verduras en la preparación de sus alimentos; no se logrará que sus hijos se recuperen del proceso de anemia que presentan y por el contrario se agudizará su problema de salud.

5.3.Selección del problema objeto de intervención

Limitado conocimiento sobre alimentación complementaria rica en hierro en niños de 6 a 11 meses con anemia.

CAPÍTULO III

PROPUESTA DE TRABAJO SOCIAL PARA PARA LA SOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA INVESTIGADA

PROYECTO N° 1

“Rico en hierro, saludable para mí”

1. Fundamentación

Dados los resultados obtenidos respecto a la problemática de comportamiento alimentario que se caracteriza por el consumo de alimentos basado en harina, grasas y azúcares que no aportan hierro; así también, se encontró que a pesar de la presencia de anemia ferropénica en los infantes, las madres de familia no logran realizar prácticas alimentarias con alto consumo en alimentos de origen animal como sangrecita y pescado, carnes que aportan una mayor cantidad de hierro que la carne de pollo; así también, es bajo el consumo de frutas y vegetales; manteniendo por el contrario el consumo de alimentos chatarra que no aportan ningún valor nutritivo.

En esta situación se sustenta la propuesta que presentamos y que se orienta a revertir este comportamiento alimentario que poco favorece la recuperación de la anemia que presentan los infantes atendidos en el Centro de Salud 15 de Agosto.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Concientizar a las madres de familia respecto al consumo de alimentos ricos en hierro a fin favorecer la recuperación de la anemia que presentan sus hijos.

2.2. Objetivos específicos

- Sensibilizar respecto a la necesidad de tener una alimentación saludable en el hogar.
- Motivar hacia la preparación de alimentos ricos en hierro.

- Capacitar a las madres de familia en la importancia del consumo de alimentos ricos de origen animal y vegetal ricos en hierro para favorecer la recuperación de la anemia que presentan sus hijos.

3. Estrategia

- Lograr la autorización del director del Centro de Salud 15 de Agosto.
- Motivar la participación activa de las madres de familia.

4. Meta

El 80 % de las madres de familia participan en el desarrollo del proyecto.

5. Programación de acciones

Actividad	Acciones	Técnicas	Instrumentos
Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinar con el director del Centro de Salud 15 de Agosto para la aprobación del proyecto y el apoyo respectivo. - Coordinar con los profesionales en nutrición y Trabajo Social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación directa - Observación 	<ul style="list-style-type: none"> Registro anecdótico en el Diario
Motivación	<ul style="list-style-type: none"> - Motivar a las madres de familia a través de entrevistas individuales y grupales. - Elaboración de boletines. - Confección de artículos para el Periódico Mural. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista no estructurada - Focus Group 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro anecdótico en el Diario - Boletines - Fotografías
Organización	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer cronogramas de trabajo. - Ambientación del local con ilustraciones alusivas a los temas nutricionales. 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación directa 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro anecdótico en el Diario - Decoración temática
Capacitación	<p>Realización de talleres vivenciales sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación complementaria en niños con anemia. - La importancia del consumo de alimentos de origen animal y vegetal ricos en hierro. 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación directa 	<ul style="list-style-type: none"> - Lista de participantes - Presentación de diapositivas y videos
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar si las sesiones realizadas generaron nuevos conocimientos. - Elección y presentación de indicadores de evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concurso "Combinación nutricional" - Encuesta 	<ul style="list-style-type: none"> - Maqueta de alimentos - Cuestionario

6. Recursos

6.1. Humanos

- Director del Centro de Salud 15 de Agosto.
- Personal que labora en la institución.
- Trabajadora Social.
- Nutricionista.

6.2. Materiales

- Bifoleados
- Afiches
- Maquetas y decoración temática
- Fotocopias
- CD

6.3. Tecnológicos

- Proyector
- Laptop
- USB
- Panel Blanco

6.4. Institucionales

- Centro de Salud 15 de Agosto.

6.5. Recursos Financieros

- Aporte de los graduandos.

7. Responsables

- Sabina Ochoa Cornejo
- Mayra Suguey Begazo Salazar

8. Cronograma

El tiempo previsto para la ejecución del proyecto es aproximadamente dos meses.

PROYECTO N° 2

“Chispitas de amor”

1. Fundamentación

La madre es la principal responsable del cuidado y nutrición del niño y por lo tanto debe conocer y poner en práctica la elaboración de comidas con diferentes tipos de alimentos que pueden ayudar a prevenir la anemia.

Ya que en el presente estudio se observó que existe una problemática en el comportamiento alimentario de los niños entre 6 y 11 meses que se caracterizó por el consumo de alimentos basado en harina, grasas y azúcares que no aportan hierro, y que, además, las madres no logran realizar prácticas alimentarias en el que se priorice el consumo de alimentos de origen animal como sangrecita y pescado que aportan una mayor cantidad de hierro. Así mismo, como parte de la alimentación complementaria del niño, si este es sano se debe incluir suplementos (micronutrientes en polvo); y en el caso de niños con anemia, un tratamiento (jarabe).

Por lo tanto, se hace necesario proponer el presente proyecto que se orienta a promover la utilización de suplementos y a mantener el tratamiento dentro de la alimentación complementaria para favorecer la recuperación de los niños con anemia que presentan los infantes atendidos en el Centro de Salud 15 de Agosto.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Concientizar a las madres de familia respecto a la inclusión de suplementos y tratamientos dentro de la alimentación complementaria a fin favorecer la recuperación de niños con anemia y evitar el desarrollo de la misma en niños sanos.

2.2. Objetivos específicos

- Sensibilizar a las madres respecto a la necesidad de continuar con el tratamiento y usar suplementos nutricionales junto con la alimentación complementaria.
- Sensibilizar a las madres respecto a seguridad de los tratamiento y suplementos nutricionales que se entregan por parte del centro de salud.
- Capacitar a las madres de familia en el uso de suplementos nutricionales y tratamientos dentro de la alimentación complementaria.

3. Estrategia

- Lograr la autorización del director del Centro de Salud 15 de Agosto.
- Motivar la participación activa de las madres de familia.

4. Meta

El 70 % de las madres de familia participan en el desarrollo del proyecto.

