Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina
Escuela Profesional de Enfermería

Eficacia de un programa educativo de interculturalidad en los conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de anemia infantil en padres de un centro de salud. Lima - 2019

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Gisela POQUIOMA URQUÍA

ASESOR

Dra. María Josefa ARCAYA MONCADA

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Poquioma G. Eficacia de un programa educativo de interculturalidad en los conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de anemia infantil en padres de un centro de salud. Lima - 2019 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Enfermería; 2019.

Hoja de metadatos complementarios

Código ORCID del autor	https://orcid.org/0000-0001-5150-3431
DNI o pasaporte del autor	47547549
Código ORCID del asesor	https://orcid.org/0000-0003-0961-1193
DNI o pasaporte del asesor	07021076
Grupo de investigación	Salud inclusiva y grupos vulnerables
Agencia financiadora	PERÚ UNMSM RR-2018 Programa de Proyecto de Tesis de Pregrado/ Posgrado RR 05969-R-18 https://vrip.unmsm.edu.pe/Documentos/2018/RR_2018/tesis-2018/ANEXO_RR_05969_R_18_22.pdf
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	CS LAURA CALLER Perú, Lima, Lima, Los Olivos, AAHH Laura Caller Mz 10A s/n, Calle 18. Coordenadas: https://www.google.com/maps/place/Centro+Medico+Laura+Caller/@-11.9701533,-77.0769497,17z/data=!4m12!1m6!3m5!1s0x0:0x4b122a4b9c50c775!2sCentro+Medico+Laura+Caller!8m2!3d-11.9702792!4d-77.0774861!3m4!1s0x0:0x4b122a4b9c50c775!8m2!3d-11.9702792!4d-77.0774861
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2018-2019
Disciplinas OCDE	Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00 Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03 Nutrición, Dietética https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.04

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA

En la ciudad de Lima, a los veintiuno días del mes de noviembre del año dos mil diecinueve y en cumplimiento a lo señalado en el inciso "c" del Art. 113 del estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (R.R. N° 03013-R-2016), se ha realizado la sustentación de la tesis titulada **"EFICACIA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE INTERCULTURALIDAD EN LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE ANEMIA INFANTIL EN PADRES DE UN CENTRO DE SALUD. LIMA - 2019",** sustentada por la Bachiller en Enfermería:

GISELA POQUIOMA URQUÍA.

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, habiendo obtenido el calificativo de:

DIECISIETE (17)

Lo que se da fe:

DRA. NANCY HUAMÁN SALAZAR
Presidenta

MG. MARGARITA ESPERANZA LLUNCOR LLUNCOR
Miembro

Escuela Académico Profesional de Enfermería
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCION
U.N.M.S.M.

MG. EDNA RAMÍREZ MIRANDA
Miembro

DRA. MARIA JOSEFA ARCAYA MONCADA
Asesor (a)

RALP/vgd

“EFICACIA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE INTERCULTURALIDAD EN LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE ANEMIA INFANTIL EN PADRES DE UN CENTRO DE SALUD. LIMA - 2019”

AGRADECIMIENTOS

A mi querido Dios, por ayudarme a elegir enfermería en mi vida, por darme las fuerzas, energías y salud para seguir adelante.

A mis amados padres Nixon y Gisela, por su amor, ejemplo y apoyo incondicional, por educarme y enseñarme que con esfuerzo y dedicación se puede llegar al éxito.

A mis hermanitas Yochito y Lore, por su amor, motivación y comprensión en mis noches de desvelos.

A mi querida Asesora, Dra. María Arcaya Moncada, por sus enseñanzas, apoyo y su admirable ejemplo profesional.

A mis queridas docentes, Mg Cecilia Chávez y Mg Edna Ramírez, por todo su cariño y amistad, las quiero con todo mi corazón.

A mi amado ANLO, por todo su amor, paciencia, ánimos y apoyo incondicional.

A mi alma Mater, por acogerme en sus aulas, por confiar en mí y financiar esta investigación.

DEDICATORIA

A mis amados padres y hermanas, por ser parte de mi vida y apoyarme en mi formación profesional.

A mi Amado abuelito Asunción, que desde el cielo me ve cumplir mis sueños, siempre estarás en mi corazón.

A las mamitas y niños de mi país, por ser mi inspiración y darme la firme certeza de creer que un país que ama y respeta lo suyo puede salir adelante.

ÍNDICE

Contenido **Pág.**

Agradecimientos ..... **iii**

Dedicatoria ..... **v**

Índice de gráficos ..... **viii**

Resumen ..... **ix**

Summary ..... **x**

Presentación ..... **xi**

CAPÍTULO I EL PROBLEMA **1**

1.1. Planteamiento, Delimitación y Formulación del Problema 1

1.2. Formulación de Objetivos 4

1.2.1. Objetivo General 4

1.2.2. Objetivos Específicos 4

1.3. Justificación de la Investigación 5

CAPÍTULO II BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS **7**

2.1. MARCO TEÓRICO 7

2.1.1. Antecedentes del Estudio 7

2.1.2. Base Teórica Conceptual 15

2.1.2.1. Aspectos Generales de la Anemia en el Niño Peruano 15

2.1.2.1.1. Epidemiología 15

2.1.2.1.2. Definición de Anemia Infantil 16

2.1.2.2. Cuidados Preventivos de la Anemia Infantil 18

2.1.2.2 1. El Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano 19

2.1.2.2.2. Nutrición del Niño(a) Menor de 5 años 21

2.1.2.2.3. Preparación de Alimentos para el Niño 28

2.1.2.2.4. Suplementación con Hierro 34

2.1.2.3. Aspectos Generales de los Conocimientos 38

2.1.2.4. Aspectos Generales de las Actitudes 40

2.1.2.5. Aspectos Generales de las Prácticas 42

2.1.2.6. La Interculturalidad en salud 44

2.1.2.7. La Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales 45
2.1.2.8. El Modelo de Promoción de la Salud 49
2.1.2.9. La Educación para la Salud 51
2.1.2.10. Propuesta del Programa Educativo de Interculturalidad "Anemia Cero en mi Familia" 52
2.1.2 11. Rol de la Enfermera en la Prevención de Anemia Infantil 57
2.1.3. Definición Operacional de Términos 58
2.1.4. Formulación de la Hipótesis 59
2.1.5. Variables 59
2.2. DISEÑO METODOLÓGICO 59
2.2.1. Tipo, Nivel y Método de Investigación 59
2.2.2. Población 60
2.2.3. Muestra y muestreo 60
2.2.4. Criterios de Inclusión 61
2.2.5. Criterios de Exclusión 61
2.2.6. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos 62
2.2.7. Validez y confiabilidad 63
2.2.8. Proceso de recolección y de análisis estadístico 64
2.2.9. Consideraciones Éticas 65
CAPÍTULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN 67
3.1. Resultados 67
3.1.1. Datos generales 67
3.1.2. Datos específicos 67
3.2. Discusión 72
CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 77
4.1. Conclusiones 77
4.2. Recomendaciones 78
Referencias bibliograficas 79
Anexos 95
Tablas LXIII

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° **Pág.**

1 Eficacia del programa educativo de interculturalidad en los conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de anemia infantil de los padres, lima, 2019. 68

2 Conocimientos sobre la prevención de anemia infantil de los padres antes y después del programa educativo de interculturalidad, lima, 2019. 69

3 Actitudes sobre la prevención de anemia infantil de los padres antes y después del programa educativo de interculturalidad, lima, 2019. 70

4 Prácticas sobre la prevención de anemia infantil de los padres antes y después del programa educativo de interculturalidad, lima, 2019. 71

RESUMEN

La anemia ha afectado significativamente la salud de los niños peruanos, pues la escasa educación de los padres y ciertas concepciones culturales influyen en los cuidados que les brindan y en ocasiones suelen limitar el crecimiento y desarrollo del niño, acrecentando la prevalencia de anemia. **Objetivo:** Determinar la eficacia de un programa de interculturalidad en los conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de anemia infantil en padres de un Centro de Salud. **Metodología:** Estudio cuantitativo, nivel aplicativo, preexperimental, de corte longitudinal sobre una muestra de 56 padres obtenida por muestreo aleatorio simple absoluto, la técnica utilizada la entrevista y los instrumentos dos cuestionarios y una escala tipo Likert modificada para medir los conocimientos, actitudes y prácticas preventivas, sometidos a validez por juicio de expertos y confiabilidad por prueba piloto. **Resultados:** La diferencia de datos (pre y post prueba) tuvieron distribución no normal, por lo que se utilizó la prueba no paramétrica Wilcoxon, dónde se obtuvo un incremento significativo (p = 0.000) en las variables estudiadas. Antes de la intervención, 84.4% (38) conocía, 75.6 % (34) tenía actitudes favorables y 84.4% (38) tenía prácticas incorrectas sobre la prevención de anemia infantil. Después de aplicar el programa educativo, 100% (45) de los padres adquirieron conocimientos, adoptaron actitudes favorables y prácticas correctas. **Conclusiones:** El programa de interculturalidad ha sido eficaz en el incremento de conocimientos, mejora de actitudes y adopción de prácticas correctas para prevenir la anemia infantil.

Palabras clave: Anemia Infantil, interculturalidad, programa educativo, educación para la salud, andragogía, prevención, conocimientos, actitudes, prácticas.

SUMMARY

Anemia has significantly affected Peruvian children' health, because of limited parents' education and certain cultural conceptions which might influence the care that parents provide them, and sometimes limit child growth and development, maintaining anemia's prevalence. **Objective:** To determine the efficacy from an intercultural program on prevention knowledge, attitudes and practices of childhood anemia in parents at a health center. **Methodology:** Quantitative research, applied level, pre-experimental design, longitudinal curt on a sample of 56 parents of children from 6 months to 5 years obtained by absolute simple random sampling. The technique used was the interview and the instruments were two questionnaires and a modified likert scale to measure preventive knowledge, attitudes and practices, which were submitted into validation by expert' judgment and reliability by a pilot test. **Results:** The difference of data (pre and posttest) had non-normal distribution, so the non-parametric Wilcoxon test was used, where it was obtained a meaningful difference ($p = 0.000$) within studied variables. Before intervention, 84.4% (38) of parents had knowledge, 75.6 % (34) had favorable attitudes and 84.4% (38) had poor practices about childhood anemia prevention. After applying the educational program, 100% (45) of parents had acquired knowledge and had been adopted favorable attitudes and good practices about childhood anemia prevention. **Conclusions:** The intercultural program has been effective in increasing knowledge, improving favorable attitudes and adopting good practices to prevent childhood anemia.

Keywords: Childhood anemia, interculturality, educational program, prevention, health education, andragogy, knowledge, attitudes and practices.

PRESENTACIÓN

La necesidad de salud y educación como parte del logro de los objetivos de desarrollo sostenible, demanda que los gobiernos orienten sus políticas y el destino de su tesoro nacional para realizar intervenciones y luchar contra problemas como la anemia. [1] No obstante, la carencia de educación en salud continúa siendo un indicador persistente en la prevalencia de ésta.

La anemia es un problema que ocasiona grandes estragos en la población infantil, especialmente su crecimiento y desarrollo. Niños quienes pese a haber recibido suplementos de hierro, no se han obtenido el resultado deseado en la última década, ello asociado a cuestiones culturales y de idiosincrasia de los padres quienes ejercen el cuidado del niño. [2,3,4]

Las intervenciones multisectoriales propuestas en el plan de lucha contra esta enfermedad, señala actividades donde la enfermera realiza un rol protagónico en la educación de los padres de familia, demostrando su capacidad de impartir conocimiento sobre este tema, el cual ella procura manejarlo con el respeto y valor pertinente a las diferencias existentes en nuestra cultura. Por ello, es importante contar con esta profesional capacitada para brindar cuidados culturales y competentes. [5,6,7,8]

De esta manera, es como surge crear un programa educativo de interculturalidad titulado “Anemia Cero en mi Familia” basado en el nuevo diseño curricular nacional y la eficaz metodología educativa ARDE, la cual comprende las fases de animación, reflexión, demostración y evaluación para la educación en adultos. [9,10] En este sentido, buscando

determinar la eficacia del programa educativo en los conocimientos, actitudes y prácticas de prevención.

El presente trabajo de investigación consta de 4 capítulos. El primero, alberga el problema, los objetivos y la justificación. El segundo, comprende la base teórica y el diseño metodológico. El tercero, los resultados y la discusión. El cuarto, las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento, Delimitación y Formulación del Problema

La anemia infantil es un problema trascendental porque afecta significativamente el desarrollo cognitivo, motor y el crecimiento del niño, generando inclusive repercusiones irreversibles en su capacidad intelectual y de aprendizaje. [2,11]

A nivel mundial, afecta aproximadamente al 42.6% de infantes, [12] así como al 43.6% de niños peruanos. [3,13] Y a pesar de que los índices de anemia son mayores en la sierra, no obstante, la costa fue la única zona que tuvo incrementos de anemia durante el año, reportándose en Lima las cifras más altas del país con más de 170 mil niños anémicos. [14]

En el Perú, se ha estado implementando estrategias para contrarrestar esta enfermedad entre ellas la suplementación con multimicronutrientes los cuales, a pesar de favorecer el estado nutricional del niño, no han logrado el impacto esperado a razón de ciertos factores culturales y de idiosincrasia que limitan su aceptación, según señala el estudio de Munayco.[4]

Esta situación podría deberse a que en nuestro país coexiste un conjunto de minorías étnicas principalmente los mestizos, quechuas, blancos, afrodescendientes y las comunidades indígenas de la Amazonía, es que surge la clara necesidad de desarrollar una intervención educativa que respete nuestra variedad cultural. [15] A este “conjunto de valores, creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos”, Leininger denominó cuidados culturales pues sin duda nuestro Perú tiene diversos modos de cómo cuidar de su salud. [16,17]

Los cuidados en el niño, son brindados por los padres o cuidador que no siempre tienen el conocimiento, la predisposición o las prácticas sobre cómo prevenir la anemia, lo que es preocupante porque en el estudio de Cornejo las madres no sólo desconocen las repercusiones de ésta enfermedad en sus hijos, si no que realizan inadecuadas prácticas preventivas en cuanto a la consistencia, frecuencia y proporción de alimentos que ellos necesitan. [18] Algo similar, encontró Antialón respecto a las prácticas de alimentación complementaria. [19]

Respecto a la cultura de los padres, son aquellos modelos de vida y el valor que le dan a sus conocimientos ancestrales, [16] los cuales tienen influencia significativa en sus decisiones y prácticas de cuidado lo que les sirve como guía no sólo para mantener el bienestar de sus hijos, sino también para la mejora de su situación y estilo de vida. [17] Dado que la educación de los padres es un componente definitivo para recuperar de la anemia a nuestro país, [3] surge la necesidad de que los programas educativos consideren no solo la interculturalidad en salud afín facilitar la fusión del saber científico y cultural, sino también de metodologías educativas que influyan incluso en sus actitudes y prácticas de cuidado.

Por ello, surge la idea de desarrollar en la presente investigación el programa educativo de interculturalidad titulado “Anemia cero en mi familia”. Esta propuesta educativa busca conservar, adaptar o reestructurar los saberes, actitudes y acciones de cuidado que los padres realizan para evitar la anemia, valorando y respetando su visión cultural y concepción de bienestar, fusionando de esta manera no sólo el saber popular con el impartido por el profesional, [6,17,20,21] sino también teniendo cambios favorables en sus actitudes y prácticas de cuidado a través de la aplicación de la eficaz metodología educativa ARDE de acción participación para adultos. [10] Por lo que únicamente, obteniendo

ello se podría aseverar que sea logrado el efecto que se desea y espera del programa, es decir, su eficacia. [22]

En efecto, la fusión de cuidados culturales y científicos es conocida como cuidados enfermeros coherentes con la cultura, pues sin lugar a dudas la enfermera es aquel profesional que se relaciona con personas que se encuentran en los lugares menos accesibles de nuestro país; capaz de responder las necesidades de salud con pertinencia intercultural. [6,7] De esta manera, siendo pieza fundamental en la valoración y detección precoz de la anemia infantil, la consejería nutricional y en la distribución y seguimiento de la suplementación de hierro en los niños. [7,23]

Frente a lo mencionado, durante mis prácticas las madres testimoniaron: *"yo le dejé de dar las chispitas porque se estriñó, me asusté… y mi suegra me dijo que no le dé" "cuando me olvido… prefiero darle fórmula… eso le ayuda más"*… Inclusive indagando más sobre los alimentos que les dan las madres refirieron *"le doy sopita de fideos con papita, con trocitos de quesito y mi pecho nada más… no tenemos dinero para carnecita"*. Asimismo, la enfermera a cargo del servicio de CRED refería que *"las madres de niños anémicos siempre dicen que hacen todo lo que se le explica durante el control CRED; sin embargo, se encuentran estancamientos en las curvas de peso y talla de sus niños"*.

Por ello, surgen las siguientes interrogantes: ¿Qué conocimientos tiene la madre sobre la importancia de prevenir la anemia? ¿Los conocimientos que tienen las madres sobre los cuidados al niño con anemia son científicamente válidos? ¿Conoce sobre los efectos de la anemia en el niño? ¿Cuáles son los saberes aprendidos para prevenir la anemia? ¿Cuáles son los cuidados culturalmente congruentes y responsables que la enfermera brinda?

- Formulación del problema

¿Cuál es la eficacia de un programa educativo de interculturalidad en los conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de anemia infantil en padres de un Centro de Salud. Lima - 2019?

1.2. Formulación de Objetivos

1.2.1. Objetivo General

- Determinar la eficacia de un programa de interculturalidad en los conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de anemia infantil en padres de un Centro de Salud.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar los conocimientos de prevención de anemia infantil en los padres antes y después de aplicar el programa educativo de interculturalidad.

- Identificar las actitudes de prevención de anemia infantil en los padres antes y después de aplicar el programa educativo de interculturalidad.

- Identificar las prácticas de prevención de anemia infantil en los padres antes y después de aplicar el programa educativo de interculturalidad.

1.3. Justificación de la Investigación

La alta prevalencia de anemia infantil a nivel nacional (43.6%) sigue manteniéndose pese a varios años de inversión en proyectos de intervención, es decir, las intervenciones del estado no han tenido el impacto que se esperaba para la solución de este problema de salud pública, cifras que se mantienen altas en las zonas rurales (54.2%) y se acrecientan en la costa (42%). [24,25]

Además, existe evidencia de estudios de impacto que denotan la poca adherencia a algunas estrategias implementadas por el estado, tal es el caso de la implementación de multimicronutrientes, que pese a favorecer el estado nutricional no ha conseguido los estándares que se esperaban para estos últimos 5 años, debido a su tasa de abandono del 20,5%. [4]

El propósito de esta investigación es abordar la problemática de la anemia desde la educación para la salud con enfoque de interculturalidad, afín de incorporar los saberes de nuestra cultura para generar y brindar una atención de salud con pertinencia cultural y satisfacer adecuadamente las necesidades de salud [26] del niño bajo el cuidado de sus padres. Todo ello, a partir de los saberes, actitudes y prácticas preventivas y culturalmente aprendidas que evidencien ellos.

El aporte del estudio desde el punto de vista teórico es obtener un mayor conocimiento sobre la cultura preventiva de la anemia existente en los padres de zonas rurales e identificar aquellos componentes que influyen en el desarrollo humano, información de la cual se tiene escasa evidencia científica actual. Y, desde el punto de vista práctico, aportará estrategias para el manejo y resolución de temas críticos en salud desde

una perspectiva de interculturalidad, es decir, con tolerancia y respeto de la idiosincrasia de la población.

Además, en la línea de educación para la salud, el enfermero mejorará sus estrategias metodológicas en la educación de padres durante el desarrollo de programas educativos teniendo en cuenta la metodología ARDE, acrónimo de sus fases que comprenden la animación, reflexión, demostración y evaluación para la educación en adultos, así como se consideró las perspectivas innovadoras de enseñanza según Vygostyky y Ausbel.

CAPÍTULO II BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Antecedentes del Estudio

En El Ámbito Internacional

Rodríguez, M. y Jaramillo, J. (2017), realizaron un estudio de sobre la "Efectividad de un programa educativo en mujeres adolescentes con gingivitis" en Cuba, cuyo "objetivo fue determinar la efectividad del programa educativo en los conocimientos y prácticas de salud periodontal" de adolescentes con gingivitis. El diseño fue experimental, a una muestra de 30 mujeres. Analizado estadísticamente mediante la distribución de frecuencias, la prueba de la X^2 y Wilcoxon. Concluyéndose lo siguiente:

> "La mayoría presentó un nivel de conocimientos elevado, con una leve relación en su salud periodontal, lográndose mejorías al reducir la placa dento-bacteriana y el grado de la gingivitis" (27)

Carvalho, A., Barreto, L., de Souza-Machado C., Souza-Machado, A. (2016), realizaron una revisión sistemática sobre "el impacto de una intervención educativa sobre el asma" en Canadá, cuyo objetivo analizar literatura respecto al impacto de intervenciones educativas sobre el asma en las escuelas, así como el conocimiento y la morbilidad de esta enfermedad en niños y adolescentes. La metodología fue revisión bibliográfica de ensayos clínicos controlados. Las búsquedas se realizaron en las bases CENTRAL, PubMed, LILACS,

MEDLINE y SciELO, considerándose en la muestra artículos publicados entre el 2005 a 2014 en cualquier idioma, acorde a las directrices PRISMA. En el cual se concluyó lo siguiente:

> "Las intervenciones educativas en las escuelas aumentan la conciencia del asma y debilitan el impacto de los indicadores de morbilidad" (28)

Lorenzo, T., Millán-Calenti, J., Lorenzo-López, L., Maseda A. (2013), realizaron una investigación titulada "Efectos del programa educativo Gero-health en el nivel de interiorización de conocimientos de prevención y promoción de la salud de adultos mayores" en España, afín de "determinar la eficacia del programa educativo Gero-health en el nivel de conocimientos de prevención y promoción de la salud de los adultos mayores". El estudio fué cuasi-experimental, transversal, sobre una muestra no alatoria por conveniencia de 73 ancianos. Se utilizó un cuestionario cuyos resultados fueron analizados con la prueba paramétrica T - Student para muestras relacionadas. Concluyendo lo siguiente:

> "El programa es eficaz en la promoción del envejecimiento activo… incrementando significativamente sus conocimientos teórico-prácticos… especialmente en las damas y en los de menor nivel educativo". (29)

Escalona, M., Varón, M., Evies, A., Sanmiguel, F., Vargas, Y. y Guerra, A. (2012), realizaron un estudio titulado "Efectos de un programa educativo en los conocimientos, creencias y práctica sobre lactancia materna", planteándose "determinar los efectos del programa

educativo en los conocimientos, creencias y práctica sobre lactancia materna". La investigación es cuantitativa, cuasi experimental y de corte transversal sobre una muestra de 30 madres. Se validó el instrumento a través de juicio de expertos (p<0,0005) y la confiabilidad por Alfa de Cronbach (0,888). Concluyendo lo siguiente:

> "La aplicación del programa educativo fue significativo identificando un incremento del conocimiento sobre los aspectos contentivos de los conocimientos, creencias y prácticas de lactancia materna." (30)

Pérez-Tejero, J., Ocete, C., Ortega-Vila, G., Coterón, J. (2012), realizaron un estudio titulado "Diseño y aplicación de un programa de intervención de práctica deportiva inclusiva y su efecto sobre la actitud hacia la discapacidad…", afín de "diseñar y aplicar un programa de intervención… analizando el impacto ejercido en la actitud hacia la discapacidad en jugadores" sin discapacidad. El diseño fue experimental en una muestra de 21 participantes sin discapacidad. Analizando los datos a través de las pruebas Wilcoxon y ANOVA para medidas repetidas con p≤0,05. Concluyéndose que:

> "El modelo de intervención… parece ser un diseño completo y eficaz para la modificación positiva de actitudes hacia las personas con discapacidad." (31)

En El Ámbito Nacional

Solano, L. (2017), realizó una investigación sobre "los conocimientos y prácticas que tienen las madres sobre los multimicronutrientes que reciben sus niños en un centro de salud".

Planteándose “determinar los conocimientos y prácticas que tienen las madres sobre los multimicronutrientes” que reciben en dicho Centro de Salud. Utilizando una metodología cuantitativa, aplicativa, descriptiva y transversal sobre una muestra no probabilística por conveniencia de 45 madres a quienes se aplicó un cuestionario validado por juicio de expertos y confiabilidad con prueba piloto. Obteniendo las siguientes conclusiones:

> “La mayoría de madres conocen y tienen prácticas adecuadas sobre los multimicronutrientes… Sin embargo, un porcentaje importante desconoce sobre sus contraindicaciones y efectos secundarios, lo cual podría influir en su adherencia...” (32)

Antialón, A. (2016), realizó un estudio sobre “prácticas en la alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses de edad en dos establecimientos de salud del distrito de Villa María del Triunfo”. Proponiéndose “determinar las prácticas en la alimentación complementaria de las madres que llevan a sus niños al control CRED en el C.S. José Carlos Mariátegui y P.S. Valle Bajo”. La metodología es cuantitativa, aplicativa, descriptiva de corte transversal sobre una muestra no probabilística por conveniencia de 30 madres a quienes se aplicó un cuestionario validado por jueces expertos (p= 0.004). Concluyendo lo siguiente:

> “Respecto a la cantidad de los alimentos según la edad del lactante, la mayoría de madres de ambos centros de salud presentan prácticas incorrectas. Ya que los alimentos complementarios de media mañana y media tarde no son considerados por las madres… respecto a

> la calidad de los alimentos… prevalece el uso correcto de carbohidratos, vitaminas y lípidos, en contraste usan incorrectamente los minerales.” (19)

Cornejo, C. (2016), realizó un estudio de investigación en los “conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses de un C.S de Lima”. Proponiéndose “determinar los conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica de las madres”. El estudio fue cuantitativo, aplicativo, descriptivo de corte transversal sobre una población de 146 madres. Obteniéndose por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia, una muestra de 84 madres a quienes se aplicó un cuestionario validado por jueces expertos y confiabilidad por prueba piloto. Utilizándose el programa Excel para procesar los datos y concluir lo siguiente:

> “La mayoría de las madres desconoce el tratamiento y las repercusiones de la anemia, siendo esto un indicador negativo para prevenirla... la mayoría realiza prácticas inadecuadas… no dándoles alimentos con la consistencia, frecuencia y cantidad acorde a su edad, no logrando cubrir sus requerimientos nutricionales.” (18)

Rojas, A. (2015), realizó una investigación titulado “eficacia de un programa educativo en la calidad técnica de las anotaciones de enfermería en un servicio de medicina interna de un hospital nacional en Lima”, desarrollada para determinar la eficacia de este programa educativo en la calidad técnica de las notas de enfermería. La metodología fue tipo cuantitativa, nivel aplicativo, diseño cuasi experimental en una muestra de 324 anotaciones de enfermería,

determinado a través de un muestreo aleatorio simple. Evaluó la validez de contenido por juicio de expertos y confiabilidad con el coeficiente de Kuder Richarson. Siendo las principales conclusiones:

> "El programa educativo fue eficaz en el incremento de la calidad técnica de las anotaciones de enfermería… incrementó la calidad técnica… en la dimensión estructura." (33)

Huayaney, D. (2014), realizó un estudio respecto a los "conocimientos de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en la estrategia de CRED en el Centro de Salud de Chasquitambo", para determinar los conocimientos sobre la prevención de la anemia ferropénica en las madres que acuden a dicho establecimiento de salud. Para lo cual se realizó el estudio es cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, de nivel aplicativo sobre una población de 80 madres. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Llegando a las siguientes conclusiones:

> "El mayor porcentaje de las madres conocen que la anemia es una enfermedad causada por la disminución de hemoglobina… y para prevenirla deben darle al niño vísceras, carnes rojas y de origen vegetal habas, lentejas y frijoles… un porcentaje considerable no conoce sobre las 3 raciones diarias que deben darles, así como desconocen respecto al consumo de sangrecita, bazo, bofe e hígado… desconocen la frecuencia de preparación de menestras siendo esta de 3 a más veces por semana." (34)

Manrique, J. (2012), realizó un estudio de investigación sobre la "efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en los cuidadores de niños de 12-36 meses que asisten al Programa Sala de Educación Temprana en Lima". Proponiéndose "determinar los conocimientos y prácticas sobre la prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses de un C.S". El estudio fue cuantitativo, cuasi-experimental de un solo diseño, de corte trasversal, nivel aplicativo sobre una muestra de 30 cuidadores. La técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento un cuestionario, validado por juicio de expertos. Analizado a través de la prueba de T de Student. Cuyas principales conclusiones fueron:

> "El programa educativo fue efectivo en el incremento de conocimientos de los cuidadores. Antes de su aplicación, la mayoría desconocía sobre los signos y síntomas de la anemia ferropénica, los alimentos de origen vegetal con mayor cantidad de hierro y las repercusiones de esta enfermedad. Después de su ejecución, la totalidad de cuidadores conoce en cuanto a las creencias erradas de la anemia; así como, la mayoría conoce sobre las repercusiones de ésta y los alimentos que inhiben la absorción del Fe." (35)

Chafloque, G. (2011), investigó sobre la "relación entre las prácticas alimentarias que implementan las madres y la persistencia de anemia en lactantes en el C.S Conde de la Vega Baja". Cuyo objetivo fue "determinar la relación que existe entre las prácticas alimentarias… y la persistencia de anemia en lactantes". Aplicando una metodología cuantitativa, descriptiva, explicativa y transversal a una población de 30

niños, aplicando un cuestionario durante las visitas domiciliarias, siendo las principales conclusiones:

> "La persistencia de anemia en lactantes estaría relacionada con prácticas alimentarias inadecuadas que implementan las madres" (36)

Céspedes, M. (2011), investigó respecto a los "conocimientos sobre la anemia y prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses…". Con el fin de "determinar los conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses que acuden al C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín". Bajo una metodología cuantitativa, aplicativa, descriptiva sobre una población de 100 niños, a quienes se les aplicó un cuestionario, obteniendo las siguientes conclusiones:

> "Las madres del centro… tienen un nivel de conocimiento medio con tendencia a bajo, pues desconocen que es el hierro, los motivos y repercusiones de la anemia ferropénica… indicador negativo para prevenirla en los niños" (37)

Estos antecedentes aportaron aspectos sobre cómo medir el nivel de conocimientos, las actitudes y prácticas sobre los cuidados preventivos de la anemia infantil en los padres; así mismo, orientaron en la estructuración de la base teórica conceptual, la metodología utilizada, así como en la elaboración de instrumentos y recolección de datos del presente estudio.

2.1.2. Base Teórica Conceptual

2.1.2.1. Aspectos Generales de la Anemia en el Niño Peruano

2.1.2.1.1. Epidemiología

La anemia es el mayor obstáculo en la mejora de salud y nutrición de la población mundial. Encontrándose los mayores niveles de esta enfermedad en los países, regiones y grupos de personas más pobres y vulnerables. [3]

Puesto que el 42.6 % de los niños de 6 a 59 meses del mundo la sufren, de ellos el 3.5 % registran anemia severa. Siendo, la anemia severa la causante principal de incrementar en un 6% la mortalidad infantil en el 2011, observándose en los que la padecieron una peor muerte, deficientes resultados cognitivos y funcionales. [12]

Estos últimos años, nuestro país ha registrado un incremento en la prevalencia de anemia infantil entre el 2018 (46.6%) [38] y 2015 (43.5%), cifras que alarman aún más en el interior de nuestro país puesto que este incremento se evidenció en trece de nuestras regiones, manteniéndose los mayores índices en la Sierra sur y central, incluyendo nuestra Amazonía. [3,13,39]

Por lo que no debe sorprender que la prevalencia en los niños que viven en zonas rurales ascienda a 53,4%, respecto al 39,9% de niños en zonas urbanas. [26] Esto denota que las repercusiones de esta enfermedad en el Perú, afecta a todos los niños sin distinción de estrato social, pues afectó al “53% de los pertenecientes al quintil de menores ingresos” y en una menor proporción (28%) al de mayores ingresos. [3,13,39]

En efecto, los altos índices de anemia en los niños de zonas rurales y más pobres son de gran interés nacional, ya que este trastorno perjudica más al niño cuanto menor tiempo de vida tenga, pues el déficit de reserva de hierro se origina desde la gestación, prolongándose incluso en los primeros meses de vida. [3,13,39]

2.1.2.1.2. Definición de Anemia Infantil

La anemia es la “reducción de la masa total de eritrocitos”, [23] definida también como un “trastorno caracterizado por la disminución de la hemoglobina”, proteína rica en hierro que no sólo le da el color rojo a la sangre, si no que cumple la misión de transportar el oxígeno necesario para el funcionamiento de las células de nuestro cuerpo. [40]

La deficiencia de hemoglobina es un problema persistente en los niños menores de 5 años, considerando su diagnóstico al presentar “niveles de hemoglobina inferiores a 11g/dl”. [23,40] Ocasionándoles un desequilibrio en su salud, pues repercute no solo en su crecimiento físico sino también en su desarrollo cognitivo e intelectual, su comportamiento, su concentración y desarrollo psicomotor, consecuencias que se mantienen hasta en la adultez. [23,40]

Causas

El alto grado de anemia en el Perú tiene origen multifactorial, siendo la principal razón de más de la mitad de casos, el déficit nutricional por la carencia de alimentos de calidad y las incorrectas cantidades de comida diaria. [3,40,41]

Los demás factores causales de anemia son la deficiencia de micronutrientes (ácido fólico y vitamina A), las infecciones crónicas y agudas entre ellas las enfermedades diarreicas agudas y parasitosis (malaria), las cuales son el motivo principal de la alta incidencia de anemia en nuestra sierra y selva. [3,38,41,8]

Síntomas y Signos de Anemia

Los síntomas generales de anemia en niños son el incremento del sueño, palidez, inapetencia, irritabilidad, una evidente disminución del rendimiento físico, fatiga, la presencia de mareos y dolor de cabeza. También, se observa “defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos”, así como alteraciones en la conducta alimentaria como la tendencia a comer tierra (geofagia), uñas y cabello. Sin embargo, sus principales secuelas son el retraso en el crecimiento y desarrollo. [23]

En primer lugar, porque genera baja ganancia ponderal, es decir, bajo peso y talla en el infante. En segundo lugar, porque el déficit de hierro afecta directamente al desarrollo cerebral ocasionando defectos en el proceso de mielinización y los sistemas de transmisión neural tanto en el metabolismo neuronal y funcionamiento dopaminérgico, que en los primeros mil días ocasiona grandes daños irreversibles en los pequeños. [26,42]

Además de la consecuente, disminución del rendimiento cognitivo, alteración de la regulación de la temperatura, inmunodepresión, aumento de incidencia de infecciones, entre otras consecuencias que se agravan de manera proporcional según el grado de anemia. [42]

2.1.2.2. Prevención de la Anemia Infantil

Definición de Prevención

Conjunto de medidas necesarias para evitar el inicio y progreso de una enfermedad, clasificándose en cuatro tipos de prevención [43] que para esta investigación sólo se abordará la prevención primaria ya que la educación que se proporcionará será referente a los cuidados que se deben realizar antes de que se presente la anemia en los niños, según los criterios de inclusión de este estudio.

Prevención Primaria

Son las actividades que realizan de manera conjunta la comunidad, el gobierno y por el personal de salud previa a la aparición de determinada enfermedad. La prevención primaria de anemia en nuestro país tiene 3 componentes que son la promoción de la salud, la protección específica de la salud y la quimioprofilaxis. [43]

En primera instancia, la promoción de la salud involucra el "fomento y defensa de la salud pública mediante acciones" que inciden en sus propios miembros tales como el control de Crecimiento de niño Sano (CRED), el dosaje de hemoglobina y la consejería nutricional de alimentos ricos en Hierro. [26,8,43]

Por otro lado, la protección específica de la salud que incorpora actividades de promoción y protección de la salud que repercuten en control del medio ambiente, un claro ejemplo es el énfasis sobre los temas de seguridad e higiene alimentaria principalmente el lavado de manos. [26,8,43]

Por último, la quimioprofilaxis que consiste en la distribución de fármacos para la prevención de la anemia. Sin duda alguna, este aspecto comprende los suplementos de hierro que proporciona el estado gratuitamente como el hierro en gotas y los multimicronutrientes. [26,8,43]

Todo ello, engloba los cuidados preventivos siendo éstas acciones para la conservación de salud y prevención de enfermedades [44], así como el tipo de cuidado de rutina que incluye los servicios de detección [45], tales como el dosaje de hemoglobina, el Test de Graham, entre otros.

2.1.2.2.1. El Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano

Definición e importancia

Conjunto de actividades realizadas por el enfermero para examinar de manera individual, integral, pertinente, periódica y secuencial el crecimiento y desarrollo del niño(a), a fin de detectar precozmente los riesgos, alteraciones y enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención pertinente.[46] Considerando los menesteres, particularidades y saberes de la familia, respetando su entorno socio cultural, logrando el involucramiento del padre y familia en el cuidado de su hijo(a). [7]

Durante el control del niño sano, se genera un espacio de diálogo entre enfermera y padre/cuidador, donde la enfermera en el ejercicio de su rol educativo brinda la información necesaria sobre la anemia, sus causas y secuelas en el desarrollo del niño, con la finalidad de generar cambios en el comportamiento en sus cuidadores (papá, mamá o familiar). [8] Por ello, importante que conozcan lo siguiente:

Detección de Anemia

El dosaje de hemoglobina o hematocrito en niños(as) es una prueba para diagnosticar anemia se realiza a los 6 meses de edad, y en adelante cada 6 meses hasta que cumpla 2 años. [23] Luego, esta prueba se realiza una vez por año a partir de los 2 años. Si por algún motivo no se haya realizado a los 6 meses, éste se realizará en el siguiente control. [47,48]

Detección de otras enfermedades que generan anemia

La primera causa de muerte en niños(as) menor de 3 años son la enfermedad diarreica aguda (EDA) y la infección respiratoria aguda (IRA), cuya morbilidad se incrementa en cuanto más pobre sea el niño(a). Otras causas son la educación insuficiente de la madre y el no tener adecuadas condiciones de saneamiento. [8]

Sobre ello, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reportó el año pasado que el 14,4% de niños(as) menores de 3 años tuvieron EDA's. Y, si estos episodios se presentan repetitivamente desde de los 6 meses es muy probable que el niño pierda gran cantidad de micronutrientes como el hierro y el zinc. [8]

Respecto a las enfermedades diarreicas, el enfermero durante el control de CRED explora la presencia y ocurrencia de diarreas en el lapso del último y el actual control. [46] Así mismo, indaga sobre el tiempo, la frecuencia de deposiciones sueltas, como también sobre la presencia de sangre en heces. [49]

Por otro lado, la parasitosis genera anemia en nuestros niños por la infección y estado inflamatorio que ocasiona la presencia de estos

parásitos intestinales (*Ancylostoma duodenale*, *Ascaris lumbricoides*, *Giardia lamblia* o *Trichuris trichiura*osis), lo que disminuye los niveles de ferritina y acrecientan la severidad de la anemia. (50)

En efecto, el 40% de niños peruanos de 2 a 5 años tiene parásitos, siendo los más afectados los de la selva (60%). Aunque, los niños generalmente no suelen presentan alguna sintomatología inicial, (51) su descarte es sumamente importante al cumplir un año y así sucesivamente una vez al año. (46)

Los exámenes que generalmente se solicitan son el coprocultivo o coproparasitológico y el test de Graham para encontrar oxiuros. El primer examen consiste en recolectar dos muestras de heces del menor. (52) El otro examen, consiste en pegar una cinta en el meato anal del niño durante la madrugada para luego pegar aquella cinta sobre una lámina de vidrio que será examinada en el laboratorio. (53)

Asimismo, la anemia asociada a exposiciones a zonas endémicas de malaria se descarta con el examen de la gota gruesa, donde se extrae una muestra de una gota de sangre para demostrar la existencia de parásitos dentro de los glóbulos rojos. (54)

2.1.2.2.2. Nutrición del Niño(a) Menor de 5 años

Los requerimientos nutricionales del niño(a) son variables durante los primeros cinco años. En efecto, “la leche materna es el mejor alimento para el recién nacido y el lactante” por el sinnúmero de ventajas que provee al niño en el primer semestre de vida. Para luego de esto, adicionarle a su dieta los alimentos complementarios los cuales deben

ser consumidos simultáneamente con la leche materna hasta cumplir los 2 años. [55]

Cabe resaltar que los infantes cursan un periodo crucial en su vida, pues es la edad en que establecen sus hábitos nutricionales que favorecen el logro de su óptimo crecimiento. De ahí que el Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría, clasifique los periodos de alimentación del Niño en tres, considerando las singularidades de su edad, demanda de energía y madurez funcional, hábitos familiares y culturales. [55]

El primero es el periodo de lactancia incluye el primer semestre de vida. Luego, le sigue el periodo transicional comprendido a partir de los 6 meses hasta el primer año. El último periodo es el de adulto modificado que incluye desde los 2 años hasta los 8 años de vida [55]; sin embargo, en este estudio solo se abordará hasta la etapa preescolar ya que en estas edades se presentan los mayores índices de anemia infantil.