5. Programación de acciones

Actividad	Acciones	Técnicas	Instrumentos
Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinar con el director del Centro de Salud 15 de Agosto para la aprobación del proyecto y el apoyo respectivo. - Coordinar con los profesionales en enfermería y Trabajo Social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación directa - Observación 	<ul style="list-style-type: none"> Registro anecdótico en el Diario
Motivación	<ul style="list-style-type: none"> - Motivar a las madres de familia a través de entrevistas individuales y grupales. - Confección de artículos para el Periódico Mural. - Elaboración de boletines. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista no estructurada - Focus Group 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro anecdótico en el Diario - Boletines - Fotografías
Organización	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer cronogramas de trabajo. - Ambientación del local con ilustraciones alusivas a los temas de suplementos nutricionales y tratamiento ante anemia. 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación directa 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro anecdótico en el Diario - Decoración temática

Capacitación	<p>Realización de talleres vivenciales sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adherencia al tratamiento y suplementos nutricionales durante la alimentación complementaria. - Seguridad en el uso de suplementos nutricionales y tratamientos dentro de la alimentación complementaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sociodrama - Comunicación directa 	<ul style="list-style-type: none"> - Lista de participantes - Presentación de diapositivas y videos - Artículos para la caracterización durante el sociodrama
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar si las sesiones realizadas generaron nuevos conocimientos. - Realizar visitas domiciliarias para evaluar la adherencia a los tratamientos y suplementos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta - Observación 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario - Registro anecdótico en el Diario

6. Recursos

6.1. Humanos

- Director del Centro de Salud 15 de Agosto.
- Personal que labora en la institución.
- Trabajadora Social.
- Enfermera

6.2. Materiales

- Bifoleados
- Afiches
- Fotocopias
- Material de decoración
- Material para caracterización
- CD

6.3. Tecnológicos

- Proyector
- Laptop
- USB
- Panel Blanco

6.4. Institucionales

- Centro de Salud 15 de Agosto.

6.5. Recursos Financieros

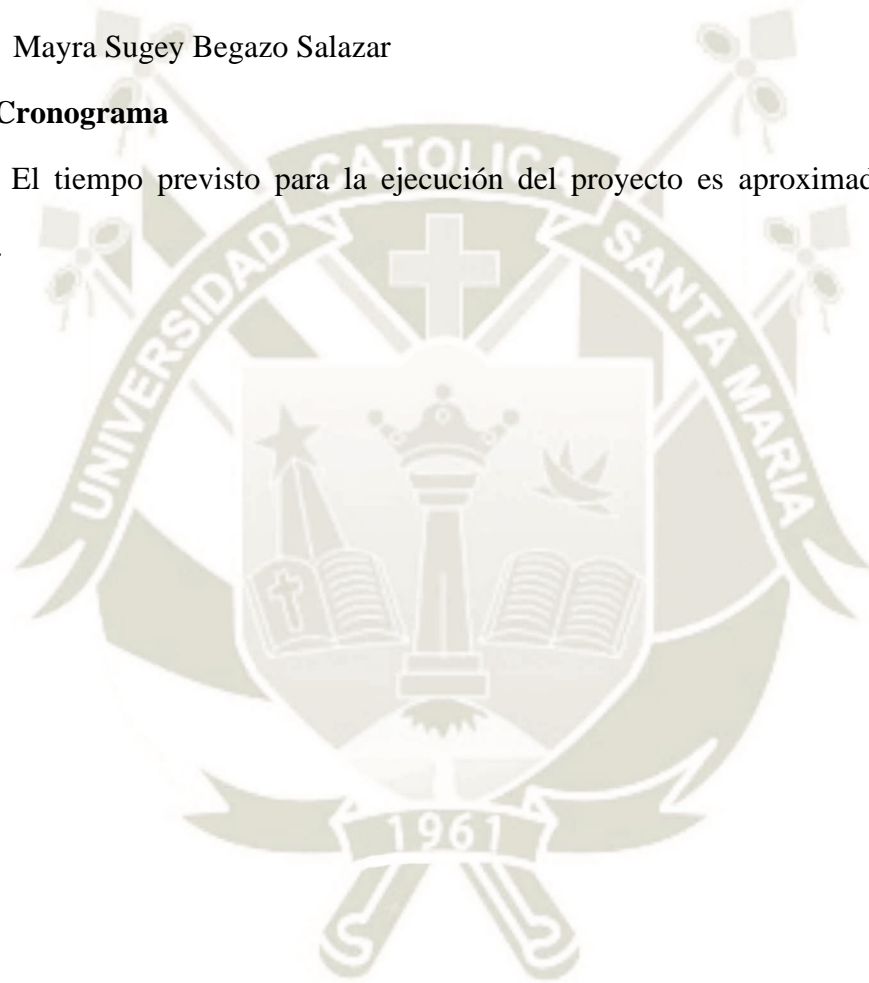
- Aporte de los graduandos.

7. Responsables

- Sabina Ochoa Cornejo
- Mayra Sugely Begazo Salazar

8. Cronograma

El tiempo previsto para la ejecución del proyecto es aproximadamente cinco meses.



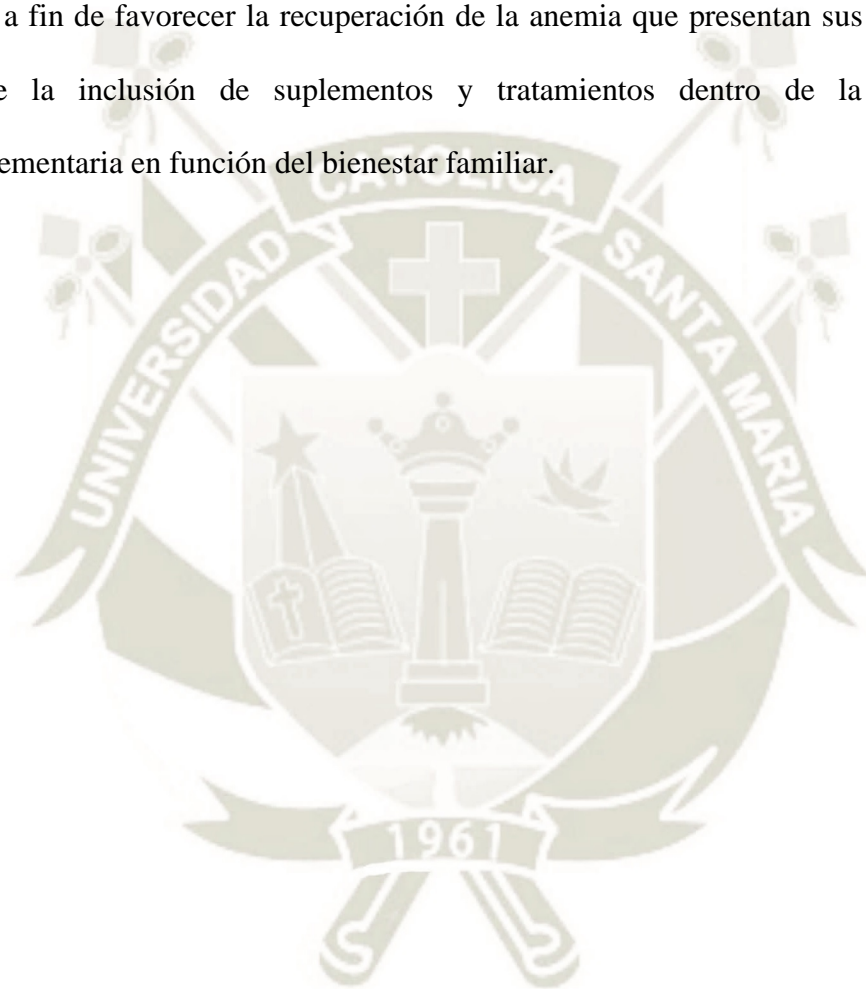
CONCLUSIONES

PRIMERA. – Se determinó que existe influencia significativa entre las características socio culturales y la presencia de la anemia en los niños de 6 a 11 meses atendidos en el Centro de Salud 15 de Agosto, mostrando una relación significativa a nivel estadístico (Chi-cuadrado, $p < 0.05$) en el caso de las variables sociales; y una correlación directa ($R^2=0.901$) en el caso de las variables culturales (comportamiento alimentario). Así mismo, la influencia es altamente significativa en el caso de las características económicas dado que en general las madres de familia son amas de casa y los ingresos familiares son menores a mil soles mensuales.

SEGUNDA. - Las características sociales que se estudiaron fueron procedencia, edad de las madres, vivienda, ocupación, estructura familiar y nivel de instrucción. En el estudio se identificó que todas ellas se relacionan con la presencia de anemia ferropénica en los niños de 6 a 11 meses atendidos en el Centro de Salud 15 de Agosto. La característica económica estudiada fue el ingreso, identificando su influencia como significativa durante el presente estudio. Finalmente, las características culturales que se estudiaron fueron alimentación nutritiva y comportamiento alimentario; las mismas que se identificaron como asociadas a la presencia de anemia ferropénica, teniendo un comportamiento de dependencia directa. La investigación muestra que no obstante la presencia de la anemia ferropénica en infantes de 6 a 11 meses las madres de familia no logran realizar prácticas alimentarias con alto aporte de hierro manteniendo por el contrario el consumo de alimentos de poco valor nutritivo.

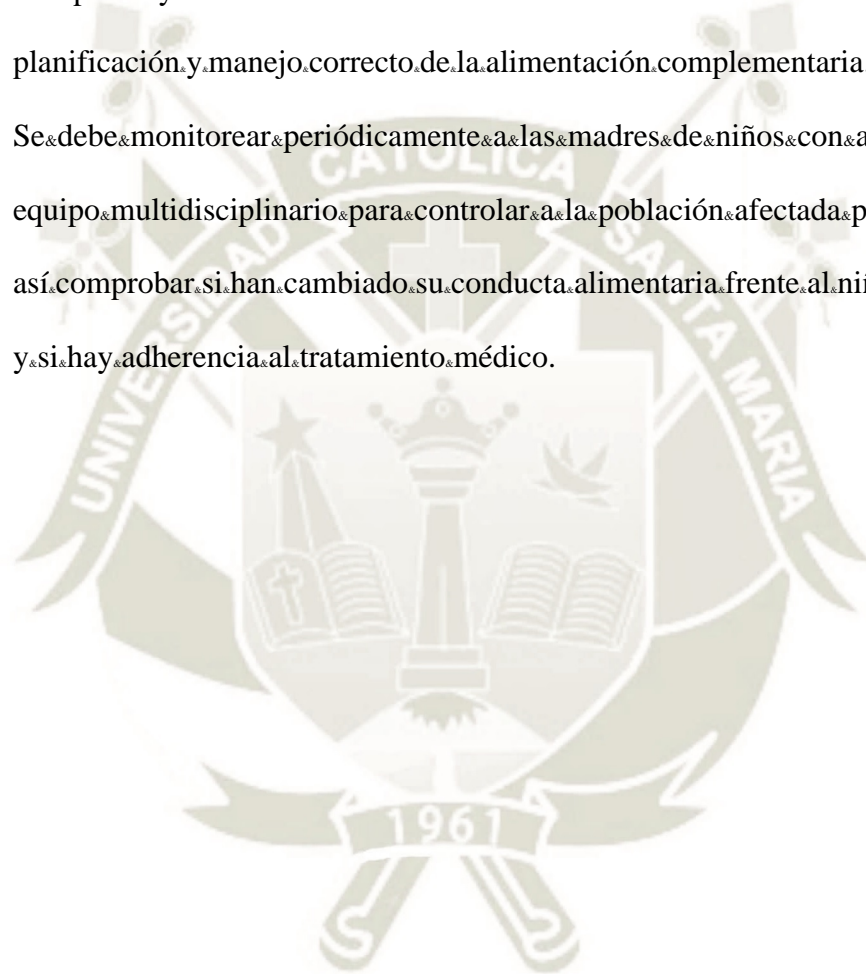
TERCERA. – Como precisión se puede mencionar que el nivel de desarrollo de la anemia ferropénica que presentan los niños atendidos en el Centro de Salud 15 de Agosto, en un 65 % es leve (10.0 – 10.9 g/dl) y en el porcentaje restante es moderada (7.0 – 9.9 g/dl), no existiendo ningún caso en que presenten un grado severo (< de 7.0 g/dl).

CUARTA. - Se sugirieron dos proyectos de intervención: “Rico en hierro, saludable para mí” y “Chispitas de amor”. Estos se orientan en la reversión del comportamiento alimentario desfavorable que no ayuda en la recuperación de la anemia que presentan los infantes atendidos en el Centro de Salud 15 de Agosto. Así mismo, se busca concientizar a las madres de familia respecto al consumo de alimentos ricos en hierro a fin de favorecer la recuperación de la anemia que presentan sus niños; lo cual supone la inclusión de suplementos y tratamientos dentro de la alimentación complementaria en función del bienestar familiar.



SUGERENCIAS

1. Se debe formar un grupo interdisciplinario en el Centro de Salud 15 de Agosto que se encargue de preparar y ejecutar un plan de intervención para disminuir el número de casos con anemia centrándose en los factores ya mencionados.
2. Se debe establecer un área exclusiva dentro del Centro de Salud 15 de Agosto para disciplinar y concienciar a la madre o familiar cuidador del niño en el manejo, planificación y manejo correcto de la alimentación complementaria.
3. Se debe monitorear periódicamente a las madres de niños con anemia con un equipo multidisciplinario para controlar a la población afectada por la anemia y así comprobar si han cambiado su conducta alimentaria frente al niño con anemia y si hay adherencia al tratamiento médico.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