2.1.2.2.2.1. Periodo de Lactancia

La leche materna es un “producto vivo de gran complejidad biológica, activamente protectora e inmunomoduladora” que favorece el adecuado desarrollo del niño. Además, se supone que cubre los requerimientos del niño durante los seis primeros meses; sin embargo, se encontró que el 5,3% de niños de 4 meses y el 10,1% de 5 meses tuvieron anemia en el 2017. [55]

Ello evidencia la necesidad de hierro a partir de los 4 meses, que no es cubierta por la lactancia materna y ningún sucedáneo, sobre todo porque la leche de las madres posee bajas concentraciones de hierro, la gran

biodisponibilidad de este nutriente y el descenso fisiológico sanguíneo de la proteína que la contiene en los dos primeros meses de vida. No obstante, si los niños a término son alimentados sólo con la leche de sus madres en los primeros seis meses, es menos probable que presenten anemia. (8)

Ciertamente, la práctica de dar exclusivamente leche materna el primer semestre de vida ha disminuido drásticamente estos últimos cinco años, observándose que entre los 5 y 6 meses de edad sólo la mitad consume exclusivamente la leche de sus madres. (24)

Por ello es importante, promover la práctica de la lactancia materna desde el nacimiento, ya que contribuye en la prevención de enfermedades infecciosas, así como en el vínculo de apego madre-hijo. No solo ello, si no que organizaciones como la OMS y la Academia Americana de Pediatría, sugieren su consumo exclusivo por 6 meses, para luego ser complementados con los alimentos, siendo su consumo necesario sólo hasta el año o 24 meses de edad. (8)

2.1.2.2.2.2. Periodo Transicional

Se inicia una modificación en la ingesta de alimentos, pues se inicia introducción de alimentos distintos a la leche materna, esto es la alimentación complementaria. (55)

Alimentación Complementaria

Es el paso de la alimentación exclusiva con leche materna a la introducción de alimentos después del sexto mes ya que las necesidades nutricionales se incrementan grandemente y la lactancia exclusiva no es

suficiente. Además, la maduración del sistema digestivo y renal del niño está lo suficientemente preparada para la introducción secuencial de alimentos. [56]

Consistencia de los Alimentos

Ciertamente, el lactante mayor experimenta periodos de maduración, no solo neurológicamente adquiriendo habilidades motoras que le permiten sentarse y recibir alimentos en cuchara, sino también a nivel de su sistema gastrointestinal y riñones, pues ahora ya puede metabolizar alimentos diferentes a la leche e iniciar la ingesta de alimentos aplastados como papillas y purés. [57,58,59]

Posteriormente a los 9 meses, pueden masticar y deglutir mejor por lo que se recomienda darles alimentos más sólidos ya sea picado o triturado. Mientras que, al año de edad ya pueden recibir alimentos de la olla familiar. [58,59]

Respecto a la frecuencia de las comidas, se recomienda que entre los 6 y 8 meses darles 2 a 3 raciones diarias, de 9 y 11 meses de 3 a 4 raciones al día más un refrigerio, y a partir del año de 3 a 4 comidas más 2 aperitivos entre comidas tales como frutas pan con queso, alimentos no muy elaborados. [60,61]

Precauciones durante la ingesta de algunos alimentos

El lactante es susceptible y vulnerable ante errores en su dieta, tales como la alta probabilidad de desarrollar anemia a consecuencia del consumo precoz e intolerancia a la de leche de vaca, la celiaquía que es

la intolerancia al gluten, algunas alergias a alimentos y la metahemoglobinemia. [62,63]

Alergia alimentaria

La alergia alimentaria es una enfermedad que se manifiesta por una reacción de hipersensibilidad donde comúnmente se observa picor o hinchazón de labios y boca, que en ocasiones cursa con náuseas, vómitos y/o dolor abdominal, así como dermatitis atópica o urticaria y en última instancia anafilaxia. Estos signos y síntomas pueden surgir dentro de las dos primeras horas después de la ingesta de estos alimentos, generalmente entre los primeros 30 a 60 min. [62]

Los alimentos que frecuentemente causan alergia durante los primeros años de vida son la leche de vaca, el huevo y pescado; se sugiere retardar su ingesta al menos durante el primer año de vida sobre todo cuando existe antecedente de padres o familiares que tienen alergias o asma. Cabe resaltar, la posibilidad de superación a estos alérgenos en el 80% de los niños alérgico a la leche y más de 50% de los alérgicos al huevo al cumplir los 5 años. [62,63]

Respecto al consumo de huevo, genera alergias en los niños al ser consumidas antes del año de vida, esto causado por la presencia de algunas proteínas como la ovoalbúmina y el ovomucoide que se encuentran en mayor cantidad en la clara de huevo, por ello se recomienda dar este componente del huevo a partir del año de edad de preferencia en forma de huevo duro, puesto que una cocción prolongada desnaturaliza las proteínas, evitando alguna reacción alérgica. [62,64]

Por otro lado, la yema de huevo es mejor tolerada; sin embargo, esta ingesta debe ser suministrada según las necesidades nutricionales del niño; por ejemplo, a los niños de 6 a 7 meses solo se les debe dar la cuarta parte de la yema sancochada, a los 8 meses la mitad, a los 10 meses la ¾ de la yema y a partir del año la yema completa. [62,64]

En relación a la leche de vaca contiene varias proteínas causantes de alergias de las cuales destacan las caseínas que son los principales alérgenos de este alimento en especial los de tipo alfa (1 y 2), beta y kappa. Los primeros síntomas aparecen cuando se sustituye la leche materna por formulas derivadas de la leche de vaca, casi siempre la primera semana tras el inicio de la lactancia artificial, sobre todo porque estas fórmulas contienen una alta proporción de proteínas séricas y caseínas. [62]

Además, consumir leche de vaca y derivados antes del año de vida no solo causa alergias, sino que también se asocia a pérdidas sanguíneas en heces y a bajas concentraciones de hierro, específicamente si es leche fresca de vaca. [61] Además, si el niño desarrolla alergia a este alimento, suele desaparecer durante los tres primeros años. [62]

En cuanto al pescado, es la tercera causa de alergia por alimentos en niños, coincidiendo con el inicio de la introducción de este alimento en su dieta. Las reacciones alérgicas se desencadenan cuando el parásito, larva anisakis simplex, del pescado contaminado inyecta su saliva en la mucosa del estómago del niño, inclusive pudiendo ocasionar problemas digestivos como pseudoobstrucción intestinal. [55]

En relación a los cítricos, pueden puede provocar reacciones alergénicas como ardor, gases, reflujos o problemas intestinales, recomendándose

su ingesta luego del año de vida. [65] Además, afín de evitar alguna reactividad cruzada a alimentos pertenecientes a la familia Ruteceae se sugiere evitar la naranja, lima, limón y mandarina. [62]

Respecto al gluten, se aconseja evitar su consumo temprano por el riesgo de celiaquía, inflamación del revestimiento del intestino delgado, la cual genera una mal absorción de nutrientes como el hierro. Esta proteína se encuentra en el trigo, avena y cebada; sin embargo, ausente en cereales como el arroz y el maíz. [63]

Por otra parte, tener precaución con la miel pues puede contener esporas de Clostridium Botulinum, que causan intoxicación y que son absorbidas fácilmente por el intestino inmaduro del menor de 1 año. [60]

Aunque los vegetales de hojas verdes oscuras son ricos en hierro, al exponer alimentos como la acelga, espinaca y lechuga al medio ambiente favorece la acumulación de nitrato en sus hojas, aún más cuando no tienen una adecuada conservación y están al ambiente luego de ser cocinadas. [66]

Este es un factor de riesgo metahemoglobinizante en los lactantes puesto que presentan una baja actividad de la metahemoglobina reductasa, predisponiendo la oxidación de la hemoglobina F y a un menor pH gástrico (acidez), favoreciendo la reducción del nitrato a nitrito a nivel gastrointestinal. Ocasionando en el lactante un cuadro metahemoglobinemia como respuesta del estrés oxidativo, obligando al ión ferroso (Fe^{2+}) a oxidarse a ión férrico (Fe^{3+}), impidiéndole al glóbulo rojo liberar oxígeno ocasionando hipoxia tisular y cianosis. [66]

Por esa razón, estos vegetales deberán dárseles después del noveno mes, [64] observando que su contenido no supere el 20% del total del plato del niño al iniciar su ingesta. Luego, al cumplir de 1 a 3 años, darles sólo una ración diaria de estos vegetales. [57]

2.1.2.2.2.3. Periodo de Adulto Modificado

Este periodo la alimentación del niño se asemeja cada vez más a la de los adultos, [56] sobre todo porque el menor comienza a cimentar y adquirir conductas alimentarias la cual es crucial que el padre o cuidador conozca cómo brindar un apoyo adecuado desarrollar buenos hábitos alimenticios y de higiene. [7]

En esta etapa se desarrollan progresivos y evidentes cambios en el crecimiento y desarrollo de los niños ya que ellos alcanzan desarrollar diversas capacidades. Por esta razón, ellos necesitan de una alimentación variada que les permita crecer y desarrollarse integralmente. [7]

2.1.2.2.3. Preparación de Alimentos para el Niño

El Colegio Médico del Perú afirma que la inseguridad alimentaria y los escasos hábitos higiénicos son fuertes determinantes para el desarrollo de la anemia en nuestra sociedad peruana. [3]

Respetar las normas de higiene al manipular alimentos es indispensable, puesto que la mayoría de las toxiinfecciones alimentarias se dan por la incorrecta manipulación que tienen los consumidores en su hogar, por eso es importante que los padres comprendan y respeten las normas correctas de higiene y conservación de éstos. Siendo una de las razones

principales de toxiinfecciones alimentarias, la carencia de limpieza, temperaturas inadecuadas de conservación y contaminaciones cruzadas. (67)

Por lo general, se debe preparar los alimentos para ser consumidos al momento; sin embargo, a veces no es así, por lo que lo preparado debe ser conservado en el refrigerador, sobre todo en el caso de salsas preparadas con huevo. (68)

2.1.2.2.3.1. Higiene y Seguridad de los Alimentos

Agua y alimentos seguros

En el 2018, nuestro país informó que el 22% de las viviendas no cuenta con agua potable, (69) lo que evidencia la probabilidad de consumo de agua contaminada de microbios y parásitos que generan alta prevalencias de enfermedades como el cólera, tifoidea y diarreas. (70)

Por ello, es importante desinfectarla mediante la cloración, agregando 2 gotitas de lejía por cada litro de agua y lista para su uso luego de treinta minutos. De esta manera nos aseguramos de eliminar los microbios del agua y utilizados con seguridad no solo para limpiar los utensilios y ambientes de la cocina, sino principalmente para lavar y cocinar los alimentos. (70)

Los alimentos seleccionados para el consumo deben ser los más frescos y en buen estado de conservación, en especial con las carnes y el pescado, los cuales deben tener consistencia firme y olor agradable. Además, indispensable lavar bien las frutas y las hortalizas, si se las come crudas. Del mismo modo, verificar bien la fecha de vencimiento de

las conservas y alimentos empacados. Asimismo, importante proteger en recipientes cerrados, los alimentos y las comidas del polvo, insectos, mascotas y de otros animales. [70]

Lavado de manos

Lavarse las manos es una de las prácticas de higiene más importante para reducir alguna contaminación de alimentos y controlar la aparición de enfermedades gastrointestinales en los infantes. Sin embargo, menos de la mitad de madres se lavan las manos, incluso ni usan jabón para lavárselas. [8]

Existen momentos en los que es indispensable lavarse las manos tales como antes del consumo, manipulación y cocción de alimentos; antes y después del cambio de pañales; y después de ir a los servicios higiénicos, de realizar el aseo y estar en contacto con animales, objetos o superficies contaminadas. [71,72]

Los pasos para el lavado de manos social son 5. Primero, se debe empapar con agua a chorro ambas manos. Luego, se aplica jabón en las manos y se forma espuma esparciéndola hasta el codo. Seguidamente, se fricciona frotando las manos juntas por veinte segundos, cubriendo toda el área de las manos desde la punta de los dedos hasta la muñeca, incluyendo debajo de las uñas. Posteriormente, se enjuaga ambas manos con suficiente agua. Finalmente, se debe secar con papel o una toalla limpia recorriendo las palmas, el dorso y entre los dedos. [73]

Temperaturas seguras

Los microorganismos como las bacterias se multiplican fácilmente si los alimentos preparados se dejan al ambiente por más de 2 horas, para evitar su reproducción masiva, la comida debe estar bien caliente o bien fría. [73]

Para mantener los alimentos a temperaturas seguras se recomienda lo siguiente:

Primero, evitar dejar alimentos cocidos y alimentos que se descomponen fácilmente a temperatura ambiente durante más de dos horas, sino por el contrario guardarlos en el refrigerador en un envase cerrado y separado de los alimentos crudos. Y si tuviese alimentos congelados, es mejor descongelarlos colocándolos en la parte inferior del refrigerador. [73]

Asimismo, hervir bien la comida antes de servirla. Y procurar que los niños la consuman una vez preparados, especialmente si contienen verduras verdes para evitar metahemoglobinemia. [73,74]

Por último, cocinar, guisar, asar o freír completamente la carne, el pollo, los huevos y el pescado. [73] Sobre todo, el pescado por el riesgo a respuestas alérgicas y digestivas por causa de una larva parásito del pescado (Anisakis Simplex), al ser consumido crudo o insuficientemente cocinado. [62]

2.1.2.2.3.2. Alimentos Ricos en Hierro de Nuestro País

La pobre ingestión de alimentos ricos en fierro en los hogares peruanos, cuyas preferencias son los alimentos de origen vegetal, con baja biodisponibilidad y absorción intestinal; así como, su costumbre de consumir simultáneamente alimentos que inhiben el aprovechamiento del hierro tales como el té, café, leche y queso. Sumado a la evidencia de que sólo el 67,5% de niños entre los 6 y 9 meses han ingerido alimentos de origen animal, limita una mejora en sus niveles de hemoglobina y los mantiene en un prolongado estado de anemia. (8)

Clasificación de Alimentos

El consumo de estos alimentos en la dieta del peruano procede de dos fuentes. La primera fuente es el hierro hemínico (hierro hem) que tiene un nivel de absorción del 25%, son los de origen animal y se hallan en alimentos como “el hígado, sangrecita, bazo, bofe, morcilla, carnes rojas, pescado, huevos”. (23)

La segunda fuente es el no hemínico (hierro no hem) cuyo hierro se absorbe del 1 al 10%, presente en los productos de origen vegetal como las legumbres (lentejas, habas, frejoles, chocho, pallares, garbanzos, etc.), verduras de hojas verdes oscuras (espinaca, acelga, albahaca, sachayuyo, hojas de rabanito), granos andinos (quinua, kiwicha, cañihua) y frutos secos (pecanas, almendras, avellanas, nuez). (23)

Según la actual norma técnica de manejo y prevención de anemia, el contenido de Fe en miligramos por ración de 2 cucharadas de alimentos como la sangre de pollo cocida, el bazo de vaca o toro, el hígado de pollo son 7 veces más que la del pescado y carne de pollo o res. (23)

De igual manera, se debe considerar cinco mensajes importantes al preparar alimentos con altas concentraciones de este mineral para los niños. Primero, procurar siempre preparar comidas espesas como segundos de acuerdo con su edad. Segundo, las raciones de comidas se incrementan en cantidad y frecuencia de acuerdo a su edad. Tercero, consumir diariamente alimentos de origen animal como los anteriormente mencionados. Cuarto, añadir verduras y frutas de color anaranjado, amarillo y hojas de color verde oscuro en sus comidas. Por último, incluir las menestras en sus platillos. [75]

Por otro lado, el esquema de alimentación cambia con la edad. De 6 a 8 meses, la cantidad de comida debe ser de 3 a 5 cucharadas soperas o medio plato mediano. Entre los 9 a 11 meses, se les debe dar de 5 a 7 cucharadas de comida equivalente a ¾ de plato mediano. En el mayor de un año, de 7 a 10 cucharadas de comida lo que equivale a un plato mediano. Cabe resaltar que 2 de esas cucharadas de cualquier edad deben ser de alimentos de origen animal. [75]

La absorción intestinal de éste mineral contenido en ciertos alimentos depende principalmente de la clase de hierro contenido en éstos, su cantidad y combinación con el resto de alimentos en la comida. [23]

A partir de los 6 meses, es sumamente importante y necesario consumir a diario 2 cucharadas de alimentos de origen animal como los señalados anteriormente. Así mismo, consumir con alimentos que faciliten su absorción como los que tienen vitamina C como los frutos cítricos (limón, naranja, mandarina, lima) u otros vegetales (perejil, rabanito, tomate, brócoli). [23,60,76]

En contraste, reducir el consumo de los inhibidores de este mineral como los taninos que están en mates, té, infusiones y café, sobre todo evitar consumirlos simultáneamente con suplementos de hierro. Así mismo, evitar los lácteos, pues actúan como sustancias alcalinas neutralizando la secreción del estómago imposibilitando mantener el hierro en estado ferroso para ser absorbido. [23,60,76]

Por eso, la leche, yogurt y queso al ser alimentos ricos en calcio, se de evitar combinarlos en las preparaciones de las comidas principales, así como evitar consumirlas en simultáneo a los suplementos de hierro, con excepción de la leche humana ya que a diferencia de otras leches contribuye al mantenimiento del PH gástrico y facilita la absorción del hierro y otros minerales. [23,60,76]

2.1.2.2.4. Suplementación con Hierro

La fortificación con hierro y otros micronutrientes en nuestro país han sido implementados hace más de 15 años; sin embargo, estas medidas no han tenido el efecto esperado a pesar de ser ofrecidos gratuitamente. [8] Entre sus principales presentaciones se encuentra el hierro en gotas y en polvo (multimicronutrientes). [23]

Hierro En Gotas

Debido a que el 10% de niños de 4 a 5 meses ya tiene anemia, y esta cifra se incrementa seis veces más al sexto mes de nacido, la suplementación con hierro y su consejería se debe iniciar inmediatamente a los cuatro meses hasta cumplir los 6 meses, sin embargo, en el caso de niños prematuros y los que nacieron con bajo se les puede administrar al cumplir el mes. [8]

El hierro en gotas que abastece el estado se encuentra en forma de sal heptahidratada del compuesto químico llamado sulfato ferroso (FeSO4) y en forma de un compuesto trivalente de hierro de liberación lenta debido a la envoltura de polimaltosa por ello se le denomina hierro polimaltosado, que a diferencia de las sales de hierro (sulfato de hierro) produce menos efectos secundarios, asegurando una mejor tolerancia y cumplimiento del tratamiento. (23)

La dosis vía oral es de 2 mg/ kg/ día, de lo cual si se cuenta con el producto que contiene el hierro en forma de sulfato ferroso encontraremos que una gota es equivalente a 1,25 miligramos de Fe elemental, por lo que se le correspondería al niño(a) 2 gotas de sulfato ferroso por kilogramo de peso al día. En contraste al complejo polimaltosado férrico que 1 gota equivale a 2,5 miligramos de Fe elemental, en el cual se le administraría una gota de hierro polimaltosado por kilogramos de peso al día. (23)

Asimismo, el hierro en gotas se administra directamente en la boca del niño; sin embargo, en caso que se presenten efectos adversos como el estreñimiento, se recomienda dividir la dosis en 2 tomas, de preferencia alejado de las comidas entre 1 o 2 horas después de éstas. Y ya puede comer incentivar la ingesta de frutas, verduras y tomando más agua. (23)

Los Multimicronutrientes

Definida como una preparación que contiene una mezcla con hierro compuesto por “fumarato ferroso (12.5mg), zinc (5mg), ácido fólico (160 ug), vitamina A (300 ug) y vitamina C (30mg)” en forma de polvo cubierto por una capa de lípidos que a su vez se empaca en un sobre cuyo

contenido debe ser mezclado en dos cucharaditas de comida espesa del niño al cumplir 6 meses, abastecidos gratuitamente por un año. [23]

En el caso de no haber recibido a los 6 meses, se le puede dar hasta antes de cumplir 5 años o si se diese el caso de que el establecimiento de salud no cuente con este suplemento, el personal le podrá dar hierro en contenidos en las presentaciones anteriormente mencionadas ya sea en gotas o jarabe. [23]

Los multimicronutrientes contribuyen en la mejoran del estado de salud del niño no solo por su contenido en hierro sino también porque contiene micronutrientes que mejoran su absorción como la vitamina C, otros micronutrientes como la vitamina A y ácido fólico que mejoran el metabolismo del hierro y mantienen al niño sin anemia, así como favorece el crecimiento adecuado y fortalece el sistema inmune gracias al zinc y la vitamina A. [77,78]

Su consumo es importante debido a que el niño en el lapso de los primeros 1000 días después del nacimiento ocurren la máxima aceleración del crecimiento y desarrollo, como también las principales trayectorias de causalidad de anemia infantil, [26] por ello se recomienda ingerir un sobre diario en los que tienen entre 6 a 36 meses e interdiario en los niños de 3 a menores de 5 años, ello solo hasta completar 360 sobres. [23]

La adecuada administración de este suplemento consiste en 6 pasos. Primero, el padre realiza el lavado de manos con agua y jabón. Segundo, debe separar dos cucharas de comida espesa (puré, mazamorra o segundo) y dejarla entibiar. Tercero, al abrir el sobre de micronutrientes se observará unas vesículas como si fuera polvito blanco, que carece de

olor, sabor y es agradable al gusto. Previamente debe verificarse si el sobre estuvo bien cerrado, protegido de los rayos solares y humedad, en un lugar propicio para prevenir su ingesta accidental. [77,79]

Luego, cuando la comida se entibie, se debe añadir todo el contenido del micronutriente en la porción separada, teniendo cuidado de no añadir a preparaciones muy calientes ya que la capa de lípidos que cubre los micronutrientes se derriten al contacto y el hierro oscurece la comida produciendo cambios en el sabor y a veces en el olor, por lo que se recomienda añadirlos en comidas tibias. [77,79]

Después de mezclar bien esas dos cucharadas con el suplemento, apenas esté listo ese preparado se debe priorizar darle al menos dentro de los primeros 15 a 30 minutos al niño(a) para luego seguir con la comida restante, desechando lo que sobre de esta mezcla. [77,79]

Respecto a la consistencia de la comida, se recomienda agregar en los segundos de preferencia durante el almuerzo. Justamente, porque el alimento debe ser espesa o semisólido acorde a la edad del niño. Por ejemplo, en niños de 6 a 8 meses (aplastada o como puré), entre 9 a 10 meses (triturado), de 11 a más (picado). También, se puede agregar a algunas preparaciones semisólidas elaboradas con harinas como el chuño en forma de maicena o mazamorras. [23,77,79]

No obstante, evitar combinarlos con preparaciones líquidas (jugo, refresco, entre otros) o semilíquidas (sopas o mazamorra), ya que por estar cubiertos por una capa lipídica éstos migran a la superficie y se adhieren alrededor del recipiente (taza, vaso o plato sopero), perdiéndose algunos en el proceso. [77,79]

En cuanto a los efectos secundarios, generalmente son temporales tales como las deposiciones de color oscuro, náuseas leves, diarreas o estreñimiento leve. [79] Donde, solo se podría observar síntomas de intoxicación si es que el niño consumiese más de 20 bolsitas de micronutrientes en un día. [77]

Los cuidadores deben manejar información de efectos secundarios de los micronutrientes y saber tratarlos. Por ejemplo, se podría agregar la mitad del sobre en el platillo de la mañana y el resto en la próxima comida. Si los efectos aún persistiesen, se podría inclusive dar el contenido del sobre en 3, es decir, en 3 comidas diferentes. Y si aún persisten las molestias, es necesario acudir por atención médica. [77]

Algunas situaciones se puede suspender el consumo de los micronutrientes tales como enfermedad o consumo de antibióticos; sin embargo, al término del tratamiento antibiótico o restablecimiento de su salud se debe reanudar la administración de chispitas lo antes posible evitando tiempos prolongados de deserción, así sucesivamente hasta cumplir con el esquema de 360 sobres consumidos. [23]

2.1.2.3. Aspectos Generales de los Conocimientos

El conocimiento definido como la acción y efecto de conocer mediante la averiguación, la experiencia y el entendimiento de la naturaleza, las relaciones y cualidades de las cosas a través de nuestras facultades intelectuales, la cual inicia con la percepción sensorial, seguido del entendimiento y concluye con el raciocinio. [80,81]

Al respecto la teoría del conocimiento estudia el saber de los tipos de conocimiento, sus conceptos y la relación que existe entre el objeto y el

que lo conoce. Por ello, cuando se habla del conocimiento explícito comprende la transmisión de información mediante la comunicación entre una persona a otra, a diferencia del conocimiento implícito que es aquello que es difícil de comunicar, pero comprensible a través de las experiencias personales. (82)

Además, el conocimiento científico se obtiene tras la aplicación del método científico, pues utiliza la observación y la experimentación para comprender los procesos y fenómenos que ocurren en la naturaleza. (82) En cuanto al conocimiento cultural, se compone por dos tipos de conocimiento sobre las culturas, que hace referencia al conocimiento objetivo acerca de ella misma como el identificar los diferentes significados de un color, gustos inherentes a una cultura; igualmente el otro tipo conocimiento interpretativo caracterizado por la capacidad para comprender y apreciar los distintos rasgos y patrones culturales. (83)

En efecto, para lograr el surgimiento del conocimiento en un grupo organizado de personas como las familias, deben interactuar elementos intangibles que aportan valor para sí, esto lo sugiere el modelo de gestión del conocimiento “intelect” en el cual el conocimiento es gestado en una dimensión temporal que fusiona futuro con el presente siendo consciente de la forma dinámica y evolutiva de los conceptos. (84)

Los elementos del modelo son el Capital Humano (conocimiento tácito y explícito), el Capital Estructural (la organización familiar y su mirada al futuro) y el Capital Relacional (capacidad de integrarse a su entorno socioeconómico). (84)

Además, Lovera añade a este modelo el capital histórico, vital para la gestión de los conocimientos dentro de la organización familiar (padres),

esto comprende no solo todos los conocimientos adquiridos, acumulados y salvaguardados de los ancestros (abuelos, bisabuelos), sino también la transferencia de los conocimientos ancestrales con lo moderno para el desarrollo familiar [84], en el caso de este estudio.