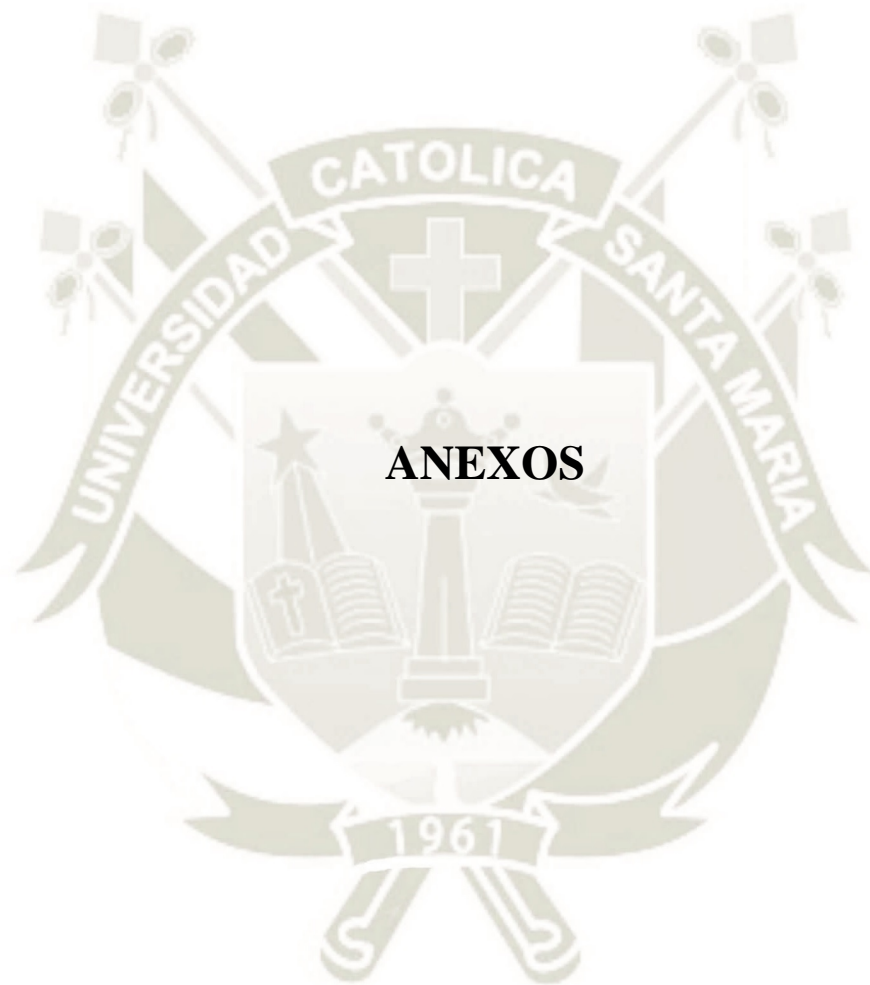
- Aguirre, W. (2009). *Caracterización del empleo de tiempo de las mujeres en el hogar*. Lima, Perú: Universidad Cayetano Heredia.
- Alcázar, B. (2015). *La cultura alimentaria en las zonas rurales del Perú*. Lima, Perú: GRADE.
- Anaya, A., Fajardo, E., Calleja, N. y Aldrete, E. (2018). La disfunción familiar como predictor de codependencia en adolescentes mexicanos. *Nova scientia*, 10(20), 465-480.
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación. introducción a la metodología científica*. Caracas, Venezuela: Editorial Episteme.
- Barreno, V. (2014). *Estudio de factores que influyen la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses atendidos en el Subcentro de Salud de Cevallos* (Tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.
- Billari, F. y Dalla Zuanna, G. (2014). *¿Declive o revolución demográfica? Reflexiones a partir del caso italiano*. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Borge, R., Pineda, C. y Sandres, H. (2015). *Prevalencia de anemia y factores asociados en niños de 2 meses a 10 años de edad. Sala de Pediatría Hospital de Estelí Enero–Marzo 2014* (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, Nicaragua.
- Calle J. y Muñoz G. (2016). *Anemia y factores asociados en niños menores de 5 años. centro creciendo con nuestros hijos (CNH) Rivera 2015* (Tesis de especialidad). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.
- Campos, C. (2018). *Nutrición en anemia* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Iquitos, Perú.
- Ccallo, G. y Escobedo, E. (2012). *Factores socioeconómicos, culturales y de salud relacionados con la anemia ferropénica en niños beneficiarios del programa integral de nutrición del distrito de Cayma, Arequipa* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.

- Centro de Salud 15 de Agosto (2016). *Reglamento Interno del Centro de Salud 15 de Agosto*. Lima, Perú: MINSA.
- Chamorro, S. (2018). *Anemia, patrón alimentario y factores maternos asociados en preescolares beneficiarios del programa de alimentación de la ONG Oscar de Perú* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú.
- Flores, S., Quispe, B. y Sprungli, M. (2016). *Guía de capacitación: Uso de micronutrientes y alimentos ricos en hierro dirigido a madres líderes*. Lima, Perú: MINSA
- Freire, W. (2015). *La anemia por deficiencia de hierro: estrategias de la OPS/OMS para combatirla*. Washington D.C., Estados Unidos: OPS/OMS.
- Gerencia Regional de Salud de Arequipa (2019). *Anemia a Diciembre de 2019: Niños de 6 a 35 meses y Gestantes*. Arequipa, Perú: GERESA-AREQUIPA.
- Girolami, H. (2016). *Fundamentos de la valoración nutricional y composición corporal*. Buenos Aires, Argentina: Ateneo.
- Guizado, E. (2018). *Características socioculturales que influyen en la prevalencia de anemia ferropénica, en niños de 6 a 35 meses del Establecimiento de Salud Kishuara, Enero a Marzo, 2017* (Tesis de pregrado). Universidad Tecnológica de los Andes, Apurímac, Perú.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2011). *Metodología y técnicas de investigación*. México D.F., México: Mcgraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). *Encuesta nacional demográfica y de salud familiar 2010 – 2018*. Lima, Perú: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2009). *Uso del tiempo, una perspectiva estadística de género*. México D.F., México: INEGI.
- Instituto Vasco de Estadística (s.f.). *Definición de familia*. Disponible En https://www.eustat.eus/documentos/opt_1/tema_16/elem_1755/definicion.html

- Jesús, E. (2017). *Factores socioculturales de madres y prevención de anemia en niños de 6 a 36 meses, Centro de Salud San Luis, 2017*. Universidad Inca Garcilazo de la Vega; Lima, Perú.
- Londoño, A. y Mejía, S. (2008). Factores de riesgo para malnutrición relacionados con conocimientos y prácticas de alimentación en preescolares de estrato bajo en Calarcá. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 7(15), 77-90. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.com>
- Macías, R. (2011). *Factores socioculturales y desarrollo cultural comunitario. Reflexiones desde la Práctica*. Las Tunas, Cuba: Universidad de Las Tunas.
- Maldonado, A. y Tapia, J. (2015). *Factores relacionados con la anemia en lactantes de 6 a 11 meses. Centro de Salud 15 de Agosto* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.
- Mamani, J. y Pinto, M. (2020). *Participación de la madre y efectividad del tratamiento de anemia en niños de 6 a 36 meses - Centro de Salud 15 de Agosto, Arequipa 2019* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa, Perú.
- Martínez, A., Avila, A. y Valenzuela, V. (2014). *El conocimiento y los sujetos sociales*. México D.F., México: Trillas.
- Martínez, M., Estévez, E. e Inglés, C. (2013). Diversidad familiar y ajuste psicosocial en la sociedad actual. *Psicología.com*, 17(6). Disponible en <http://hdl.handle.net/10401/6171>
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (2018). *Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia*. Lima, Perú: MIDIS.
- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (2011). *Brechas de género en el uso del tiempo*. Lima, Perú: MINDES.
- Ministerio de Salud del Perú (2016). *Guía de Capacitación: Uso de micronutrientes y alimentos ricos en hierro*. Lima, Perú: MINSA.
- Ministerio de Salud del Perú (2017a). *Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021*. Lima, Perú: MINSA. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe>

- Ministerio de Salud del Perú (2017b). *Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, mujeres gestantes y puérperas*. Lima, Perú: MINSA.
- Ministerio de Salud del Perú y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (2017). *Anemia en niños menores de 3 años: Modelo Causal*. Lima, Perú: BID.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Global strategy for infant and young child feeding*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Anemia en países en vías de desarrollo*. Ginebra, Suiza: OMS. Disponible En <http://apps.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Aumentar el consumo de frutas y verduras para reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles*. Ginebra, Suiza: OMS. Disponible en https://www.who.int/elena/titles/fruit_vegetables_ncds/es/
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional: América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile: OPS.
- Parella, S. y Martins, F. (2012). *Metodología de la investigación cuantitativa*. Caracas, Venezuela: Fedupel.
- Pazos, S. (2016). *La prevalencia de anemia en niños de 7 meses a 9 años de edad y su relación con el conocimiento de la alimentación saludable por parte de los cuidadores en el centro de salud de pascuales* (Tesis de especialidad). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.
- Quispe F. (23 de abril de 2017). *La anemia debe eliminarse antes que el niño tenga 3 años*. La República, Perú.
- Ramos, M. (2017). *Conocimientos y actitudes sobre anemia, alimentación, prevención y tratamiento de las madres en relación al grado de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad, en el Centro de Salud CLAS Santa Adriana Juliaca* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional del Altiplano, Puno, Perú.
- Rao, G. (2007). Iron in fetal and neonatal nutrition. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 12, 54-63.
- Reinoso, P., Siguencia, J. y Tigre, D. (2014). *Prevalencia de conducta alimentaria inadecuada en niños de 1 a 5 años de edad y su relación con factores*

- asociados. Centros de Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuenca* (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Salas, D. (2014). Cultura y hábitos de alimentación desde la infancia. *Revista Pediátrica* 71(23), 4-12.
- Sánchez, E. (2014). *Los hermanos: convivencia, rivalidad y solidaridad*. Recuperado de <http://www.vivirenfamilia.net/>
- Santa Cruz, I. (2017). *Factores socioculturales que influyen en la aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes en las familias con niños menores de 3 años* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca, Perú.
- Serrano, G. y Abril, X. (2011). *Prevalencia de anemia ferropénica en niños de 1 mes a cuatro años 11 meses y factores de riesgo asociados. Fundación Pablo Jaramillo Crespo Cuenca – Ecuador 2010* (Tesis de pregrado). Universidad del Azuay, Ecuador.
- Smith, A. (2007). *Encyclopedia of Junk and Fast Food*. Inglaterra, Reino Unido: Emerald Group.
- Titi, H. y Cahuana, D. (2019). *Factores asociados y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños de 6-36 meses. C.S. Edificadores Misti Arequipa – 2018* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.
- Turiani, M., Pamplona, V., Komura, L. y Chávez, R. (2009). El cuidado del niño: Representaciones y experiencias de la madre adolescente de bajos recursos. *Index de Enfermería*, 18(2), 90-94.
- Utrilla, M. (1985). *¿Son los padres culpables?* Madrid, España: Narcea.
- Velásquez, J., Rodríguez, Y., Gonzales, M., Astete, L., Loyola, J., Vigo, W. y Rosas, A. (2016). Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: Análisis de la encuesta demográfica y de salud familiar, 2007-2013. *Revista Biomédica*, 36(2), 220-229.
- Zavaleta, N. y Irizarry, L. (2016). *Nutrición en el Perú 2016. Situación nutricional y sus implicancias de política pública. Nota Técnica*. Washington D.C., Estados Unidos: BID.



INSTRUMENTOS CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO PREVENTIVO Y NUTRICIONAL

I. DATOS GENERALES

1. Edad de la madre:
 - a) Menor de 20 años ()
 - b) 21 -30 años ()
 - c) 31-40 años ()
 - d) Mayor de 41 años ()

2. Lugar de procedencia: _____

3. Estado civil:
 - a) Casada ()
 - b) Soltera ()
 - c) Conviviente ()
 - d) Divorciada ()
 - e) Viuda ()

4. Grado de instrucción académica:
 - a) Primaria completa ()
 - b) Primaria incompleta ()
 - c) Secundaria completa ()
 - d) Secundaria incompleta ()
 - e) Superior Técnica ()
 - f) Superior Universitaria ()

5. Ocupación: _____

6. Número de hijos: _____

7. Ingreso familiar mensual: _____

8. ¿Qué miembros de la familia tiene alguna ocupación?
 - a) Sólo padre ()
 - b) Sólo madre ()
 - c) Padre y madre ()
 - d) Padre, madre y hermanos mayores ()

9. ¿Además de sus hijos y pareja, vive con otro familiar?
 - a) Sí ()
 - b) No ()

10. La vivienda en la que reside es:
 - a) Propia ()
 - b) Alquilada ()
 - c) Cedida ()

11. Tipo de vivienda:
- a) Material noble ()
 - b) Sillar ()
 - c) Otro ()
12. Cantidad de ambientes de su vivienda: _____

II. CONDUCTA ALIMENTARIA

13. ¿Con qué frecuencia sus hijos consumían alimentos ricos en hierro antes de la presencia de anemia?
- a) 1 vez por semana ()
 - b) 2 veces a la semana ()
 - c) 3 veces por semana ()
 - d) 4 veces a la semana ()
 - e) Todos los días ()
14. ¿Con qué frecuencia sus hijos consumen alimentos ricos en hierro actualmente?
- a) 1 vez por semana ()
 - b) 2 veces a la semana ()
 - c) 3 veces por semana ()
 - d) 4 veces a la semana ()
 - e) Todos los días ()
15. ¿Conoce usted qué alimentos son ricos en hierro?
- a) Hamburguesas, pastelitos, pizzas, pollo broaster. ()
 - b) Pescado, hígado, sangrecita, bofe ()
 - c) Pan, pastas, papas, arroz. ()
 - d) Gaseosas, refrescos, los emolientes ()
16. ¿Qué alimento de origen vegetal ricos en hierro consumían sus hijos antes de que se afectaran con la anemia?
- a) Poro ()
 - b) Espinaca ()
 - c) Zapallo ()
 - d) Cebolla ()
 - e) Ninguno ()
17. ¿Qué alimento de origen vegetal ricos en hierro consumen sus hijos actualmente?
- a) Poro ()
 - b) Espinaca ()
 - c) Zapallo ()
 - d) Cebolla ()
 - e) Ninguno ()