2.1.2.4. Aspectos Generales de las Actitudes

Las actitudes definidas como el estado del ánimo expresados alguna forma [85] adaptándose a las vivencias, la dinámica activa del entorno como consecuencia del proceso cognitivo, afectivo y conductual. Por lo que al conocerlas, se puede predecir posibles conductas en las personas. [86]

Según Allport, la actitud se conceptualiza como un estado de disposición mental y neurológica cuyas respuestas están mediadas y estructuradas por experiencias que la precedieron, las cuales pueden seguir un criterio o ser dinámicas; observables en las intenciones de conducta hacia las situaciones y objetos. [87]

Además, Vallerand menciona que es una disposición evaluativa total de la información cognitiva, afectiva y conductual que se tiene, la misma que puede tener repercusión en los conocimientos, las respuestas afectivas, la intención conductual y la conducta en sí misma, [88] en otras palabras influir en la adquisición de conocimientos y prácticas.

Al respecto, Severy la denomina como constructo psicológico que integra a las creencias y emociones, predisponiendo a una persona a responder ante sus pares, algún objeto e instituciones ya sea positiva o negativamente, y evaluarlos en esos mismos términos. [89]

Las actitudes pueden ser desinteresadas, manipuladora, interesada e integradora. La primera actitud corresponde a personas que consideran a otras como un fin para alcanzar un beneficio propio. La segunda actitud, corresponde a las personas que buscan alcanzar un fin personal tomando a los demás como un medio. La tercera actitud corresponde a la búsqueda por diversos medios para recobrar y lograr satisfacer necesidades. La última actitud es la manifestación de una persona que busca el beneficio del grupo. (86)

Asimismo, importante recalcar la existencia de las actitudes positivas y negativas, donde las primeras le facilitan al individuo el conseguir enfrentar la realidad de una forma sana y efectiva, a diferencia de las otras que entorpecen su relación con el entorno que le rodea. (86)

En cuanto a la medición de actitudes, Summers señala que es posible a través de la evaluación sus manifestaciones, tales como las reacciones valorativas ante alguna opinión referente a sus creencias, sentimientos o forma de proceder. (90)

En realidad, existen diferentes escalas para medir actitudes tales como la de Thurstone, Guttman, diferencial semántico y Likert. Esta última, se pretende que los sujetos indiquen su grado de acuerdo-desacuerdo respecto a una serie de afirmaciones que abracan todos los aspectos de las actitudes, en una escala de 5 puntos. (88) No obstante, para evaluar actitudes en la presente investigación se utilizó una escala modificada de Likert.

2.1.2.5. Aspectos Generales de las Prácticas

La práctica es la acción desarrollada haciendo uso de conocimientos que pueden estar sujetos a ciertas reglas o costumbres enseñadas de generación a generación. (91)

Así mismo, la práctica refuerza lo aprendido y en el redescubrimiento de lo nuevo, los cuales no podrían ser aprendidos tan solo con estudio teórico. Por otro lado, la práctica social es la forma recurrente de realizar determinada actividad por los integrantes de una comunidad o familia, las cuales pueden ser válidas para unos y no para otros, por lo que cada sociedad las va construyendo para satisfacer sus necesidades que luego son imitadas y transmitidas a través del tiempo. (92)

En el ámbito académico, la práctica social busca concientizar a los estudiantes sobre de las necesidades de una comunidad en concreto para brindarles las herramientas adecuadas en la búsqueda de estrategias afín de satisfacer y mejorar la calidad de vida de sus habitantes, con este estudio se busca concientizar a los padres y a partir de sus prácticas culturales socializar y contribuir en la salud de sus niños bajo su cargo. (92)

Según Álvaro, Carrero, Morlans y Fernández, existen diverso índole de prácticas relacionadas con la salud, las cuales se aplican tanto a nivel preventivo, como curativo y en rehabilitación. Muchas de las cuales han sido pasadas de generación en generación y son realizadas tradicionalmente aún en nuestros días, por la creencia de que éstas previenen o mejoran la salud. Un claro ejemplo es el uso de amuletos protectores tales como el Huayruro en nuestro país. Donde, la mayoría

de las prácticas son de índole preventivos y curativos, que de rehabilitación. [93]

Respecto a las prácticas culturales, el sociólogo Pierre Bourdieu las considera como la cultura en acción, pues dichas prácticas individuales y colectivas se originan de esquemas aprendidos a través del tiempo, donde se evidencia la presencia activa de las experiencias pasadas en el presente; pudiéndose perpetuarse en las prácticas y al mismo tiempo actualizarse según los principios, necesidades externas y coyuntura. [94] En otras palabras, las prácticas culturales a afectan el cotidiano de las personas, su actuar y sus actividades diarias; sin embargo, estas son susceptibles a cambios mediados por necesidades de su entorno.

Cabe señalar, las prácticas de cuidado de la salud en nuestro país son acciones originadas de nuestra cultura y tradiciones, siendo lo más resaltante el uso de plantas medicinales. Por ello, cuando los establecimientos de salud ubicados en centros poblados incorporan estas prácticas culturales de cuidados, su demanda se acrecienta y se ofrece una mejor cobertura de servicios formal. [95]

Por último, la evaluación de las prácticas se puede realizar a través de un cuestionario estructurado, una estrategia similar a la utilizada en el estudio de Valenzuela-Oré y col. referente a las prácticas culturales vinculadas al cuidado de la salud. [95]

2.1.2.6. La Interculturalidad en salud

Definición de Interculturalidad

Actitud comunicativa basada en el trato comprensivo y respetuoso de los saberes, creencias y costumbres de los demás, favoreciendo a una buena interacción entre personas de distintos contextos culturales, afín de mejorar su convivencia social y el bienestar común de los interactuantes. (96)

También, comprende las diferencias culturales como pilar para la formación de una sociedad democrática, basada en establecer relaciones de imparcialidad e igualdad de posibilidades y derechos. (97)

Por otros, la definen como una destreza para aceptar, conciliar y negociar las múltiples diferencias dentro de una sociedad. Hace referencia también a la interacción comunicativa producida entre dos o más grupos de personas de distintos contextos culturales. (98)

Enfoque de Interculturalidad

Actualmente, nuestro país se está incorporando los saberes de nuestra cultura dentro de las estrategias sanitarias para generar y brindar una atención de salud con pertinencia cultural, afín de aminorar las brechas de atención y reducir las desigualdades existentes en temas como la anemia infantil, para así satisfacer adecuadamente las necesidades de salud. (26)

En efecto, se trata de un proceso constante de diálogo constructivo y recíproco aprendizaje entre distintas culturas bajo condiciones

igualitarias ni distinción alguna. Afín de, exterminar sus diferencias sin suprimir sus particularidades e identidad cultural, respetando su variada riqueza cultural. (98)

Salud intercultural

Son los actos, perspectivas y gestiones utilizadas por el personal de salud y la población para conocer, revalorar y demostrar respeto reciproco para poder aceptar las prácticas sanitarias culturales del usuario y del personal de salud durante la atención, afín de poder articularlas y hacerlas efectivas. (96)

Conocimientos Tradicionales de los pueblos indígenas u originarios

Definido como los saberes, normas y prácticas culturales y espirituales que tienen estos pueblos, que a su vez son trasmitidos de generación en generación y reconocidos por ellos mismos como parte de su cultura, historia e identidad". (99)

2.1.2.7. La Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales

Supuestos Principales

El cuidado no solo es aquel elemento primordial, dominante y distintivo de la profesión de enfermería sino que es su esencia. Asimismo, sumamente indispensable para estar bien de salud, recuperase, desarrollarse, sobrevivir y afrontar adecuadamente la discapacidad o muerte. (6)

En cuanto a los cuidados culturales son los medios más amplios que facilitan la interpretación y pronosticación de las actividades asistenciales de la enfermera que guían su práctica. Los cuales están compuestos por conceptos, significados, expresiones, modelos y procesos. (6)

A propósito, el prestar cuidados es imprescindible para curar y restaurar la salud, es así como los cuidados genéricos que tiene cada cultura humana se basan en sus conocimientos y prácticas tradicionales, fusionándose con sus conocimientos y acciones de cuidado profesional que varían en cada contexto cultural. (6)

Además, esta es una profesión del cuidado transcultural, humanístico y científico que tiene como meta principal brindar servicios al ser humano en todas las partes del globo terráqueo. (6)

Los cuidados enfermeros con pertinencia cultural resultan útiles, saludables y satisfactorios ya que otorgan bienestar al usuario en su entorno cultural. De esta manera, aquellos que experimentan los cuidados enfermeros, que no sólo son coherentes con sus creencias, sino que valoran su forma de brindar cuidados, tendrán menos conflictos culturales, inconformismo, estrés e inclusive menores dilemas éticos y morales. (6)

Conceptos y Definiciones

La esencia de la profesión es el cuidar, pues es el “elemento central, dominante y distintivo de esta disciplina”. A su vez, indispensable para el “bienestar, la salud, la curación, el desarrollo y la supervivencia, así como para afrontar las discapacidades o la muerte”. (6)

También, estos son el conjunto de fenómenos abstractos y concretos; y al mismo tiempo, como acciones y actividades para asistir, apoyar y capacitar personas que muestren la necesidad explícita o futura de mejora de salud y modo de vida. (6)

La cultura por su parte definida como el “conjunto de valores, creencias, normas y modos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos” en un grupo de personas los cuales dirigen sus ideas, decisiones y acciones de forma sistematizada. Mientras que los cuidados culturales sirven de ayuda, apoyo, facilitando y capacitando a las personas de manera objetiva y subjetivamente. (6)

Además, sobre la comprensión de la existencia de diferentes “significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos” relacionados con el brindar cuidados, Leininger lo denominó diversidad de los cuidados culturales. Por el contrario, a la similitud predominante en éstos cuidados los denominó universalidad de los cuidados culturales. (6)

Leininger definió enfermería como aquella profesión humanística y científica aprendida, centrada en los fenómenos del cuidado al ayudar, apoyar, facilitar y capacitar a las personas para conservar o recuperar su salud con pertinencia cultural y satisfactoria. (6)

Asimismo, identificó aquellos modelos y elementos dinámicos de los factores estructurales y organizativos de un grupo cultural, incluyendo los valores y factores de su etnohistoria (religión, parentesco, educación y cultura) las cuales pueden ejercer influencia en el comportamiento humano al interrelacionarse, a todo ello se le conoce como dimensiones culturales y estructuras sociales. (6)

Luego, clasificó el sistema de cuidados en genéricos y profesionales. El primero abarca el conocimiento y al aprendizaje y transmisión de las habilidades tradicionales y populares; el otro, referido al conocimiento y aptitudes que prevalecen en las instituciones profesionales. (6)

Donde, ambos sistemas son usados para facilitar el cuidado del usuario, comunidad o institución con necesidades reales o potenciales para mejorar su modo de vida. A fin de, lograr un estado de bienestar que defina, valore y realice prácticas culturales, reflejando la capacidad de los usuarios al realizar actividades diarias bajo un estilo de vida culturalmente específico, beneficioso y estructurado, en síntesis, logrando tener salud. (6)

Según esta teoría, existen tres clases de cuidados enfermeros. Estos son el de conservación y mantenimiento, de adaptación y negociación y el de reorientación o restructuración de los cuidados culturales. (6)

El primero, como dice su nombre procura conservar y mantener las acciones o actividades profesionales de asistencia. El segundo, propone la adaptación y el uso de la negociación de los cuidados en las personas de otros contextos culturales para lograr resultados beneficiosos y satisfactorios. El último, consiste en reorganizar, cambiar y modificar en gran medida su estilo de vida, siendo vital que el personal sanitario respete los valores y creencias culturales de los pacientes antes de brindar este tipo de cuidado. (6)

Y finalmente, los cuidados enfermeros coherentes con la cultura son aquellos cuidados científicos que se ajustan a los valores, creencias y

estilo de vida cultural de los usuarios para ofrecerles una satisfactoria experiencia de atención de salud. (6)

2.1.2.8. El Modelo de Promoción de la Salud

Supuestos Principales

Refleja la perspectiva de la ciencia conductista que enfatiza la participación activa del paciente al realizar sus conductas de cuidado, las que a su vez se modifican acorde a su entorno. (6)

En primer lugar, las personas crean condiciones de vida donde expresan su potencial de salud, pues ellos tienen una autoconciencia reflexiva, capacidad que les ayuda a dar valor a sus competencias. Por ello, valoran el incremento de conductas positivas y su formada de equilibrar esos cambios conductuales para establecerlos favorable y progresivamente en su vida cotidiana, lugar donde se desenvuelven en toda su complejidad biopsicosocial. Por lo que el usuario está constantemente tratando de regular su propia conducta. (6)

En tal sentido, el enfermero, quien es parte del entorno social de las personas, ejerce una marcada influencia en sus vidas, pues les brinda las pautas para que ellos logren interactuar con su entorno y efectuar cambios de conducta, para lo cual es fundamental que esta reconfiguración nazca en el ser cuidado. (6)

Conceptos Principales y Definiciones

Respecto a la conducta previa relacionada es aquella que se ha realizado frecuentemente en el pasado e influye tanto directa e

indirectamente en el desarrollo y compromiso de realizar conductas de promoción de la salud. (6)

Pender, demostró que los factores personales pueden predecir ciertas conductas y la naturaleza de estas. Estos factores personales los clasificó en biológicos, psicológicos y socioculturales. Las primeras incluyen la edad, el sexo, entre otros. Las segundas hacen referencia a la estima y motivación del usuario, sus competencias y su estado de salud. Los últimos incluyen la raza, etnia, educación y nivel socioeconómico. (6)

También, en esta teoría se observa los beneficios y las barreras percibidas como resultado de una acción para lograr la adopción de una conducta. Los primeros son los resultados positivos anticipados a estas; y los segundos representan la anticipación de los posibles bloqueos y costes personales para adoptarlas. (6)

Mientras que la eficacia autopercibida es el juicio que tiene el usuario sobre su capacidad para organizar y ejecutar conductas que promuevan su salud, las cuales a su vez disminuyen las barreras de acción percibidas. Así mismo, los afectos relacionados con estas conductas influyen en la eficacia autopercibida, en el sentido que cuanto más sean los sentimientos positivos, mejora la eficacia y disminuyen los sentimientos negativos que se dan antes, durante y después de la conducta. (6)

Estas conductas promotoras de salud pueden verse influenciadas de manera interpersonal y situacional. En donde, las conductas, creencias o actitudes de las familias y sus cuidadores son las principales fuentes de influencia interpersonal. Mientras que sus percepciones y

conocimientos personales respecto a determinada situación y contexto influencian facilitando o limitando dicha conducta. (6)

Por otro lado, el compromiso con un plan de acción es aquella estrategia planificada para la implantación de conductas que promuevan la salud. En contraste, las demandas y las preferencias contrapuestas son aquellas conductas que los individuos tienen sobre el control ya sea bajo o alto de éstas. Por último, define la conducta promotora de salud como el producto final de esta para obtener resultados de salud positivos, como el de mantener una dieta sana. (6)

2.1.2.9. La Educación para la Salud

Definición

La educación para la salud es un proceso donde las personas aprenden a comportarse de una manera que favorezca la promoción, el mantenimiento o la restauración de su salud. Siendo, el educador de salud y el que aprende, los actores fundamentales para su desarrollo, que en el mejor de los casos el usuario pueda hacer una réplica en su hogar de lo aprendido. (100)

Métodos de Educación para la Salud

Para educar sobre tópicos de salud es importante hacer uso de métodos de la educación para la salud y poder llegar a las personas. Según, la OMS existen dos métodos de la educación para la salud, los directos e indirectos. (100)

Donde, los métodos directos o bidireccionales se desenvuelve el proceso de enseñanza-aprendizaje entre el educador y las personas en un mismo espacio por medio del habla (clases, discusiones grupales, diálogo y la charla), a diferencia de los métodos indirectos o unidireccionales que se transmite mediante medios visuales (imágenes, folletos, carteles), sonoros (radio o podtcast) o mixtos audiovisuales (televisión y el ordenador). [100]

Programa educativo

Un programa educativo es un documento sumamente importante que organiza y detalla el proceso pedagógico, afín de orientar al personal de salud sobre aspectos contentivos, el desarrollo de la sesión de aprendizaje y los objetivos a lograr. [101]

Respecto a los métodos directos que se utilizan durante el programa educativo será una fusión de la clase para la transmisión de conocimientos, discusión en grupos para fomentar el análisis crítico entre sus experiencias previas y nuevas, la charla por el fomento de temas totalmente nuevos y las sesiones demostrativas. [100]

2.1.2.10. Propuesta del Programa Educativo de Interculturalidad "Anemia Cero en mi Familia"

Metodología del Programa de Interculturalidad

Actualmente, el enfoque de interculturalidad también es considerado en el proceso de enseñanza peruana, en donde existen cuatro definiciones curriculares clave para desarrollar una sesión educativa. [9] Estas definiciones son: las competencias, capacidades, estándares de aprendizaje y desempeño.

La competencia definida como la “facultad que tiene una persona de combinar un conjunto de capacidades a fin de lograr un propósito específico en una situación determinada, actuando de manera pertinente y con sentido ético”. En el programa educativo de interculturalidad “Anemia Cero en mi familia”, se desarrollará la competencia 3 denominada “Asume una vida saludable” y la competencia 16 que trata sobre la convivencia y participación democrática para la búsqueda del bien común. [9]

Por otra parte, las capacidades son recursos para actuar de manera competente, los cuales comprenden los “conocimientos, habilidades (práctica) y actitudes que los estudiantes utilizan” [9] en este caso para prevenir la anemia infantil en sincronía a las competencias anteriormente señaladas.

Al respecto, los estándares de aprendizaje son “descripciones del desarrollo de la competencia en niveles de complejidad” de acuerdo con el grupo etario a quién va dirigido, así como sirve de referente para evaluar su aprendizaje. En cuanto a los desempeños son “descripciones específicas de lo que hacen los estudiantes respecto a los niveles de desarrollo de las competencias (estándares de aprendizaje)” [9] que para los padres en este estudio serán evaluados según el estándar nivel 8 que corresponde a adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores.