18. ¿Qué alimento de origen animal ricos en hierro consumían sus hijos antes de que se afectaran con la anemia?
- a) La carne de pavo ()
 - b) La carne de res. ()
 - c) La sangrecita ()
 - d) La carne de pollo ()
 - e) Pescado ()
 - f) Ninguno ()
19. ¿Qué alimento de origen animal ricos en hierro consumen sus hijos actualmente?
- a) La carne de pavo ()
 - b) La carne de res. ()
 - c) La sangrecita ()
 - d) La carne de pollo ()
 - e) Pescado ()
 - f) Ninguno ()
20. ¿Mencione qué legumbre consumen sus hijos mayormente?:
- a) Soya
 - b) Arvejas
 - c) Lentejas
 - d) Pallares
21. La alimentación en el hogar, antes de la presencia de anemia en su hijo, consistía básicamente en el consumo de harinas, grasas y azúcares.
- a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) A veces ()
 - d) Nunca ()
22. La alimentación en el hogar, actualmente consiste básicamente en el consumo de harinas, grasas y azúcares.
- a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) A veces ()
 - d) Nunca ()
23. Sus niños, antes de la presencia de la anemia, ¿con qué frecuencia consumían los llamados alimentos chatarra?
- a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) A veces ()
 - d) Nunca ()
24. ¿Sus niños actualmente con qué frecuencia consumen los llamados alimentos chatarra?
- a) Siempre ()
 - b) Casi siempre ()
 - c) A veces ()
 - d) Nunca ()

25. ¿Con qué frecuencia, antes de la presencia de anemia en su hijo, en sus preparaciones combinaba harinas, carnes, frutas y verduras?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) A veces ()
- d) Nunca ()

26. ¿Con qué frecuencia, actualmente en sus preparaciones combina harinas, carnes, frutas y verduras?

- a) Siempre ()
- b) Casi siempre ()
- c) A veces ()
- d) Nunca ()

27. ¿Su hijo cuántas piezas de fruta consume al día?

- a) Ninguna ()
- b) Una ()
- c) Dos ()
- d) Tres ()
- e) Cuatro ()

28. ¿Cuántas veces a la semana sus niños consumen verduras?

- a) Todos los días ()
- b) 5 a 6 días ()
- c) 3 a 4 días ()
- d) 1 a 2 días ()

FICHA DE OBSERVACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

Paciente*	Concentración de hemoglobina	Grado de anemia	Paciente*	Concentración de hemoglobina	Grado de anemia
1	8,7	Moderada	38	10,3	Leve
2	10,2	Leve	39	9,8	Moderada
3	9,6	Moderada	40	10,1	Leve
4	7,4	Moderada	41	10,5	Leve
5	10,2	Leve	42	10,2	Leve
6	10,1	Leve	43	10,4	Leve
7	10	Leve	44	10,1	Leve
8	10,5	Leve	45	10,1	Leve
9	9,9	Moderada	46	8,1	Moderada
10	10	Leve	47	10,2	Leve
11	9,8	Moderada	48	9,3	Moderada
12	8	Moderada	49	10,1	Leve
13	9,2	Moderada	50	7,4	Moderada
14	10,3	Leve	51	9,5	Moderada
15	10,1	Leve	52	10,5	Leve
16	9,4	Moderada	53	9,7	Moderada
17	8,4	Moderada	54	10	Leve
18	9,1	Moderada	55	8,8	Moderada
19	10,7	Leve	56	7,5	Moderada
20	10,8	Leve	57	10,2	Leve
21	10,3	Leve	58	10,4	Leve
22	10	Leve	59	10,8	Leve
23	10	Leve	60	10,6	Leve
24	10,9	Leve	61	10,7	Leve
25	10,2	Leve	62	10,9	Leve
26	10,4	Leve	63	10,3	Leve
27	10,8	Leve	64	10,5	Leve
28	8,6	Moderada	65	10	Leve
29	10,3	Leve	66	9,1	Moderada
30	10,1	Leve	67	10	Leve
31	7,3	Moderada	68	10,5	Leve
32	10,5	Leve	69	10,5	Leve
33	9,7	Moderada	70	8	Moderada
34	8,1	Moderada	71	10	Leve
35	10	Leve	72	10,8	Leve
36	8,5	Moderada	73	8,9	Moderada
37	10,5	Leve	74	10,9	Leve

Fuente: Elaboración propia. *Los números correlativos de los pacientes se corresponden con los asignados en la tabla de sistematización de datos.

SISTEMATIZACIÓN DE LOS DATOS

Los datos obtenidos mediante los instrumentos “Cuestionario de Conocimiento Preventivo y Nutricional” y “Ficha de Observación de Historias Clínicas” fueron codificados según la siguiente distribución:

Pregunta	Descripción	0	1	2	3	4	5	6
P1	Edad de la madre	Sin información	Menor de 20	21 a 30	31 a 40	Mayor de 41		
P2	Lugar de procedencia	Sin información	Puno	Cuzco	Provincias	Arequipa		
P3	Estado civil	Sin información	Soltera	Viuda	Divorciada	Conviviente	Casada	
P4	Grado de instrucción académica	Sin información	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior técnica	Superior universitaria
P5	Ocupación	Sin información	Empleada de hogar	Estudiante	Comerciante	Ama de casa		
P6	Número de hijos	Sin información	De 2 a 3	De 4 a 5	Uno			
P7	Ingreso familiar	Sin información	Menos de 500	Entre 501 y 800	Entre 801 y 1000	Más de 1000		
P8	Miembros de la familia que tienen alguna ocupación	Sin información	Sólo madre	Sólo padre	Padre y madre	Padre, madre y hermanos mayores		
P9	Tipo de familia	Sin información	Extensa	Nuclear				
P10	Tenencia de la vivienda	Sin información	Alquilada	Cedida	Propia			
P11	Material de la vivienda	Sin información	Otros	Sillar	Noble			
P12	Nro de ambientes de la vivienda	Sin información	1 a 2	3 a 4	5 a 6			
P13	Frecuencia de consumo de alimentos ricos en hierro (antes)	Sin información	1 vez por semana	2 veces por semana	3 veces por semana	4 veces por semana	Todos los días	
P14	Frecuencia de consumo de alimentos ricos en hierro (ahora)	Sin información	1 vez por semana	2 veces por semana	3 veces por semana	4 veces por semana	Todos los días	
P15	Conocimiento de alimentos ricos en hierro	Sin información	Hamburguesas, pastelitos, pizzas, pollo broaster	Gaseosas, refrescos, los emolientes	Pan, pastas, papas, arroz	Pescado, hígado, sangrecita, bofe		
P16	Consumo de alimentos de origen vegetal con hierro (antes)	Sin información	Ninguno	Cebolla	Zapallo	Espinaca		
Pregunta	Descripción	0	1	2	3	4	5	6

Fuente: Elaboración propia.