El desarrollo de estas competencias en el adulto implica una construcción constante, deliberada y consciente, propiciados por el capacitador (personal de salud) y programas educativos como éste titulado “Anemia cero en mi Familia”. [9] (Ver anexo P)

Por ello, la metodología utilizada será la expositiva, participativa y demostrativa para la impartición de la instrucción de las sesiones de aprendizaje. Expositiva puesto que se proporcionará información a través de afiches, dípticos y folletos. También, participativa porque los padres compartirán sus conocimientos previos sobre el tema y lo realizarán durante las dinámicas en parejas y de grupos. Por último, demostrativa pues replicaran o restructuraran los conocimientos aprendidos de manera activa y creativa. (102)

Además, para esquematizar el desarrollo del proceso pedagógico se recogerá el aporte de la teoría del origen sociocultural de los procesos psicológicos superiores de Vygotsky y la teoría del aprendizaje significativo de Ausubel. De Vygotsky, se rescata que las funciones psicológicas superiores (razonamiento) dirigen la conducta humana para satisfacer sus necesidades, dichas funciones son mediadas por las experiencias heredadas y acumuladas social e históricamente, es decir, componentes internos, actividades individuales y sus relaciones interpersonales; favoreciendo el desarrollo de habilidades y funciones específicas en el ser humano. (102)

En la teoría del aprendizaje significativo, la interiorización del conocimiento es guiada por la instrucción, dado que el conocimiento está organizado por estructuras que se reestructuraran a partir de la asimilación de la nueva información. Sin embargo, este aprendizaje logrará ser significativo en la medida que se relacione con experiencias, hechos o sentimientos de los estudiantes, tales son los elementos, factores y condiciones que garantizan la significancia de lo aprendido. En otras palabras, se fomentará durante el desarrollo de las sesiones la enseñanza por descubrimiento e investigación sin dejar totalmente de lado el reforzar la enseñanza expositiva. (103)

En definitiva, las expectativas de aprendizaje en adultos adquieren significancia y sentido cuando relacionan lo que saben con la facilidad y utilidad que les otorga el conocimiento nuevo. Así mismo, los adultos por lo general buscan asociaciones o congruencias con sus conocimientos previos, los cuales si no logran ser lo suficientemente claros la lección puede ser difícilmente asimilada según señala Solana. [104]

La disposición y su orientación para aprender de una persona adulta se basa en sus experiencias y las necesidades que tienen para desarrollarse competentemente en algún aspecto de su vida como lo es el cuidado de la salud de sus hijos. Una necesidad que a su vez los motiva a adquirir conocimientos para mejorar y sentirse seguros de los cuidados que realizan. [104]

Con la intención de favorecer la adquisición efectiva tanto a nivel de sus conocimientos, actitudes y prácticas, se opta por desarrollar las sesiones educativas de la presente investigación acorde a la metodología de participación - acción de ARDE, la cual es una metodología que demostró su eficacia en el programa Ally Micuy en la educación de adultos ancashinos. [10] (Ver Anexo P)

La metodología animación, reflexión, demostración y evaluación (ARDE) presenta 4 fases. La primera fase, se incentiva a los padres a participar, interactuar, romper el hielo, estimular los sentidos despejándose de lo cotidiano, favoreciendo de esta manera un ambiente amigable. Esta fase, puede ser incorporada en cualquier momento, utilizando diversas técnicas de animación o dinámicas las cuales no debe sobrepasar los 20 minutos. [10]

La siguiente fase, consiste en dar a conocer el tema al público objetivo, donde a su vez se identifica los conocimientos previos de los participantes, permitiendo analizarlos y contrastarlos con los nuevos conocimientos. Además, las técnicas recomendadas a utilizar en esta fase son técnicas de análisis de imágenes, tales como sociodramas, juego de roles o apoyos audiovisuales como láminas, rotafolios, entre otros. Con la finalidad de formular preguntas sobre lo observado utilizando un lenguaje sencillo, favoreciendo la participación del grupo de padres, donde la enfermera capacitadora organiza y refuerza las ideas que generan los grupos de padres y cuidadores. Todo ello en un tiempo máximo de 35 minutos. [10]

La tercera fase, comprende la demostración y reforzamiento de los conocimientos adquiridos lo cual se puede realizar de manera grupal o individual. En este punto, se sugiere desarrollar talleres demostrativos para que los participantes redemuestren lo aprendido como por ejemplo el lavado de mano o preparación de alimentos balanceados. Además, este es el momento cuando se generan los mensajes fuerza, así como la manera más adecuada de favorecer el aprendizaje significativo, el desarrollo de habilidades y destrezas en los padres. También, para esta fase propiciar el intercambio de experiencias es muy útil para reforzar conocimientos. El tiempo aproximado debe ser de 25 minutos. [10]

La última fase de ARDE, se verifica, reafirma y retroalimenta lo aprendido, donde el capacitador puede hacer que los participantes expongan algo breve sobre el tema o mediante el desarrollo de una dinámica o juego con alguna dificultad, para que al finalizar el capacitador y los participantes puedan aclarar y reforzar los puntos débiles, renovando siempre el compromiso de mejorar las parcticas sobre los temas abarcados, todo ello no debe ser mayor a 10 minutos.[10]

Por otro lado, el ministerio de salud (MINSA) sugiere el uso de algunas técnicas didácticas para la educación en salud como las demostrativas y participativas que en la planeación del programa educativo se utilizaron como la problematización, la discusión en grupo, la lluvia de ideas, los talleres y la solución de problemas. [105] (Ver Anexo P)

También, señala incluso algunas pautas que fueron utilizadas para el diseño de materiales educativos tales como el color para facilitar la evocación, la composición formal por sus fines didáctico y la rotulación del texto que se registró el cual no fue mayor a 7 líneas o 35 palabras. [105] (Ver Anexo P)

2.1.2.11. Rol de la Enfermera en la Prevención de Anemia Infantil

La enfermera como prestadora de servicios en el Control de CRED, dentro de sus responsabilidades se encuentra realizar el despistaje de enfermedades prevalentes (anemia, parasitosis), realizar el seguimiento de la suplementación con hierro y otros micronutrientes y brindar consejería a la madre o cuidador del niño utilizando material educativo de apoyo. [7,77]

Siendo los temas enfatizados durante la educación para la salud: la importancia de la prevención de la anemia, sus causas y consecuencias en el desarrollo infantil, la importancia de los suplementos de hierro, el cumplimiento de su suplementación y sus controles periódicos. Así como también, los tópicos sobre higiene y conservación de los alimentos, el lavado de manos y las combinaciones adecuadas de preparación de alimentos. [77]

2.1.3. Definición Operacional de Términos

Variable Independiente:

• Eficacia del programa educativo de interculturalidad: propuesta educativa con metodología expositiva, participativa y demostrativa para la impartición de las sesiones de aprendizaje, es eficaz cuando después su aplicación logra un cambio en las competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales de los padres respetando sus saberes culturales. [22,26,101]

Variables Dependientes:

• Conocimientos sobre la prevención de la anemia: Información que refieren poseer los padres que acuden a un centro de salud sobre la prevención de la anemia infantil antes y después de la participación del programa educativo.

• Actitudes de prevención de la anemia: Predisposición de aceptación, indiferencia o rechazo que tienen los padres que acuden un centro de salud hacia la prevención de la anemia infantil antes y después de la participación del programa educativo.

• Prácticas de prevención de la anemia: Actividades que refieren realizar los padres que acuden un centro de salud para prevenir de la anemia infantil antes y después de la participación del programa educativo.

• Padres: mamá, papá o cuidador/familiar responsable del cuidado del niño.

2.1.4. Formulación de la Hipótesis

H0: El programa educativo es ineficaz para el incremento de conocimientos, la adquisición de actitudes favorables y adopción de prácticas correctas para la prevención de anemia infantil.

H1: El programa educativo es eficaz para el incremento de conocimientos, la adquisición de actitudes favorables y adopción de prácticas correctas para la prevención de anemia infantil.

2.1.5. Variables

Variable independiente: Es la variable que es controlada para estudiar, es la causa de los cambios. [106] Para el presente estudio esta variable es "eficacia de un programa educativo de interculturalidad".

Variables dependientes: Son las variables que se investigan y se miden, son los efectos. [106] Para estes investigación son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prevención de anemia infantil.

2.2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.2.1. Tipo, Nivel y Método de Investigación

El estudio será de tipo cuantitativo, porque sus variables (conocimientos, actitudes y prácticas) son susceptibles de cuantificación. De nivel aplicativo pues busca incrementar los conocimientos, mejorar las actitudes y las prácticas preventivas de anemia infantil de los padres. De diseño pre-experimental ya que se aplicará la variable independiente (programa de educativo) a un grupo de padres antes y después de la

intervención. De corte longitudinal porque se realizará 2 mediciones al inicio y al finalizar el programa educativo en un tiempo determinado. [106]

2.2.2. Población

El CS Laura Caller, ubicado en el asentamiento humano del mismo nombre, de categoría I - 3, pertenece a la Red de Salud Rímac-SMP-LO, tiene una población estimada de atención en el año para el grupo de 6 a 60 meses de 1565, equivalente a 130 niños atendidos en un mes. Considerando que por cada niño atendido viene una persona responsable de su cuidado, a lo que resulta una población de 130 padres (mamá y papá) o cuidador/familiar.

Acorde al informe emitido el 2017 por centro de estadística del C. S Laura Caller, del 100%(130) de niños de 6 a 59 meses atendidos en un mes, 13.8% (18) tenían de 6 a 11 meses, 26.2%(34) tenían de 12-23 meses, 20%(26) tenían de 24 a 35 meses, 20%(26) tenían de 36 a 47 meses y 20%(26) tenían de 48 a 59 meses,

2.2.3. Muestra y muestreo

Tamaño:

Para una población N = 130, se utilizó la fórmula de tamaño de muestra cuando se conoce el tamaño de la población. Al respecto, se utilizó un nivel de confianza Z = 90%(1,65) y un error d = 10%, por tratarse de un estudio de campo. Por lo tanto, aplicando dicha fórmula, el tamaño de muestra resultó n = 45. (Ver ANEXO J)

Técnica de muestreo

Además, se realizó un muestreo aleatorio simple absoluto a partir de la lista de participantes inscritos al programa educativo con ayuda del software SPSS v.25 (ver ANEXO L), teniendo en cuenta los criterios que se detallan a continuación.

2.2.4. Criterios de Inclusión

- Padres (madre, padre o cuidador) de niños de 6 a 60 meses que se atienden en el C.S Laura Caller.
- Padres (madre, padre o cuidador) de niños de 6 a 60 meses que no tienen anemia, han tenido o no saben si la padece su niño.
- Padres (madre, padre o cuidador) que asisten como mínimo al 60% de sesiones educativas del programa.
- Padres (madre, padre o cuidador) que den su consentimiento informado para participar en el estudio.
- Padres (madre, padre o cuidador) que hablen y lean el castellano o quechua.
- Padres (madre, padre o cuidador) de nacionalidad peruana.

2.2.5. Criterios de Exclusión

- Padres (madre, padre o cuidador) de niños de 6 a 60 meses que no se atienden en el C.S Laura Caller.
- Padres (madre, padre o cuidador) de niños con anemia.
- Padres (madre, padre o cuidador) que asisten a menos del 60% de sesiones educativas del programa.
- Padres (madre, padre o cuidador) que no den su consentimiento informado para participar en el estudio.

- Padres (madre, padre o cuidador) que no hablen ni lea castellana.
- Padres (madre, padre o cuidador) de nacionalidad distinta a la peruana.

2.2.6. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica a utilizada fue la encuesta, los instrumentos fueron un cuestionario que medió conocimientos (Ver Anexo D), el segundo un cuestionario que medió las prácticas (Ver Anexo F), los cuales contienen preguntas cerradas (politómicas). Y el tercero fue un cuestionario con escala modificada tipo Likert (Ver Anexo E) para medir las actitudes, afín de obtener información de los padres a través de ítems negativos y positivos.

Dichos instrumentos constaron de introducción, instrucciones, datos generales de los participantes y la sección de información específica que exploraron los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los cuidados preventivos de la anemia infantil.

El instrumento que midió los conocimientos constó de 16 preguntas que se codificaron con un total de 20 puntos, donde fue necesario obtener un puntaje mayor o igual a 11 (once) para definir que el padre conoce, un puntaje menor de 11 (once) cuando desconoce sobre los cuidados preventivos de anemia infantil. El segundo instrumento medió las prácticas a través de la información que aseguraron realizar los padres, constó de 11 preguntas que se codificaron con un total de 16 puntos, siendo necesario obtener un puntaje mayor o igual a 9 (nueve) para definir que el padre tenían prácticas correctas, un puntaje menor de 9 (nueve) para prácticas incorrectas; sobre sus cuidados preventivos de la anemia infantil. (Ver Anexo K)

El tercer instrumento, medió actitudes el cual constó de 16 ítems con 3 categorías (En desacuerdo=, indeciso=, De acuerdo=), que se codificó con un total de 16 a 48 puntos, donde fue necesario obtener un puntaje mayor o igual a 32 (treinta y dos) para definir que el padre tiene actitudes favorables, un puntaje menor de a 32 (treinta y dos) para actitudes desfavorables; sobre sus cuidados preventivos de la anemia infantil. (Ver Anexo K)

2.2.7. Validez y confiabilidad

Los instrumentos se sometieron a validación de contenido mediante la Prueba de Concordancia por 13 jueces expertos entre enfermeros (asistenciales y docentes), nutricionistas y psicólogos que realizan su labor en marco a la salud del niño menor de 5 años en diversos centros de salud y universidad.

Así mismo, el valor p obtenido confirmó la validez del instrumento de conocimientos (p = 0.0008), el instrumento de actitudes (p = 0.0002) y el instrumento de prácticas (p = 0.0008). (Ver Anexo H)

La confiabilidad de los instrumentos conocimientos, actitudes y prácticas se determinó a través de una prueba piloto a 15 padres que cumplen los criterios de inclusión y exclusión del estudio, a su vez son personas distintas a los participantes del estudio.

Los datos obtenidos en la prueba piloto, se les aplicó la prueba de K-Richardson para conocimientos y prácticas identificándose una confiablidad de 0. 821 y 0.866. Por otro lado, se utilizó la prueba alfa de Cronbach para evaluar datos de actitudes resultando una confiabilidad

de 0.825. Así, comprobando que los instrumentos son confiables. [107,108] (Ver Anexo I)

2.2.8. Proceso de recolección y de análisis estadístico

Para la recolectar los datos se realizó los trámites administrativos correspondientes en la oficina de mesa de partes del establecimiento de salud. Previamente, se coordinó con la asesora para enviar una solicitud para sede de estudio de investigación avalada por la directora de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Se realizó una reunión de presentación del estudio con la jefa del centro de salud, la enfermera jefa y su equipo encargado de la estrategia de niño sano, para presentar el programa educativo de interculturalidad "Anemia Cero en mi Familia" que constó de 2 sesiones de aprendizaje, una sesión demostrativa y un concurso Taller Mama-Cheff. Así como también, se estableció el cronograma para desarrollar del programa educativo.

La captación de los padres se realizó mediante la pre-inscripción con apoyo del personal del centro de salud, la difusión con apoyo de afiches en la posta, difusión en el locutorio de radio y perifoneo en el mercado Laura Caller.

El programa educativo "Anemia cero en mi familia" se desarrolló el 20, 22, 24 y 30 de mayo del presente año, en dos grupos donde el grupo 1 se capacitó en las mañanas y el grupo 2 en las tardes en el auditorio del centro de salud. Los datos se recolectaron por la investigadora y la colaboración del personal del centro de salud con un pretest y postest.

Los datos obtenidos fueron procesados y organizados en un libro de códigos considerando las reglas de juego de la investigadora (Ver Anexo K) presentándolos en una matriz de datos en Excel (Ver Anexos M,L y N) y siendo analizados estadísticamente en el programa SPSS v.25.

El análisis descriptivo se estableció por medio de medidas de tendencia central (mediana). Por otro lado, previo al análisis inferencial se evaluó la normalidad de las diferencias de los datos del antes y después usando la prueba Shapiro – Wilk (S-W) tras aplicar la corrección de Lilliefors utilizada cuando la muestra ($n < 50$), identificando una distribución normal para la variable conocimientos ($p = 0,563$) y distribución no normal en las variables actitudes ($p = 0,004$) y prácticas ($p = 0,002$) al 95% de nivel de confianza. [109,110] Sin embargo, por tener una muestra $n>30$ se decide utilizar la prueba no paramétrica Wilcoxon. [111] (Ver Anexo O)

Durante el análisis inferencial, el estadístico Wilcoxon identificó una p ($0.000 < 0.05$; IC = 95%), es decir, se rechaza la hipótesis nula y se aprueba con una alta significancia estadística la hipótesis del investigador. (Ver Anexo O)

Finalmente, los datos se organizaron en gráficos y tablas para visualizar de manera dinámica las características de las variables en estudio.

2.2.9. Consideraciones Éticas

En la presente investigación se respetó la dignidad de los usuarios sin causarles daños ni perjuicios a las personas que decidieron no participar del estudio. Así mismo, se tomó en cuenta el principio de autonomía donde el usuario decidió libremente en participar o no de la investigación. Así mismo, se tomó en cuenta la firma del consentimiento informado

luego de explicarles todo lo relacionado a la investigación y de aclararles sus dudas; asegurándoles que la información recolectada sería totalmente anónima y no serían divulgadas a personas ajenas a expertos para su valoración y calificación. (Ver Anexo G)

CAPÍTULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Resultados

A continuación, se presentará los resultados obtenidos en gráficos con su respectivo análisis e interpretación.

3.1.1. Datos generales

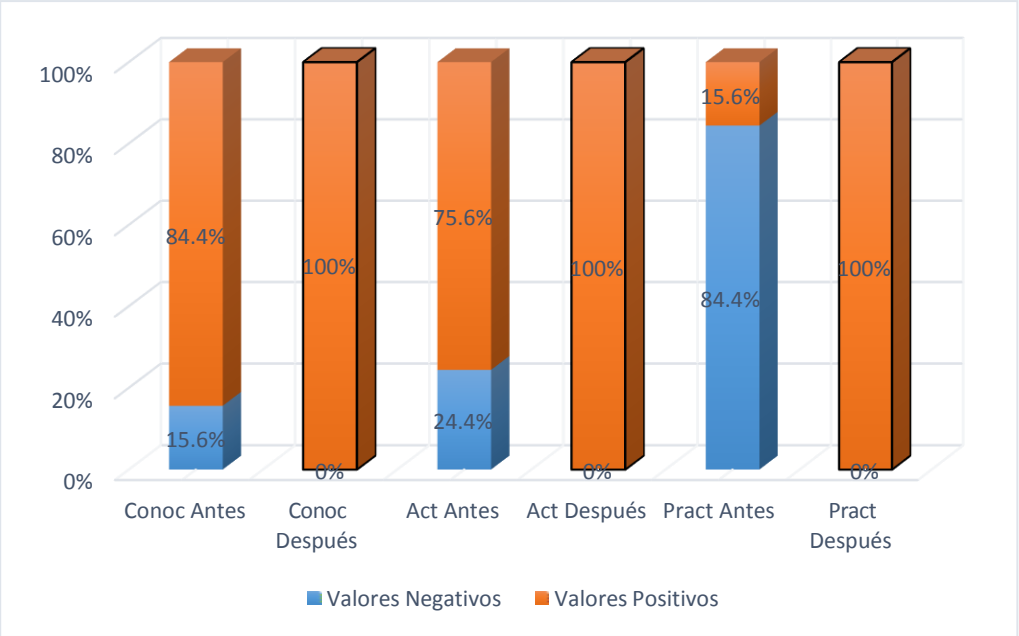
Del 100% (45) de padres de familia, el 93.3% (42) eran mujeres de las cuales el 80.0% (36) eran las mamás del niño, 51.1% (23) tenían entre 30 a 59 años y 44.4% (20) de 18 a 29 años. Además, 88.9% (40) tenía un nivel de educación secundaria, 91.1% (41) eran amas de casa, 71.1% (32) tenían sólo un hijo, 97.8% (44) hablaban castellano y 53.3% (24) tenían procedencia familiar de la costa y 46.7% (21) de la sierra. (Ver Tabla 1)

Respecto a las características de los niños de los padres anteriormente mencionados, 26.7% (12) tenían entre 12 a 23 meses, 24.4% (11) entre 9 a 11 meses y 20% (12) entre 6 a 8 meses y 2 a 5 años. También, 71.0% (32) eran de sexo femenino, 86.7% (39) no tenían anemia y el 13.3% (6) se desconocía si padecían de anemia. (Ver Tabla 2)

3.1.2. Datos específicos

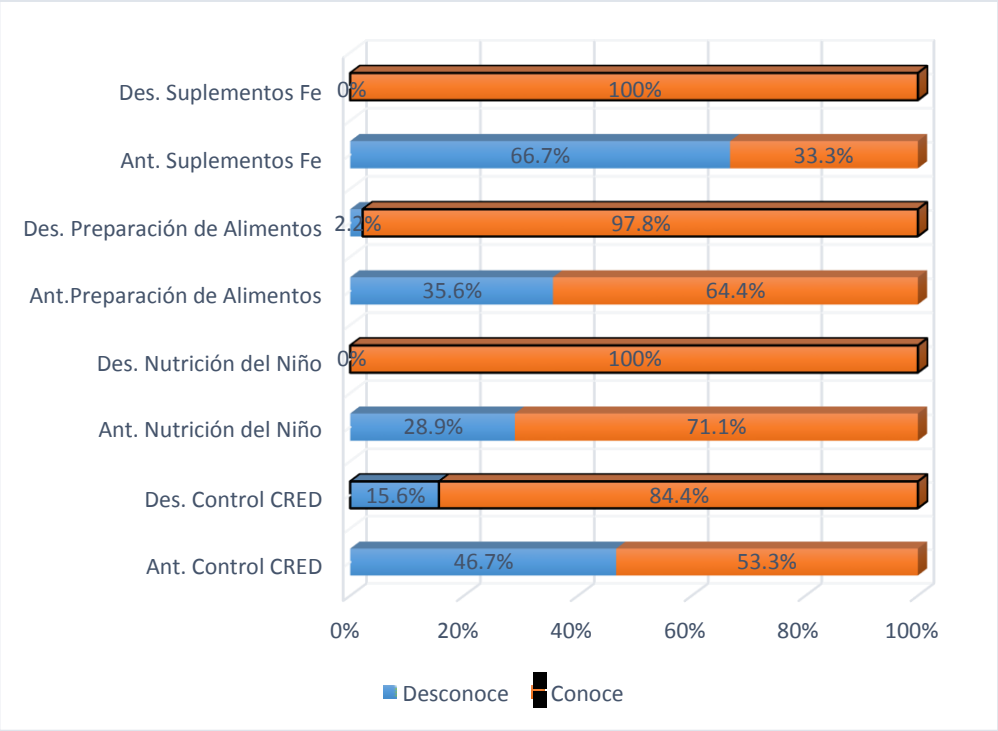
La eficacia del programa educativo fue evaluada a través de la prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon, identificándose un p= 0,000 de significancia estadística al 95% de nivel de confianza cuando se comparó las diferencias entre las medias de las muestras pareadas de cada variable dependiente. (Ver Anexo O)

Gráfico 1 Eficacia del Programa Educativo de interculturalidad en los conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de anemia infantil de los padres, Lima, 2019.