P17	Consumo de alimentos de origen vegetal con hierro (ahora)	Sin información	Ninguno	Cebolla	Zapallo	Espinaca		
P18	Consumo de alimentos de origen animal con hierro (antes)	Sin información	Ninguno	Carne de pollo	Pescado	Carne de res	Carne de pavo	Sangrecita
P19	Consumo de alimentos de origen animal con hierro (ahora)	Sin información	Ninguno	Carne de pollo	Pescado	Carne de res	Carne de pavo	Sangrecita
P20	Consumo de legumbres	Sin información	Soya	Arvejas	Lentejas	Pallares		
P21	Consumo de harinas, grasas y azúcares (antes)	Sin información	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre		
P22	Consumo de harinas, grasas y azúcares (ahora)	Sin información	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre		
P23	Consumo de alimentos chatarra (antes)	Sin información	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre		
P24	Consumo de alimentos chatarra (ahora)	Sin información	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre		
P25	Combinación de harinas, carnes, frutas y verduras (antes)	Sin información	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre		
P26	Combinación de harinas, carnes, frutas y verduras (ahora)	Sin información	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre		
P27	Número de piezas de fruta que consumen	Sin información	Ninguna	Una	Dos	Tres	Cuatro	
P28	Frecuencia de consumo de verduras	Sin información	1 a 2 días	3 a 4 días	5 a 6 días	Todos los días		
HEMO	Grado de anemia		Severa	Moderada	Leve			

Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente se recabaron los datos en la matriz que se muestra a continuación:

ENT	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	HEMO	
1	2	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	2	1	4	3	4	3	1	1	1	1	2	
2	3	4	5	4	4	3	3	2	1	2	3	2	1	2	4	2	4	2	4	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	3
3	2	2	1	3	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	3	1	2	1	2	2	4	3	4	2	1	2	2	1	2	
4	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	4	4	4	4	0	0	0	0	2	
5	2	4	4	4	4	2	2	2	1	2	3	1	1	1	4	1	4	1	3	3	3	2	2	2	1	2	2	1	3	
6	3	4	4	4	4	2	2	2	1	2	3	1	1	2	4	2	4	2	3	3	3	2	2	2	1	2	2	1	3	
7	2	4	4	4	4	1	2	2	1	2	3	1	1	1	4	1	4	1	2	3	3	2	2	2	1	2	2	1	3	
8	3	4	5	5	4	3	4	2	2	3	3	2	2	2	4	3	4	3	4	3	2	2	2	1	2	3	2	3	3	
9	2	3	4	4	3	1	2	2	1	1	3	1	1	1	4	1	3	1	2	2	4	3	3	2	1	2	2	1	2	
10	3	4	4	4	4	2	2	2	1	2	3	1	1	2	4	2	4	2	3	3	3	2	2	2	1	2	2	1	3	
11	2	3	4	4	4	1	2	2	1	2	3	1	1	1	4	1	3	1	2	2	4	3	3	2	1	2	2	1	2	
12	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	4	4	4	3	0	0	0	0	2	
13	2	2	1	3	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	0	2	1	4	3	4	3	1	2	2	1	2	
14	3	4	4	4	4	2	3	2	1	2	3	2	1	2	4	2	4	2	3	3	3	2	2	2	1	2	2	1	3	
15	2	4	4	4	4	2	2	2	1	2	3	1	1	1	4	1	4	2	3	3	3	2	2	2	1	2	2	1	3	
16	2	3	4	4	2	1	2	2	1	1	3	1	1	1	4	1	3	1	2	2	4	3	4	2	1	2	2	1	2	
17	2	1	1	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	2	1	4	3	4	3	0	0	0	1	2	
18	2	3	1	3	2	1	2	1	1	1	3	1	1	1	3	1	2	1	2	2	4	3	4	2	1	2	2	1	2	
19	3	4	5	5	4	3	4	2	2	3	3	2	2	2	4	4	4	4	4	3	2	2	2	0	2	3	3	3	3	
20	4	4	5	6	4	3	4	2	2	3	3	2	2	2	4	4	4	4	4	3	0	2	0	0	3	3	3	3	3	
21	2	4	4	4	4	1	2	2	1	2	3	1	1	1	4	1	3	1	2	3	3	3	3	2	1	2	2	1	3	
22	2	3	4	4	3	1	2	2	1	1	3	1	1	1	4	1	3	1	2	2	4	3	3	2	1	2	2	1	3	
23	2	4	4	4	4	1	2	2	1	2	3	1	1	1	4	1	3	1	2	3	3	3	3	2	1	2	2	1	3	
24	4	4	5	6	4	3	4	3	2	3	3	3	2	3	4	4	4	4	4	3	0	0	0	0	3	4	3	4	3	
25	3	4	5	4	4	3	3	2	2	2	3	2	1	2	4	3	4	2	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
26	3	4	5	4	4	3	3	2	1	2	3	2	1	2	4	3	4	2	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
27	4	4	5	6	4	3	4	2	2	3	3	2	2	2	4	4	4	4	4	3	0	2	0	0	3	3	3	3	3	
28	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	2	1	4	3	4	3	0	1	0	1	2	
29	3	4	5	4	4	3	3	2	1	2	3	2	1	2	4	3	4	2	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
30	2	4	4	4	4	1	2	2	1	2	3	1	1	1	4	1	3	1	2	2	3	3	3	2	1	2	2	1	3	
31	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	4	4	4	0	0	0	0	2	
32	4	4	5	6	4	3	4	2	2	3	3	3	2	2	4	4	4	4	4	3	0	0	0	0	3	4	3	4	3	
33	2	3	4	4	4	1	2	2	1	2	3	1	1	1	4	1	3	1	2	2	4	3	3	2	1	2	2	1	2	
34	2	1	1	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	2	0	4	3	4	3	0	0	0	1	2	
35	3	4	5	4	4	2	3	2	1	2	3	2	1	2	4	2	4	2	4	3	3	2	2	2	2	2	2	1	3	
36	2	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	2	1	4	3	4	3	1	1	0	1	2	
37	3	4	5	4	4	3	3	2	2	2	3	2	1	2	4	3	4	2	4	3	2	2	2	1	2	2	2	2	3	
38	3	4	4	4	4	2	2	2	1	2	3	1	1	2	4	2	4	2	3	3	3	2	2	2	1	2	2	1	3	
39	2	3	3	4	2	1	2	1	1	1	3	1	1	1	4	1	3	1	2	2	4	3	4	2	1	2	2	1	2	
40	2	4	4	4	4	1	2	2	1	2	3	1	1	1	4	1	3	1	2	3	3	3	3	2	1	2	2	1	3	
41	3	4	5	5	4	3	4	2	2	3	3	2	2	2	4	4	4	4	4	3	0	2	0	0	2	3	3	3	3	
42	3	4	5	5	4	3	4	2	2	3	3	2	2	2	4	3	4	3	4	3	2	2	2	0	2	3	3	3	3	
43	3	4	5	4	4	3	3	2	1	2	3	2	1	2	4	2	4	2	4	3	3	2	2	2	2	2	2	1	3	
44	2	4	4	4	4	1	2	2	1	2	3	1	1	1	4	1	4	1	2	3	3	2	2	2	1	2	2	1	3	
45	2	3	3	3	2	1	2	1	1	1	3	1	1	1	4	1	3	1	2	2	4	3	4	2	1	2	2	1	3	
46	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	4	4	4	3	0	0	0	1	2	
47	2	4	4	4	4	2	2	1	2	3	1	1	1	1	4	1	4	2	3	3	3	2	2	2	1	2	2	1	3	
48	2	3	3	4	2	1	2	1	1	1	3	1	1	1	4	1	3	1	2	2	4	3	4	2	1	2	2	1	2	
49	3	4	5	4	4	3	3	2	1	2	3	2	1	2	4	3	4	2	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	
50	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	4	4	4	0	0	0	0	2	
51	2	2	1	3	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	3	1	2	1	2	2	4	3	4	2	1	2	2	1	2	
52	3	4	5	4	4	3	3	2	2	3	3	2	1	2	4	3	4	2	4	3	2	2	2	1	2	2	2	3	3	
53	2	3	1	3	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	3	1	2	1	2	2	4	3	4	2	1	2	2	1	2	
54	2	4	4	4	4	1	2	2	1	2	3	1	1	1	4	1	3	1	2	2	4	3	3	2	1	2	2	1	3	
55	2	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	0	2	1	4	3	4	3	1	1	1	1	2	
56	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	4	4	4	4	0	0	0	0	2	
57	2	4	4	4	4	1	2	2	1	2	3	1	1	1	4	1	4	1	2	3	3	2	3	2	1	2	2	1	3	
58	3	4	5	4	4	3	3	2	1	2	3	2	1	2	4	3	4	2	4	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	
59	4	4	5	6	4	3	4	3	2	3	3	3	2	3	4	4	4	4	4	3	0	0	0	0	3	4	3	4	3	
60	3	4	5	5	4	3	4	2	2	3	3	2	2	2	4	3	4	3	4	3	2	2	2	1	2	3	2	3	3	
61	4	4	5	5	4	3	4	2	2	3	3	2	2	2	4	4	4	4	4	3	0	2	0	0	3	3	3	3	3	

Fuente: Elaboración propia.

ENT	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	HEMO
62	4	4	5	6	4	3	4	4	2	3	3	3	2	3	4	4	4	4	4	3	0	0	0	0	3	4	3	4	3
63	3	4	5	5	4	3	4	2	2	3	3	2	2	2	4	4	4	4	4	3	2	2	2	0	2	3	3	3	3
64	3	4	5	4	4	3	3	2	2	2	3	2	1	2	4	3	4	2	4	3	2	2	2	1	2	2	2	2	3
65	2	3	4	4	3	1	2	2	1	1	3	1	1	1	4	1	3	1	2	2	4	3	3	2	1	2	2	1	3
66	2	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	2	1	4	3	4	3	1	1	1	1	1	2
67	2	4	4	4	4	1	2	2	1	2	3	1	1	1	4	1	4	1	2	3	3	3	2	1	2	2	2	1	3
68	3	4	5	5	4	3	4	2	2	3	3	2	2	2	4	3	4	3	4	3	2	2	2	1	2	3	2	3	3
69	3	4	5	5	4	3	3	2	2	3	3	2	1	2	4	3	4	3	4	3	2	2	2	1	2	3	2	3	3
70	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	4	4	4	3	0	0	0	0	2
71	2	3	4	4	3	1	2	2	1	1	3	1	1	1	4	1	3	1	2	2	4	3	3	2	1	2	2	1	3
72	4	4	5	6	4	3	4	4	2	3	3	3	2	3	4	4	4	4	4	3	0	0	0	0	3	4	3	4	3
73	2	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	2	1	4	3	4	3	1	1	2	1	2	
74	4	4	5	6	4	3	4	4	2	3	3	3	2	3	4	4	4	4	4	3	0	0	0	0	3	4	3	4	3

Fuente: Elaboración propia.



CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Se empleó el método de consistencia interna del alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad del instrumento utilizado (cuestionario).

El alfa de Cronbach evalúa cuán confiables son los elementos de las encuestas o pruebas que se designan para medir la misma construcción (factor, condición) y si dichos elementos realmente cumplen con su función. Los valores más altos del alfa de Cronbach sugieren una mayor consistencia interna. Un valor del valor de referencia histórico de 0.7 se utiliza comúnmente para sugerir que al menos algunos de los elementos miden la misma construcción.

En el presente estudio para la recolección de datos relacionados a la variable características sociales, económicas y culturales se aplicó el instrumento cuestionario elaborado por los graduandos. Para evaluar la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto a 10 unidades de estudio de la muestra y los datos obtenidos fueron sometidos al método de alfa de Cronbach.

ENT	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28
1	2	3	4	4	4	1	2	2	2	1	3	2	1	1	4	1	3	1	2	2	4	3	3	2	1	2	2	2
2	2	4	4	4	4	2	2	2	1	2	3	1	1	1	4	1	3	1	3	3	3	2	2	2	1	2	2	1
3	2	4	4	4	4	2	2	2	1	1	1	1	2	3	4	2	4	2	3	3	3	2	2	2	1	2	2	1
4	3	3	3	2	4	2	3	2	1	2	3	2	1	2	4	2	3	2	3	3	3	2	2	2	1	2	2	2
5	2	4	4	4	4	2	2	2	1	1	1	1	1	1	4	1	3	2	3	3	3	2	2	2	1	2	2	1
6	2	3	4	4	2	1	2	2	0	1	3	1	1	1	4	0	3	1	1	2	4	3	0	2	1	2	2	1
7	2	1	1	2	2	1	0	1	2	2	1	2	1	2	0	0	0	0	2	1	4	3	4	3	0	0	0	1
8	3	3	1	3	2	1	2	1	1	1	3	1	1	1	3	1	2	1	2	2	4	3	4	2	1	2	2	1
9	3	4	5	4	4	3	4	2	2	3	3	2	1	2	4	4	4	4	4	3	2	2	2	0	2	3	3	3
10	3	4	5	6	4	3	4	2	2	3	3	1	2	2	4	4	4	4	4	3	0	2	0	0	3	3	3	3

Fuente: Elaboración propia.

Para calcular el alfa de Cronbach se empleó la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{k}{k - 1} \left(1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right)$$

Donde

α : alfa de Cronbach.

k : número de ítems.

V_i : varianza de cada ítem.

V_t : varianza total.

Finalmente, el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach del instrumento es de 0.876 siendo por lo tanto de alta confiabilidad.