En cuanto a la eficacia del programa educativo, se evidencia cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas en el antes y después dada la influencia de la intervención educativa, donde un 15.6% (7) más de los padres ahora conoce sobre la prevención de anemia infantil, un 24.4%(11) más de éstos adoptaron actitudes favorables y un 84.4%(38) más de ellos adoptaron prácticas correctas de prevención de anemia infantil.

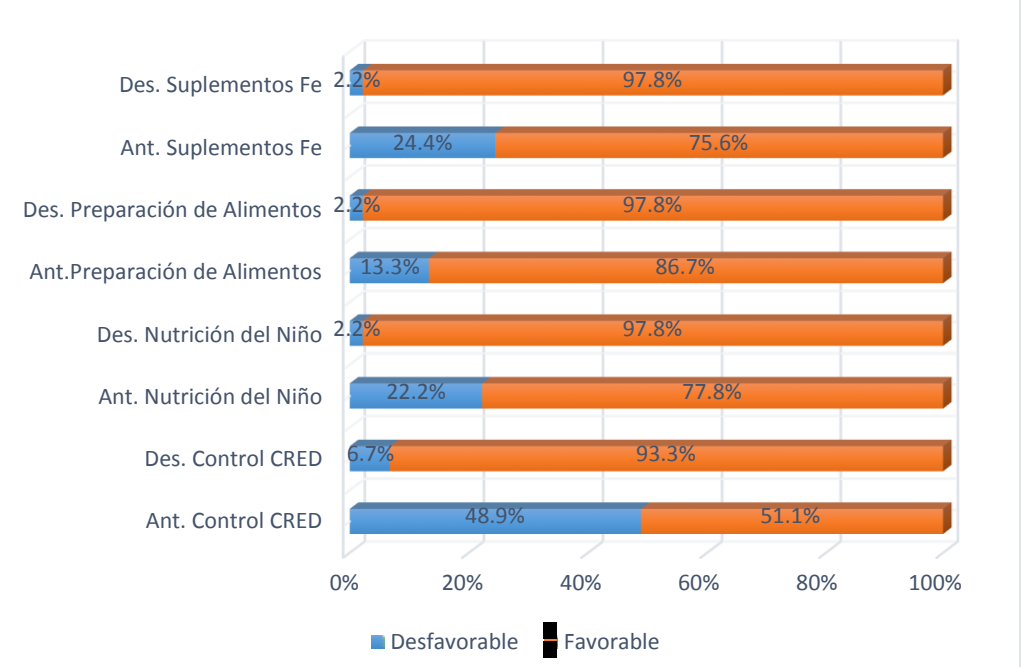
Gráfico 2 Conocimientos sobre la prevención de anemia infantil de los padres antes y después del programa educativo de interculturalidad, Lima, 2019.



En cuanto a los conocimientos sobre prevención de anemia infantil antes del programa educativo, 71.1%(32) de los padres conocen sobre la nutrición del niño (a) menor de 5 años, 64.4%(29) acerca de la preparación de alimentos y 53.3%(24) respecto al control de crecimiento del niño sano. Sin embargo, 66.7%(33) de éstos desconoce sobre los suplementos de hierro.

Después del programa educativo, 100%(45) de padres conocen sobre la nutrición del niño (a) menor de 5 años y los suplementos de hierro, 97.8%(44) conocen sobre la preparación de alimentos y 84.4%(38) respecto al control de crecimiento del niño sano.

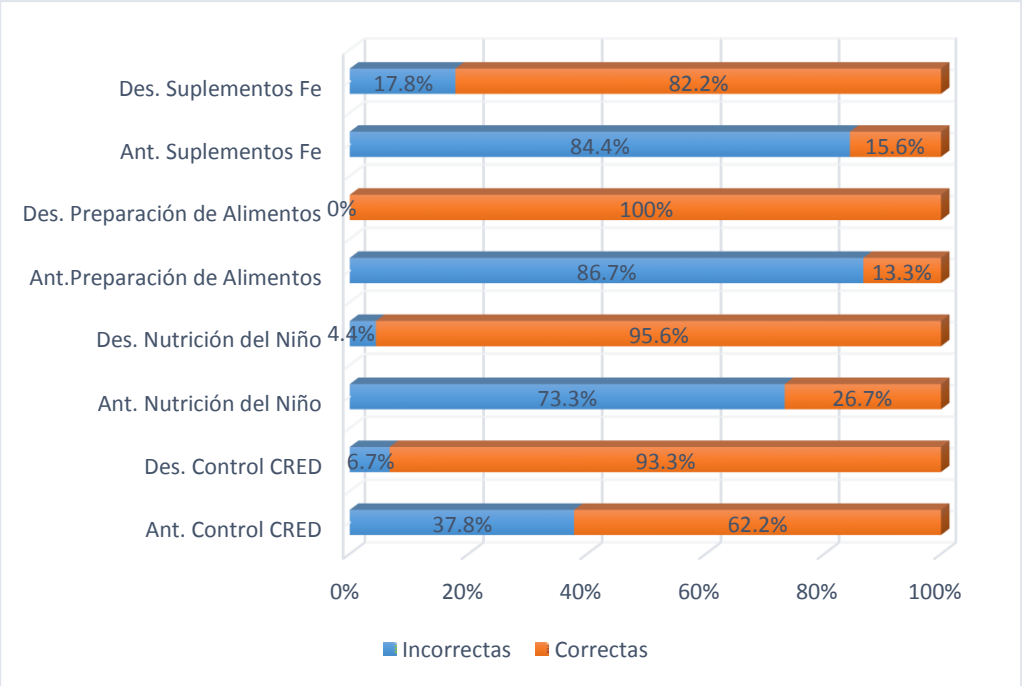
Gráfico 3 Actitudes sobre la prevención de anemia infantil de los padres antes y después del programa educativo de interculturalidad, Lima, 2019.



Acerca de las actitudes de prevención de anemia infantil antes del programa educativo, 86.7%(39) de padres tiene actitudes favorables sobre la preparación de alimentos, 77.8%(35) respecto a la nutrición del niño (a) menor de 5 años, 75.6%(34) sobre los suplementos de hierro y sólo el 51.1%(23) en cuanto al control de crecimiento del niño sano.

En cuanto a las actitudes de prevención después de la intervención, 97.8%(44) de padres tienen actitudes favorables respecto a la nutrición del niño (a) menor de 5 años, la preparación de alimentos y los suplementos de hierro, de la igual manera el 93.3%(42) de los padres respecto al control de crecimiento del niño sano.

Gráfico 4 Prácticas sobre la prevención de anemia infantil de los padres antes y después del programa educativo de interculturalidad, Lima, 2019.



En relación a las prácticas de prevención de anemia infantil antes del programa educativo, 86.7%(39) de padres tienen prácticas incorrectas sobre la preparación de alimentos, 83.4%(38) acerca de los suplementos de hierro, 73.3%(33) respecto a la nutrición del niño (a) menor de 5 años. Sin embargo, sólo el 62.2%(28) sostienen tener practicas correctas acerca del control de crecimiento del niño sano.

Acerca de las prácticas después del programa, 100%(45) de padres tienen practicas correctas sobre la preparación de alimentos, 95.6%(43) respecto a la nutrición del niño (a) menor de 5 años, 93.3%(42) sobre el control de crecimiento del niño sano y 82.2%(37) en cuanto a los suplementos de hierro.

3.2. Discusión

La anemia es un problema de salud de gran envergadura pues no solo afecta a casi el 44% de niños peruanos si no que sigue ocasionando grandes estragos tanto en su crecimiento como en su desarrollo. Lo peor del caso es que el gobierno peruano ha estado realizando sinnúmero de intervenciones para combatirla durante esta última década; sin embargo, no han tenido el impacto deseado sobre todo en las zonas más afectadas los cuales en su mayoría se deben a ciertos factores culturales de los padres de familia. (2,3,4)

Precisamente, nuestro país necesita de intervenciones con enfoque de interculturalidad que fomenten el diálogo y el respeto por lo nuestro, ya que en nuestro país coexisten e interactúan a diario personas de diferentes grupos étnicos, especialmente en Lima que acoge a personas que migran de diversas partes del país, cada quien trayendo consigo un bagaje cultural que la antecede, conocimientos y prácticas de cuidados transmitidos por su madre, padre o familiar, es decir, cuidados culturales aprendidos de generación en generación. (6,15,96)

Considerando que los cuidados son la razón de ser de la enfermera, profesional que tiene la misión de brindar cuidados de calidad, de acuerdo a las necesidades de la población y con pertinencia cultural. Es quién está capacitada y encargada de la atención del control del crecimiento y desarrollo del niño sano (CRED), lugar en el cual acuden los niños con anemia y sus padres. (5,6,7)

Cabe señalar que la educación de los padres en un tema como este debe ser prioritariamente intervenida puesto que es uno de los principales factores que favorecen la prevalencia de anemia infantil. No sólo ello,

sino también sus actitudes y prácticas en el consumo de suplementos y de alimentos ricos en hierro, las combinaciones en sus preparaciones y los cuidados en la higiene, son temas desarrollados en éste programa educativo titulado “anemia cero en mi familia”. [3,26]

Al respecto, se identificó que la intervención educativa fue efectiva porque al realizar el análisis inferencial con la prueba de rangos Wilcoxon [111] se obtuvo una alta significancia estadística (p= 0.000; IC = 95%) en el incremento de conocimientos, adquisición de actitudes favorables y adopción de prácticas correctas para prevenir la anemia en los niños, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador.

Algo similar sucedió con la revisión de la bibliografía realizada por Carvalho y sus compañeros, quienes demostraron que las intervenciones educativas favorecen grandemente la concientización de las personas capacitadas, minimizando los factores que incrementan su morbilidad, [28] resultados que se obtuvieron también en el presente estudio.

Además, el programa fue eficaz por la aplicación de la metodología animación, reflexión, demostración y evaluación, conocida por sus siglas ARDE, esta metodología educativa de acción participación que demostró también excelentes resultados al ser utilizado en otro programa educativo para la capacitación de adultos ancashinos.[10]

Esta metodología se adapta muy bien a las necesidades y prioridades de aprendizaje en los adultos, la cual fue reforzada también al utilizarse algunas técnicas didácticas, demostrativas y participativas sugeridos por

el MINSA, [105] los cuales sirvieron de guía para la elaboración de las sesiones y material educativo.

Acerca de los conocimientos antes de la intervención, la mayoría refirió conocer sobre la nutrición de su niño, la preparación de alimentos y un poco más de la mitad de ellos registró conocer respecto a la importancia del control de crecimiento del niño sano; no obstante, la mayoría señaló desconocer sobre los suplementos de hierro.

De igual manera, Solano señala que el desconocimiento sobre la suplementación puede influir en su adherencia, pues encontró desconocimiento sobre las contraindicaciones y efectos secundarios de éstos en un grupo significativo de madres. [32] Inclusive, el desconocer sobre los tratamientos y las consecuencias de la anemia, son indicadores negativos para prevenirla. [18]

Cabe señalar que, al finalizar el estudio, se encontró un incremento realmente significativo en los conocimientos respecto a los suplementos de hierro, a diferencia de los encontrados sobre la preparación de alimentos y el control CRED. Definitivamente, el incremento de conocimientos en casi la totalidad de las participantes, quienes en su mayoría eran las madres del niño, hace suponer una gran mejoría en las prácticas de éstas, según la experiencia de Rodríguez en su programa educativo. [27]

Algo semejante sucede con las actitudes antes y después del programa educativo, donde la mayoría inicialmente tenía actitudes favorables inclusive con respecto a los suplementos de hierro y solamente un porcentaje mayor a la mitad de ellos consideró al control del niño como un cuidado que favorece la menor ocurrencia de anemia.

Todo esto parece confirmar que, pese a la educación brindada por la enfermera sobre estos temas durante la atención del niño, debe darse un mayor énfasis respecto a la administración de suplementos de hierro puesto que los conocimientos y actitudes acerca de su adherencia se ven influenciadas justamente por factores culturales como lo señala un estudio de impacto acerca de los multimicronutrientes en el Perú. [3,4]

Luego de la intervención, la perspectiva cambió en la gran mayoría pues se identificó una fuerte adopción de actitudes favorables inclusive respecto al control de niño sano. Indiscutiblemente, las intervenciones educativas modifican positivamente las actitudes de sus participantes [29], por ello es importante realizar intervenciones como está de manera continua.

Por otra parte, la gran mayoría de padres, término que incluye a la mamá, el papá y cuidador/familiar del niño, tenían prácticas incorrectas de prevención antes del programa educativo sobre todo en la preparación de los alimentos y los suplementos de hierro. Y sólo una mayoría significativa mantenía prácticas correctas acerca del control de crecimiento del niño como un medio para prevenir la anemia en ellos.

Al respecto, Cornejo identificó prácticas incorrectas de prevención de anemia ferropénica en las madres, siendo sus principales debilidades en cuanto a la consistencia, frecuencia y cantidad de alimentos de sus niños. [18] Además, Huayanay encontró un considerable desconocimiento sobre los alimentos de origen animal y la frecuencia de preparación de las menestras, aspectos que afectan la cobertura de los requerimientos nutricionales de los niños. [34]

Por su puesto, el programa educativo “anemia cero en mi familia” en sus contenidos enfatizó el respeto y el valor de lo autóctono, así como el vivir e intercambiar experiencias de cuidado que favorecieron de manera sustancial la adopción de prácticas correctas en casi la mayoría de sus participantes, incluso en toma de conciencia respecto al control de sus niños y los suplementos de hierro que deben darles.

Asimismo, la importancia del control CRED en la prevención de la anemia infantil puede haber sido influenciada también por concepciones adquiridos del entorno sociocultural vulnerando inclusive la fiabilidad de la información provista por el personal de salud, opiniones mencionadas por los padres durante las sesiones, y que paulatinamente fueron cambiadas durante el desarrollo de éstas, mostrando al finalizar cambios positivos en sus cuidados.

Otros aspectos sostenidos por los padres fueron ciertas disconformidades en cuanto a tiempos de espera y los tiempos cortos de consulta que muchas veces limitan la adquisición de conocimientos llevándolos a restarle la importancia al control periódico de sus niños. Factores que se asocian directamente con la calidad de cuidado brindado por la enfermera que deberían ser tomados en cuenta en futuros estudios.

En síntesis, la interculturalidad en las intervenciones en salud es un punto aún álgido en las intervenciones implementadas en nuestro país, que sin lugar a dudas si fuesen impulsados con mayor énfasis podrían desencadenar en resultados satisfactorios como en el de este programa educativo; sin embargo, todavía se evidencia una clara necesidad de capacitación en personal sanitario que sea tolerante y respete las cuestiones culturales.

CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- El programa educativo de interculturalidad es estadísticamente eficaz ($p= 0.000$, $p < 0.05$) en el incremento de conocimientos, adopción de actitudes favorables y prácticas correctas de prevención de anemia infantil en los padres de un Centro de Salud, aceptando la hipótesis del investigador.

- Antes de aplicar el programa educativo de interculturalidad, la mayoría de padres conocen respecto la nutrición del niño, la preparación de alimentos y el control CRED, así como desconocen acerca de los suplementos de hierro. No obstante, después de participar del programa, la totalidad los padres conoce sobre la nutrición del niño y los suplementos de hierro, igualmente una gran mayoría de ellos conoce tanto de la preparación de los alimentos como del control CRED.

- Al inicio, la mayoría tenía actitudes favorables en algunos aspectos de la prevención de anemia infantil con excepción del control de CRED dónde sólo se identificó en un poco más de la mitad de ellos. Luego del programa educativo, casi todos los padres sostuvieron tener actitudes favorables respecto a la nutrición del niño, la preparación de los alimentos y los suplementos de hierro, así como una gran mayoría de éstos respecto al control CRED.

- Inicialmente, la gran mayoría de padres tenía prácticas incorrectas de prevención de anemia infantil sobre todo en la

preparación de los alimentos y los suplementos de hierro; en contraste, a una mayoría significativa que tiene prácticas correctas sobre el control de CRED. Al final del programa, la totalidad de padres adoptó prácticas correctas en la preparación de alimentos, y una gran mayoría respecto a la nutrición del niño, el control de CRED y los suplementos de hierro.

4.2. Recomendaciones

- Incentivar a la enfermera a trabajar y capacitarse más en temas de interculturalidad afín de realizar intervenciones con mayor efectividad.

- Realizar estudios similares en poblaciones rurales y así como cualitativos para conocer más a fondo sobre las diferencias en la calidad de los cuidados culturales abastecidos por el personal de enfermería.

- Desarrollar programas educativos similares de manera multidisciplinaria, afín de enriquecer la experiencia de los usuarios.

- Continuar realizando este programa educativo en el Centro de Salud con la finalidad de obtener una mayor cobertura en las brechas de anemia infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Programa de las naciones unidas para el desarrollo. Objetivos de desarrollo sostenible. [En linea].; 2015 [citado el 31 Enero 2019]. Disponible en: https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html.
2. Ministerio de Salud del Perú. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención [Guía Técnica]. Lima; 2016 [citado 15 Octubre 2018. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3932.pdf.
3. Colegio Médico del Perú , Consejo Regional III. La Anemia en el Perú. Primera ed. Lima; 2018.
4. Munayco C, Ulloa-Rea M, Medina-Osis J, Lozano-Revollar C, Tejada V, Castro-Salazar C, et al. Evaluación del impacto de los multimicronutrientes en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2013; XXX(2).
5. Congreso de la república. Congreso de la republica del Perú. [En línea].; 2002. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/downloads/c_enfermeras/ley_de_trabajo_del_enfermero.pdf.
6. Marriner Tomey A, Alligood MR. Modelos y Teorías en Enfermería. Sexta ed. Madrid: S.A. Elsevier España; 2007.
7. Ministerio de Salud del Perú. Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño [Manual de Procedimientos]. Lima; 2016 [citado 27 Julio 2018. Disponible en:

http://datos.minsa.gob.pe/dataset/control-de-crecimiento-y-desarrollo-de-ninos-menores-de-5-anos/resource/52ea77a3-78ac-4df2.

8. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Plan Multisectorial de Lucha Contra la Anemia [Documento Técnico]. Lima: MIDIS; 2018 [citado 15 Noviembre 2018. Disponible en: http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/plan-multisectorial-de-lucha-contra-la-anemia-v3.pdf.
9. Ministerio de Educaión del Perú. Currículo Nacional de la Educación Básica [Documento].; 2016. Disponible en: http://www.minedu.gob.pe/curriculo/pdf/curriculo-nacional-2016-2.pdf.
10. ADRA Perú. Implementación de la metodología de capacitación para adultos ARDE asistenciales AApedyr, editor. Ancash; 2008.
11. Carrizo LR. Anemia ferropénica en lactantes santiago del Estero: Editorial Académica Española; 2013.
12. World Health Organization. The global prevalence of anaemia in 2011 Geneva; 2015.
13. Instituto Nacional de Salud. Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales 2013-2018 [Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Resultados Preliminares al 50% de la muestra)]. Lima; 2018 [citado 9 Agosto 2018. Disponible en: http://proyectos.inei.gob.pe/endes/ppr.asp.
14. Falen J. Anemia: solo en Lima, cerca de 170 mil niños viven con este mal. El Comercio. 2019 Febrero.
15. Wikipedia. Composición étnica del Perú. Lima; 2018 [citado 22 Marzo 2018. Disponible en:

https://es.wikipedia.org/wiki/Composici%C3%B3n_%C3%A9tnica_del_Per%C3%BA.

16. VIH Vida y Salud. Modelos y Teorias en Enfermeria. [Internet].; 2018 [citado 11 Abril 2018]. Disponible en: http://teoriasalud.blogspot.com/p/madeleine-leininger.html.
17. Fundamentos UNS. El Cuidado. [Internet].; 2012 [citado el 11 de abril del 2018]. Disponible en: http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/madeleine-leininger.html.
18. Cornejo P. Conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses de un Centro de Salud Lima 2015. 2016. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería.
19. Antialón AC. Prácticas en la alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses de edad en dos establecimientos de salud del distrito de Villa María del Triunfo-2015. 2016. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.
20. Ministerio de Salud del Perú. Consejeria Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil [Documento Técnico]. Lima; 2015 [citado 10 Marzo 2018. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/directivas/002DT_Consejeria.pdf.
21. Huamán-Espino L, Aparco JP, Nuñez-Robles E, Gonzáles E, Pillaca J, Mayta-Tristán P. Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas® y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2012 Jul-Set; 29(3).

22. Real Academia Española. Eficacia. Vigésimotercera ed. Madrid: Asociación de Academia de la Lengua Española; 2014.
23. Ministerio de Salud del Perú. Manejo Terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [Norma Técnica]. Lima; 2017. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf.
24. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. [Online].; 2009, 2011, 2013 - 2018. [citado 11 Marzo 2019. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html.
25. León J. INEI: Anemia en Lima Metropolitana sube 8%. La República. 2018 Agosto.
26. Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutricion crónica infantil en el Perú: 2017-2021 [Documento Técnico]. Lima: Ministerio de Salud; 2018. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf.
27. Rodríguez MJ, Jaramillo JP. Efectividad de un programa educativo en mujeres adolescentes con gingivitis. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2017; 21(7).
28. Carvalho AC, Barreto LS, de Souza-Machado C, Souza-Machado A. The Impacts of Educational Asthma Interventions in Schools: A Systematic Review of the Literature. Canadian Respiratory Journal. 2016 agosto; 2016(1.13).

29. Lorenzo T, Milán-Calenti JC, Lorenzo-López L, Maseda A. Efectos Del Programa Educativo Gero-Health Sobre El Nivel De Interiorización De Conocimientos De Prevención Y Promoción De La Salud En Personas Mayores. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2013 Junio; 31(2).
30. Escalona M, Varón M, Evies A, Sanmiguel F, Vargas Y, Guerra A. Efectos de un programa educativo en los conocimientos, creencias y práctica sobre lactancia materna. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2012 Abril; 16(1).
31. Pérez-Tejero J, Ocete C, Ortega-Vila G, Coterón J. Diseño y aplicación de un programa de intervención de práctica deportiva inclusiva y su efecto sobre la actitud hacia la discapacidad: El Campus Inclusivo de Baloncesto. Revista Internacional de Ciencias del Deporte. 2012 Mayo - Julio; VIII(29).
32. Solano LK. Conocimientos y prácticas que tienen las madres sobre los multimicronutrientes que reciben sus niños en un centro de salud, 2016. 2017. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.
33. Rojas AJ. Eficacia de un Programa Educativo en la calidad técnica de las anotaciones de enfermería en un servicio demedicina interna de un hospital nacional. Lima -Perú. 2014. 2015. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.
34. Huayaney DM. Conocimiento de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en la estrategia de

CRED en el Centro de Salud de Chasquitambo – 2013. 2014. Tesis para optar el Título Profesional en Enfermería.

35. Manrique JM. Efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en los cuidadores de niños de 12-36 meses que asisten al Programa "Sala de Educación Temprana" Lima - Cercado, 2011. 2012. Tesis para optar eltítulo Profesional de Licenciada en Enfermería.
36. Chafloque G. Relación entre las prácticas alimentarias que implementan las madres y la persistencia de anemia en lactantes en el C.S Conde de la Vega Baja 2010. 2011. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.
37. Cespedes M. Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Materno Infantil tablada de Lurin 2010. 2011. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.
38. Radio Programa del Perú. ONU: “El 50% de las causas de anemia en el Perú son por déficit de hierro”. LIma; 2018 [citado 26 Diciembre 2018. Disponible en: https://vital.rpp.pe/salud/onu-el-50-de-las-causas-de-anemia-en-el-peru-son-por-deficit-de-hierro-noticia-1166352.
39. Nutriwawa. Situación de desnutrición y anemia en el Perú.; 2014 [citado 26 Abril 2016. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/Nutriwawa/situacion.

40. Longon D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson L. Harrison Principios de Medicina Interna. Décimo novena ed.: Mc Graw Hill; 2017.

41. Radio Programa del Perú. Radio Programa del Perú Noticias. [Online].; 2017 [cited 26 Diciembre 2018. Disponible en: https://rpp.pe/campanas/contenido-patrocinado/por-que-se-produce-la-anemia-en-las-ninas-y-ninos-podemos-evitarla-noticia-1095121.

42. Zavaleta N, Astete-Robilliard. Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2017 Diciembre; 34(4).

43. Wikipedia. Prevención de enfermedades [La enciclopedia libre].; 2016 [cited 27 Julio 2018. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Prevenci%C3%B3n_de_enfermedades.

44. Babylon software. Definición de Cuidado preventivo [Diccionario Online].; 2018 [citado 27 Julio 2018. Disponible en: https://diccionario.babylon-software.com/cuidado_preventivo/.

45. San Diegans for Healthcare Coverage. Cuidado preventivo y de detección [A coalition for health].; 2019 [citado 11 Enero 2019. Disponible en: http://sdhcc.org/blog/landing-page-for-spanish-section-of-site-2/preventive-coverage-cuidado-preventivo-y-de-deteccion/.

46. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años [Norma Técnica de salud]. Lima; 2017 [citado 21 Agosto 2018. Disponible en:

http://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/dais/ppan/normast/CRED.pdf.

47. Ministerio de Salud del Perú. Modifican la Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Diario Oficial del Bicentenario El Peruano, Normas Legales. 2018 Julio 10: p. 17-18.
48. Ministerio de Salud del Perú. Modifican la Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco Años. Diario Oficial del Bicentenario El Peruano, Normas Legales. 2018 Julio 10: p. 18-19.
49. Ministerio de Salud del Perú. Curso clínico de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia con enfoque de derechos [Manual de lectura]. Lima; 2017 [citado 21 Mayo 2018. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1818.pdf.
50. Gonzales , Huamán-Espino , Gutiérrez C, Aparco , Pillaca. Caracterización de la anemia en niños menores de cinco años de zonas urbanas de Huancavelica y Ucayali en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2015 Julio; XXII(3).
51. El Comercio. MINSA: En el Perú, el 40% de niños entre los 2 y 5 años de edad tiene parásitos. Lima; 2018 [citado 16 Noviembre 2018. Disponible en: https://elcomercio.pe/peru/minsa-peru-40-ninos-2-5-anos-edad-parasitos-noticia-562192.
52. Laboratorio Clinico Universidad de Costa Rica. Laboratorio Clinico Universidad de Costa Rica. [En línea].; 2019 [citado

15 Febrero 2019. Disponible en: http://www.lcucr.com/servicios/indicaciones-medicas/248-examen-coproparasitologico-examen-de-heces-por-parasitos.

53. Clínica Universidad de los Andes. Instrucciones para la toma de muestra de test de Graham [Documento Técnico].; 2019 [citado 12 Enero 2019. Disponible en: http://www.clinicauandes.cl/docs/default-source/paciente-hospitalizado---d-tapia/test-de-graham.pdf?sfvrsn=2.
54. Instituto Nacional de Salud. Manual de Procedimientos de Laboratorio para el diagnóstico de malaria. Serie de Normas Técnicas. Lima: Instituto Nacional de Salud, Lima; 2003.
55. Asociación Española de Pediatría. Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. Segunda ed. Madrid: Ergón S.A.; 2019.
56. Barrios González E, García Mérida J, Murray Hurtado M, Ruiz Pons M, Santana Vega C, Suárez Hernández E. Guía Pediatrica de la alimentación. Primera ed. Salud DgdSPdsCdl, editor.: Sociedades Canarias de Pediatría; 2011.
57. Gómez Fernández-Vegue. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre la Alimentación Complementaria España; 2018.
58. Perdomo M, De Miguel F. Alimentación complementaria en el Lactante. Pediatría Integral. 2015; XIX.
59. Ministerio de Salud del Perú. Rotafolio Alimentación Complementaria [Rotafolio]. Lima: Nutriwawa; 2015. Disponible en:

https://issuu.com/juanmontoyarodriguez/docs/9.-rotafolio_alimentacion_complemen.

60. Hernández MT. Alimentación Complementaria Madrid: Exilibris Ediciones; 2006.
61. Organización Panamericana de la Salud. Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria de niños no amamantado entre los 6 y los 24 meses de edad Washington DC: OPS/OMS; 2007.
62. Zubeldia JM, Baeza ML, Jáuregui I, Senent C. Libro de las enfermedades alérgicas de la fundación BBVA. Primera ed. Robles Gardeazabal JJ, editor. Bilbao: Nerea SA; 2012.
63. Fundación Eroski. Eroski consumer. [En línea]. Madrid: Fundación Eroski; 2018 [citado 11 Enero 2019. Disponible en: http://trabajoyalimentacion.consumer.es/lactante/lectura-recomendada.
64. García JA. Las Dudas sobre la alimentación.; 2018 [citado 27 Diciembre 2018. Disponible en: http://himfg.com.mx/descargas/documentos/Lasdudassobrelaalimentacion7.pdf.
65. Somos Mamas..; 2018 [cititado 27 Diciembre 2019. Disponible en: https://www.somosmamas.com.ar/bebes/cuando-puede-mi-bebe-tomar-citricos/.
66. Laporta Y, Goñi M, Pérez A, Palomero MA, Suso B, García J. Metahemoglobinemia asociada a la ingesta de acelgas. Anales de pediatría. 2008 Agosto; 69(2): p. 103-245.
67. Ayuntamiento de PINTO. Normas básicas de manipulación y conservación de los alimentos [Centro Geográfico de la Península Ibérica]. Madrid; 2018 [citado 13 Febrero 2019.

Disponible en: http://www.ayto-pinto.es/normas-basicas-de-manipulacion-y-conservacion-de-los-alimentos.

68. Redacción Webconsultas. Conservación y preparación de los alimentos.; 2018 [citado 02 Febrero 2019. Disponible en: https://www.webconsultas.com/dieta-y-nutricion/higiene-alimentaria/medidas-higienicas-al-preparar-los-alimentos-2687.
69. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Formas de Acceso al Agua y Saneamiento Básico. Boletín. Lima: INEI, Lima; 2018.
70. Programa Nacional CunaMas. Mini recetario. Lima; 2015 [citado 15 noviembre 2018. Disponible en: https://www.cunamas.gob.pe/Downloads/uci/Recetario_para_Servicios_Alimentarios_Cuna_Mas_2015.pdf.
71. Ministerio de Salud del Perú. Promoción de Prácticas Saludables de Higiene [Cartilla informativa dirigida a docentes]. Lima; 2015. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3431.pdf.
72. Ministerio de Salud del Perú/Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Directiva Sanitaria para promocionar el Lavado de Manos Social como Práctica Saludable [Directiva Sanitaria]. Lima; 2015 [citado 30 Diciembre 2018. Disponible en: http://www.insm.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dispo/RD/2015/RD-147-2015-DGINSMHDHN.pdf.
73. Instituto de Nutrición de centro América y Panamá. Las 5 claves para amntener los alimentos seguros. Manual. Guatemala: INCAP/ OPS/ OMS; 2007. Report No.: 978-99922-880-4-7.

74. Wikipedia. [La enciclopedia libre].; 2019 [citado 11 Enero 2019. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Metahemoglobinemia.
75. Ministerio de Salud del Perú. Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil Perú MdSd, editor. Lima; 2013.
76. Gottau G. Vitónica. [Online].; 2011 [cited 31 Diciembre 2018. Disponible en: https://www.vitonica.com/minerales/factores-alimentarios-que-afectan-la-absorcion-de-hierro.
77. Ministerio de Salud del Perú. Guía de capacitación: Uso de micronutrientes y alimnetos ricos en hierro. Primera ed. MINSA , editor. Lima; 2016.
78. Océano. El manual Merck. Décimonovena ed.: Médica Panamericana; 2014.
79. Sprinkles Global Health Inititiative. Directrices sobre las recomendaciones de uso y un programa de seguimiento y evaluación PAHO , editor.; 2010.
80. Real Academia de la Lengua Española. Conocimiento. Vigésimotercera ed. Madrid: Asociación de Academia de la Lengua Española; 2014.
81. Conceptodefinicion.de. Definición de Conocimiento.; 2018 [citado 11 Enero 2019. Disponible en: https://conceptodefinicion.de/conocimiento/.
82. Bunge M. Concepciones de Bertrand Russell sobre el conocimiento Humano, Mario Bunge. Revista de Filosofía Ciencia y Sociedad. 1988; I(1): p. 95-104.
83. Monografias Plus. Conocimiento Cultural.; 2017 [citado 30 Diciembre 2018. Available from:

https://www.monografias.com/docs/Conocimiento-Cultural-P3WU3JVFC8U2Z.

84. Lovera DF. Aplicación del modelo de gestión del conocimiento intelect a las actividades de investigacion del IIGEOUNMSM. Instituto De Investigación De La Facultad De Ingeniería Geológica, Minera, Metalurgica Y Geográfica. 2012 Enero; IX(17): p. 129-134.
85. Real Academia Española. Actitud. Vigésimotercera ed. Madrid: Asociación de Academias de la Lengua Española; 2014.
86. Pérez J, Gardey A. Definicion.de. [En línea].; 2008 [citado 30 Diciembre 2018. Disponible en: https://definicion.de/actitud/.
87. Allport G. Attitudes. In Murchison , editor. Handbook of social psycology.; 1935.
88. Ubillos S, Mayordomo S, Páez D. definición y medición. Componentes de la actitud. Modelo de acción razonada y acción planificada. In Ubillos S, Mayordomo S, Páez D. Psicología social, cultura y educación.; 2005. p. 301-326.
89. Severely L. Procedures and issues in the measurement, and evaluation, educational testing service. Princeton: National Institute of Education, US department of Health, Education and Welfase; 1974.
90. Summers G. Medición de actitudes México: Trillas; 1976.
91. Real Academia Española. Práctica. vigesimotercera ed. Madrid: Asociación de Academias de la Lengua Española; 2016.
92. Pérez J, Gardey A. Definicion.de. [En línea].; 2010 [citado 30 Diciembre 2018. Disponible en: https://definicion.de/practica/.

93. Álvaro MP, Carrero A, Morlans MJ, Fernández MP. Prácticas de salud tradicionales y populares. 551-564 Híades. Revista de Historia de la Enfermería. 2008;(10).

94. Bourdieu P. El sentido práctico. primera ed. Minuit , editor. Buenos Aires: siglo veintiuno; 2007.

95. Valenzuela-Oré F, Romaní-Romaní F, Monteza-Facho B, Fuentes-Delgado D, Vilchez-Buitron E, Salaverry-García O. Prácticas culturales vinculadas al cuidado de la salud y percepción sobre la atención en establecimientos de salud en residentes de centros poblados alto-andinos de Huancavelica, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2018; XXV(1).

96. Eyzaguirre B. , Cueva M. , Quispe V. , Sánchez N. Indígenas en Aislamiento y Contacto Inicial [Norma y Guías Técnicas en Salud]. Lima; 2008 [cited 2019 Mayo. Disponible en: https://repositorio.ins.gob.pe/xmlui/bitstream/handle/INS/550/Normas%20y%20gu%c3%adas%20t%c3%a9cnicas.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

97. Ministerio de Cultura del Perú. La transvesalización del Enfoque Intercultural [Politica Nacional]. Lima; 2015 [citado Marzo 2019. Disponible en: http://poblacionafroperuana.cultura.pe/sites/default/files/politica_nacional_de_transversalizacion_del_enfoque_intercultural.pdf.

98. Diario El Peruano. Aprueban la Política Sectorial de Salud. El Peruano. 2016 Abril: p. 33-48.

99. Ministerio de Cultura del Perú. Conocimientos Tradicionales de los Pueblos Indígenas en el Perú [Propuesta de Estrategia]. Lima; 2018 [ctado 2019 Mayo. Disponible en:

http://www.cultura.gob.pe/sites/default/files/content_type_archivos/archivosPDF/2018/06/propuesta_de_estrategia_de_conocimientos_tradicionales.pdf.

100. Universidad Internacional de Valencia. Educación para la salud. Valencia; 2018 [citado 22 Noviembre 2018 [Campus Virtual]. Disponible en: https://www.universidadviu.com/educacion-para-la-salud-definicion-y-metodos-fundamentales/.
101. Pérez J, Merino M. Definicion.de. [En línea].; 2015 [cited 12 Noviembre 2018. Disponible en: https://definicion.de/programa-educativo/.
102. Antón LF. Teoría del aprendizaje en educación superior. [Online].; 2011 [citado 14 Enero 2019. Disponible en: https://coscomantauni.files.wordpress.com/2011/09/teorias-del-aprendizaje.pdf.
103. Rojas JV. Paradigmas educativos. [En línea].; 2011 [citado 14 Marzo 2018. Disponible en: http://paradigmaseducativosuft.blogspot.com/2011/05/teoria-del-aprendizaje-significativo-de.html.
104. Solana F. Educación Visiones y revisiones. Segunda ed. s.a. SXe, editor. México D.F: Fondo Mexicano para la educación y el Desarrollo; 2006.
105. Ministerio de Salud. Metodología de Educación de Adultos en Saneamiento Aprisabac , editor. Perú; 1998.
106. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Sexta ed. México D.F.: Mc Graw Hill Educaton; 2014.
107. Reidl-Martínez L. Confiabilidad en la medición. Investigación en Educación Médica, Redalyc. 2013; II(6): p. 107-111.

108. Prieto G, Delgado A. Fiabilidad y validez. Papeles del psicólogo. 2010; XXI(1): p. 67-74.
109. Romero M. Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. Revista Enfermería del Trabajo. 2016; VI(3): p. 105-114.
110. Pedrosa I, Juarros-Basterretxea J, Robles-Fernández A, Basteiro J, Gracía-Cueto E. Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas, ¿qué estadístico utilizar? Javeriana. 2015; XIV(1).
111. Sánchez R. t-Student. Usos y abusos. Revista mexicana de cardiología. 2015; XXVI(1): p. 59 - 61.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO Pág.

A. Operacionalización de la Variable Conocimientos sobre la Prevención Anemia Infantil I

B. Operacionalización de la Variable Actitudes sobre la Prevención de Anemia Infantil II

C. Operacionalización de la Variable Prácticas sobre la Prevención de Anemia Infantil III

D. Instrumento N° 1 Cuestionario de Conocimientos de los Padres sobre la Prevención de Anemia Infantil IV

E. Instrumento N° 2 Actitudes de los Padres sobre la Prevención de Anemia Infantil VI

F. Instrumento N°3 Prácticas de los Padres sobre la Prevención de Anemia Infantil VII

G. Consentimiento Informado X

H. Validez de los Instrumentos: Prueba Binomial XI

I. Confiabilidad de los instrumentos XII

J. Fórmula Estadística: Tamaño de Muestra XIII

K. Libro de Códigos XIV

L. Matriz de Datos Conocimientos XVIII

M. Matriz de Datos Actitudes XIX

N. Matriz de Datos Prácticas XX

O. Prueba de Hipótesis.....XXI

P. Programa Educativo de Interculturalidad “Anemia Cero en Mi Familia” XXII

Q. Fotos Del Desarrollo Del Programa Educativo Anemia Cero En Mi Familia LVIII

A. Operacionalización de la Variable Conocimientos sobre la Prevención Anemia Infantil

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Conocimientos sobre la prevención de anemia infantil	Información que tienen los padres sobre las medidas necesarias para evitar la disminución de hemoglobina en el niño tales como el control CRED, la nutrición del niño, la preparación de alimentos y los suplementos con Hierro.	El control de crecimiento y desarrollo del Niño	Generalidades	Importancia	Conoce Desconoce	Información que refieren poseer los padres o cuidadores de niños menores de 5 años que acuden al C.S Laura Caller sobre los cuidados preventivos de la anemia infantil, los cuales serán medidos con un cuestionario que contiene 16 items, el cual será aplicado antes y después de la participación al programa educativo y tendrán como valores finales conoce y desconoce.
			Detección de enfermedades	Identificación de anemia		
				Enfermedades que causan anemia		
		Nutrición del niño(a) menor de 5 años	Lactancia materna	Importancia		
			Alimentación complementaria	Consistencia según edad		
				Alimentos permitidos según edad		
		Preparación de alimentos para el niño	Higiene y seguridad de alimentos	Agua y alimentos seguros		
				Lavado de manos (momentos –técnica)		
				Temperaturas seguras		
			Alimentos ricos en hierro del Perú	Clasificación		
				Absorción del Hierro		
		Suplementos con hierro	Hierro en Gotas	Cantidad de gotas		
				Forma de administración		
			Los multimicronutrientes	Consistencia de la comida		
				Forma de administración		
				Efectos secundarios		

B. Operacionalización de la Variable Actitudes sobre la Prevención de Anemia Infantil

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Actitud sobre la prevención de anemia infantil	Estado de ánimo, disposición o predisposición que tienen los padres sobre las medidas necesarias para evitar la disminución de hemoglobina en el niño tales como el control CRED, la nutrición del niño, la preparación de alimentos y los suplementos con Hierro.	El control de crecimiento y desarrollo del Niño	Generalidades	Importancia	Favorable Desfavorable	Predisposición que refieren poseer los padres o cuidadores de niños menores de 5 años que acuden al C.S Laura Caller sobre los cuidados preventivos de la anemia infantil, los cuales serán medidos a través de un cuestionario con escala modificada tipo likert que contiene 16 items (enunciados negativos y positivos) con 3 valoraciones (De acuerdo, indeciso, desacuerdo) el cual se aplicará antes y después de la participación al programa educativo, teniendo como valor final de la variable, actitud favorable y desfavorable.
			Detección de enfermedades	Identificación de anemia		
				Enfermedades que causan anemia		
		Nutrición del niño(a) menor de 5 años	Lactancia materna	Importancia		
			Alimentación complementaria	Consistencia según edad		
		Preparación de alimentos para el niño	Higiene y seguridad de alimentos	Lavado de manos (Momentos –Técnica)		
			Alimentos ricos en hierro del Perú	Clasificación		
				Absorción del Hierro		
		Suplementos de hierro	Hierro en Gotas	Cantidad de gotas		
				Forma de administración		
			Los multimicronutrientes	Consistencia de la comida		
				Forma de administración		
				Efectos secundarios		

C. Operacionalización de la Variable Prácticas sobre la Prevención de Anemia Infantil

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Prácticas sobre la prevención de la anemia infantil	Modo recurrente de actuar de los padres al realizar las medidas necesarias para evitar la disminución de hemoglobina en el niño tales como el control CRED, la nutrición del niño, la preparación de alimentos y los suplementos con Hierro.	El control de crecimiento y desarrollo del Niño	Generalidades	Importancia	Correctas Incorrectas	Modo recurrente de actuar que refieren realizar los padres o cuidadores de niños menores de 5 años que acuden al C.S Laura Caller sobre los cuidados preventivos de la anemia infantil, los cuales serán medidos a través de un cuestionario que contiene 11 preguntas, el cual se aplicará antes y después de la participación al programa educativo, el valor final de la variable será prácticas correctas e incorrectas.
			Detección de enfermedades	Identificación de anemia		
		Nutrición del niño(a) menor de 5 años	Lactancia materna	Importancia		
			Alimentación complementaria	Consistencia según edad		
				Alimentos permitidos según edad		
		Preparación de alimentos para el niño	Higiene y seguridad de alimentos	Lavado de manos (Momentos –Técnica)		
			Alimentos ricos en hierro del Perú	Clasificación		
				Biodisponibilidad del Fe		
		Suplementos de Hierro	Hierro en Gotas	Forma de administración		
			Los multimicronutrientes	Forma de administración		
				Efectos secundarios		

D. Instrumento N° 1 Cuestionario de Conocimientos de los Padres sobre la Prevención de Anemia Infantil

INSTRUMENTO N° 1
CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES SOBRE LA PREVENCIÓN DE ANEMIA INFANTIL

I. INTRODUCCION

Buenos días/tardes, mi nombre es Gisela Poquioma Urquía, tesista de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el presente cuestionario tiene como objetivo obtener información acerca de los conocimientos que tienen los padres sobre los cuidados preventivos de la anemia en sus niños.
Es de carácter ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL, por lo cual se le pide que responda con toda sinceridad a las preguntas que a continuación se le presentará.
Agradezco de antemano su participación.

II. INSTRUCCIONES

Se le presenta una serie de preguntas, por favor léalos atentamente y luego marque con un aspa (x) la respuesta que considere correcta.

III. DATOS GENERALES

A. DATOS DE SU HIJO(A)

1. Edad: a. 1 mes a 5 meses ( ) b.6 a 8 meses ( ) c. 9 a 11 meses ( )
   d. 1 año ( ) e. 2 a 5 años ( )
2. Sexo: a. Femenino ( ) b. Masculino ( )
3. ¿Tiene anemia?: a. Sí ( ) b. No ( ) c. No sé ( )

B. DATOS DEL PADRE O CUIDADOR

4. ¿Qué es Ud. del niño(a)?: a. Padre ( ) b. Madre ( ) c. Cuidador/Familiar ( )
5. Edad: a. 15 - 17 años ( ) b. 18 - 29 años ( )
   c. 30 - 59 años ( ) d. 60 a más ( )
6. Sexo: a. Femenino ( ) b. Masculino ( )
7. Grado de estudios: a. No Estudié ( ) b. Primaria ( ) c. Secundaria ( ) d. Superior ( )
8. N° de hijos menores de edad: a. sólo 1 ( ) b. 2 a 3 ( ) c. 4 a 5 ( )
9. Ocupación: a. Ama de Casa ( ) b. Estudiante ( )
   c. Profesional/Técnico ( ) d. Independiente ( )
10. Idioma: a. Español ( ) b. Quechua ( ) c. Ambos ( )
11. ¿De qué parte del Perú es su familia?: a. Costa ( ) b. Sierra ( ) c. Selva ( )

IV. CONTENIDO

1. Es importante llevar al niño(a) a su control para saber si:
a) Tiene varicela. b) Está sano. c) Ha crecido. d) Tiene liendres.

2. Un niño(a) está con anemia cuando tiene: (Puede marcar más de una respuesta)

	a)	Poco apetito.		b)	Muy buen peso.		c)	Hemoglobina baja.
	d)	Dolor de barriga.		d)	Poca energía.		e)	Se enferma fácilmente.

3. Una de las causas de la anemia es la presencia de:
a) Varicela. b) Garrapatas. c) Parásitos. d) Piojos.

4. La leche materna ayuda a prevenir la anemia porque contiene:
a) Hierro. b) Azúcar. c) Grasa. d) Calcio.

5. Cuando el niño empieza a comer, la consistencia de la comida debe ser:
a) Triturado. b) Aguado. c) Picado. d) Puré.

6. Los alimentos que causan alergias al consumirse antes del año de edad:
a) Leche de soja. b) Espinaca fresca.
c) Clara de huevo. d) Perejil saltado.

7. El agua para consumo humano debe estar:
a) Congelada. b) Hervida.
c) Refrigerada. d) Evaporada.

8. Antes de cocinar y preparar los alimentos se debe:
a) Lavar las manos. b) Enjuagar las verduras.
c) Encender la candela. d) Lavar las ollas.

9. Es importante cocinar bien las carnes para eliminar los(as):
a) Grasas. b) Sales.
c) Proteínas. d) Gérmenes.

10. Marque los alimentos ricos en hierro: (puede marcar más de una respuesta)

	a)	Yuyo.		c)	Bazo.		d)	Espinaca.
	b)	Arroz.		e)	Sangrecita.		f)	Arracacha.

11. El hierro de los vegetales se aprovecha mejor con ayuda de:
a) Mates. b) Vitamina C.
c) Lácteos. d) Proteínas.

12. La cantidad de hierro que debe administrarse por kilogramo de peso es:
a) 1 gota. b) 2 gotas.
c) 3 gotas. d) 4 gotas.

13. La forma correcta de administrar el hierro en gotas es:
a) Directo en la boca. b) Junto con su leche.
c) Mezclado con jugo. d) Junto a su comida.

14. Las chispitas se combina en comidas como:
a) El segundo. b) La sopa.
c) El refresco. d) La leche.

15. Marque cuantas cucharadas de comida se separa para combinar con las chispitas:
a) 1 cucharada. b) 2 cucharadas.
c) 3 cucharadas. d) Toda la comida.

16. Una molestia muy común que podría tener el niño al consumir chispitas es:
a) Picazón en el cuerpo. b) Fuertes náuseas.
c) Orina oscura. d) Leve estreñimiento.

Gracias por su participación

E. Instrumento N° 2 Actitudes de los Padres sobre la Prevención de Anemia Infantil

INSTRUMENTO N° 2

ESCALA LIKERT MODIFICADA DE ACTITUDES DE LOS PADRES SOBRE LA PREVENCIÓN DE ANEMIA INFANTIL

I. INTRODUCCION

Buenas días/tardes, mi nombre es Gisela Poquioma Urquía, tesista de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el presente instrumento tiene como objetivo conocer las actitudes de los padres sobre la prevención de la anemia en los niños.
Es de carácter ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL.
Agradezco de antemano su participación.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación, se presentan varias afirmaciones, por favor léalas bien y marque con una(x) su respuesta:

Marca las caritas si ESTOY DE ACUERDO (), ESTOY INDECISO(A) () o NO ESTOY DE ACUERDO (). Por ejemplo:

ITEMS			
1) Olvidar tomar desayuno en las mañanas es bueno para mi salud.			**x**

Ahora piense sobre los cuidados para prevenir la anemia en su niño(a) y responda:

ITEMS			
1)Considero importante el control CRED para identificar anemia en mi hijo(a).			
2) Prefiero darle a mi niño(a) leche materna porque contiene hierro.			
3) Siento miedo cuando le pinchan el dedito para saber si tiene anemia			
4) Protejo al niño(a) de la anemia dándole una gota de hierro diariamente.			
5) Es adecuado dejar de darle las chispitas cuando mi hijo(a) se estriñe.			
6) Aprovecho más el hierro de los alimentos cuando agrego cítricos.			
7) Procuro usar jabón para lavarme las manos.			
8) Evito darle sopa a mi niño(a) porque tiene pocos nutrientes.			
9) Es inadecuado mezclar las chispitas en jugos, sopas, leche y tés.			
10) Olvidar darle las chispitas a mi niño(a) es perjudicial.			
11) La gotita de hierro es mejor darle directamente en la boca.			
12) Me agrada darle caldito de bazo y sangrecita para evitar la anemia.			
13) Es difícil creer que los parásitos pueden causar anemia en mi hijo(a).			
14) Es beneficioso darle chispitas a los niños en comidas tibias y espesas.			
15) Me disgusta que pinchen el dedito del niño(a) para identificar anemia.			
16) Me desagrada preparar yuyo con papita a pesar de que contiene hierro.			

Gracias por su participación.

F. Instrumento N°3 Prácticas de los Padres sobre la Prevención de Anemia Infantil

INSTRUMENTO N° 3
CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS DE LOS PADRES SOBRE LA PREVENCION DE ANEMIA INFANTIL

I. INTRODUCCION

Buenas días/tardes, mi nombre es Gisela Poquioma Urquía, tesista de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el presente cuestionario tiene como objetivo de conocer sobre las prácticas que brinda para prevenir la anemia en sus niños.
Esto es de carácter ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL.
Agradezco de antemano su participación.

II. INSTRUCCIONES

Observe las imágenes que se le presentan en cada pregunta, por favor lea atentamente y luego marque con un aspa (x) la respuesta que considere correcta.

III. CONTENIDO

1. Marque la frecuencia con que lleva a su hijo(a) al control de CRED:

a) Cuando tiene cita. b) Cuando se enferma.
c) Cuando tengo tiempo. d) Cuando me acuerdo.

2. Si su niño esta pálido, con bajo peso y desganado. ¿Qué hace Ud.?:

a) Le hago tomar aceite. b) Lo llevo al doctor.
c) Le doy de comer sangrecita. d) Le paso huevo.

3. ¿Qué le da de comer a su niño(a)?

a) Sólo leche materna. b) Comida y leche materna.
c) Su comida. d) Leche materna y fórmula.

Si su niño(a) tiene más de 6 meses responda, sino pase a la pregunta 6:

4. Observe atentamente las imágenes:

I. Picada



II. Aplastada/Puré



III. De la Olla Familiar



A continuación responda:

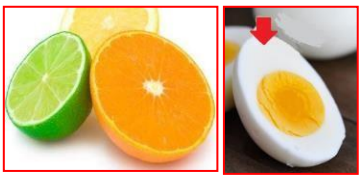
- ¿Cuál es la consistencia de la comida que le da a su niño?
  a) Aplastada. b) Picado y aplastado. c) Picado y de la olla familiar. d) Los tres.

5. Observe atentamente las imágenes:

I. Verduras de hoja verde



II. Cítricos y clara de huevo



III. Tubérculos, cereales y yema de huevo

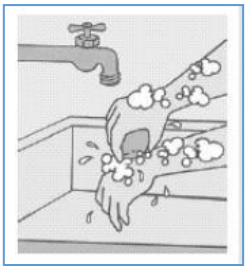


A continuación, responda:

- ¿Qué alimentos que le da al niño(a)?:
  a) sólo papita, arroz y yema. b) espinaca, mandarina y clara de huevo.
  c) papita, arroz, mandarina y todo el huevo. d) De todos.

6. Ordene del 1 al 5 como se lava Ud. las manos:

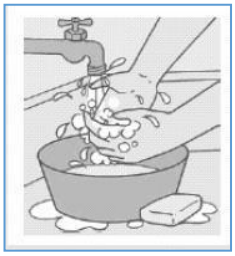
☐ a) Uso el jabón y formo espuma



☐ b) Me enjuago con agua a chorro

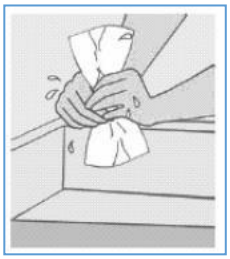


☐ c) Froto bien mis manos, dedos y muñecas



☐ d) Mojo bien las manos.





☐ e) Me seco bien con una toalla limpia

7. Marque con un aspa (x) ¿Con qué frecuencia prepara alimentos ricos en hierro a su niño(a)?

	Alimento	Diariamente	3 a 2 veces por semana	1 vez por semana	Raras veces	Nunca
a)	Sangrecita					
b)	Hígado					
c)	Morcilla					
d)	Caldo de bazo					
e)	Pollo					
f)	Carne de res					
g)	Carne de cordero					
h)	Yuyo					
i)	Espinaca					
j)	Hojas de rabanito					
k)	Quinua					
l)	Kiwicha					
m)	Lentejas					
n)	Frejol					
ñ)	Tarwi / chocho					
o)	Habas					

8. Marque con un aspa (x) ¿Con qué frecuencia agrega a las comidas del niño(a) los siguientes alimentos?:

	Alimento	Diariamente	3 a 2 veces por semana	1 vez por semana	Raras veces	Nunca
a)	Perejil					
b)	Limón					
c)	Tomatillo/Tomate					
d)	Repollo					
e)	Rabanito					
f)	Brócoli					
g)	Leche					
h)	Queso					

9. Para prevenir la anemia en su niño(a) ¿Cómo le da el hierro en gotas?

a) De frente en su boquita



b) Combinado en su comida



c) No me han indicado.

d) No le doy hierro en gotas.

10. Marque lo que hace para preparar las chispitas a su niño(a): (más de una respuesta)

	a)	Me lavo las manos.		e)	Le doy con su sopa.
	b)	Lo combino en todo su plato.		f)	Lo mezclo en su comida tibia.
	c)	Le doy en su leche.		g)	Le doy un sobrecito diariamente.
	d)	Lo mezclo en 2 cucharadas de su comida.		h)	Le doy en su segundo.

11. Marque el/los motivo(s) por los que dejó de darle chispitas a su niño(a): (más de una respuesta)

	a)	Se estriñó.		d)	Porque se enfermó.
	b)	No lo quiso comer.		e)	Tiene feo sabor.
	c)	Un familiar me dijo que no le dé.		f)	Nunca dejé de darle.

Gracias por su participación.

G. Consentimiento Informado

Consentimiento informado

Yo_____
declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio "EFICACIA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE INTERCULTURALIDAD EN LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE ANEMIA INFANTIL EN PADRES DE UN CENTRO DE SALUD. LIMA – 2019", conducido por tesista Srta. Gisela Poquioma Urquía de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Habiendo sido informado(a) del propósito, así como de los objetivos y siendo consciente que los procedimientos para lograr el objetivo mencionado consistirán en la participación del programa educativo y la aplicación dos evaluaciones, una al iniciar el programa educativo y otro al término. El mismo que es de carácter **ANÓNIMO** y la información que se recoja será **CONFIDENCIAL** y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Y es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que lo desee, sin ser afectado en mi trato o atención.

Desde ya le agradecemos su participación.

Lima,_____de Mayo del 2019

_____
Firma del participante

N° DNI: _____

H. Validez de los Instrumentos: Prueba Binomial

Instrumento: Cuestionario de Conocimientos de los padres sobre la Prevención de Anemia Infantil

N° ITEM	JUECES													IVC
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	VALOR P
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
VALOR “p” TOTAL														0.00085449

Instrumento: Escala Modificada Tipo Likert de Actitudes de los padres sobre la Prevención de Anemia Infantil

N° ITEM	JUECES													IVC
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	VALOR P
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0.00158691
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
VALOR “p” TOTAL														0.00231934

Instrumento: Cuestionario de Prácticas de los padres sobre la Prevención de Anemia Infantil

N° ITEM	JUECES													IVC
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	VALOR P
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00012207
VALOR “p” TOTAL														0.00085449

Si p. < 0.05 la concordancia es significativa

Favorable = 1 (SI) Desfavorable = 0 (NO)

Si $P_{conocimientos} = 0.0008$, $P_{actitudes} = 0.0023$ y $P_{prácticas} = 0.0008$

➔Los instrumentos son válidos.

I. Confiabilidad de los instrumentos

La confiabilidad de los instrumentos conocimientos, actitudes y prácticas se determinó a través de una prueba piloto a 15 padres con niños menores de 5 años que se atienden en centro de salud, las cuales fueron distintas a las participantes del estudio. A los resultados obtenidos, se les aplicó la prueba de K- Richardson 20 en el caso de las variables conocimientos y prácticas, y el alfa de Cronbach para la variable actitudes, identificándose una confiablidad de 0. 821, 0.866 y 0.825 respectivamente para cada instrumento lo que indica que los instrumentos tienen consistencia interna válida. [107,108]

Estadísticas de fiabilidad Inst. Conocimientos		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,821	, 819	16

Estadísticas de fiabilidad Inst. Actitudes		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,825	,825	16

Estadísticas de fiabilidad Inst. Prácticas		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,866	,863	15

J. Fórmula Estadística: Tamaño de Muestra

Tamaño:

Para una población de 130, se utiliza la siguiente fórmula de tamaño de muestra:

$$n = \frac{N \times Z_a^{\,2} \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_a^{\,2} \times p \times q}$$

En donde

N: Tamaño de población

Z: nivel de confianza = 90% (1,65)

p: probabilidad de éxito, o proporción esperada = 0.5

q: probabilidad de fracaso = 0.5

d: precisión (error máximo admisible en términos de proporción) = 10%

n: tamaño de muestra

Se utiliza un nivel de confianza del 90% y un error del 10%, por tratarse de un estudio de campo. Por lo tanto, el tamaño de muestra es de 45 padres.

Técnica de muestreo

Un muestreo aleatorio simple absoluto de la lista de participantes del programa educativo, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión mencionados en la pág. 61.

K. Libro de Códigos

DATOS GENERALES DEL NIÑO

VARIABLE	ITEM	CÓDIGO	COLUMNA
EDAD	1- 5 meses	1	1
	6 -8 meses	2	2
	9- 11 meses	3	3
	12- 23 meses	4	4
	2 años - 5 años	5	5
SEXO	Femenino	1	6
	Masculino	2	7
ESTADO DE SALUD	CON ANEMIA	1	8
	SIN ANEMIA	2	9
	DESCONOCE	3	10

DATOS GENERALES DE LOS PADRES

VARIABLE	ITEM	CÓDIGO	COLUMNA
PARENTESCO	Padre	1	11
	Madre	2	12
	Familiar/Cuidador	3	13
EDAD	15-17 años	1	14
	18-29 años	2	15
	30-59 años	3	16
	60 a más	4	17
SEXO	Femenino	1	18
	Masculino	2	19
NIVEL EDUCATIVO	NINGUNO	1	20
	PRIMARIA	2	21
	SECUNDARIA	3	22
	SUPERIOR	4	23
N° DE HIJOS	1	1	24
	2 a 3	2	25
	4 a 5	3	26
OCUPACIÓN	Ama de casa	1	27
	Estudiante	2	28
	Profesional/ Técnico	3	29
	Independiente	4	30
IDIOMA	Castellano	1	31
	Quechua	2	32
	Ambos	3	33
PROCEDENCIA FAMILIAR	Costa	1	34
	Sierra	2	35
	Selva	3	36

DATOS ESPECÍFICOS

VARIABLE	DIMENSIÓN	N° ITEM	CATEGORÍA	CÓDIGO	COLUMNA
CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCION DE ANEMIA INFANTIL	El control de crecimiento y desarrollo del Niño	1. Importancia	CONOCE NO CONOCE	1 0	37
		(*)2. Identificación de anemia	CONOCE NO CONOCE	1 0	38
		3. Enfermedades que causan anemia	CONOCE NO CONOCE	1 0	39
	Nutrición del niño(a) menor de 5 años	4. Importancia	CONOCE NO CONOCE	1 0	40
		5. Consistencia según edad	CONOCE NO CONOCE	1 0	41
		6. Alimentos permitidos según edad	CONOCE NO CONOCE	1 0	42
	Preparación de alimentos para el niño	7. Agua y alimentos seguros	CONOCE NO CONOCE	1 0	43
		8. Lavado de Manos	CONOCE NO CONOCE	1 0	44
		9. Temperaturas seguras	CONOCE NO CONOCE	1 0	45
		(*)10. Clasificación alimentos con Fe	CONOCE NO CONOCE	1 0	46
		11. Absorción del hierro	CONOCE NO CONOCE	1 0	47
	Administración preventiva con hierro	12. Cantidad de Gotas	CONOCE NO CONOCE	1 0	48
		13. Forma de Administración	CONOCE NO CONOCE	1 0	49
		14. Consistencia de la comida	CONOCE NO CONOCE	1 0	50
		15. Forma de Administración	CONOCE NO CONOCE	1 0	51
		16. Efectos secundarios	CONOCE NO CONOCE	1 0	52

NOTA: cada ítem tiene puntaje 1 con excepción de las que tienen un asterisco (*)

N° ITEM	REGLAS DE JUEGO	PUNTAJE
2	4 correctas	4
	3 correctas	3
	2 correctas	2
	1 correcta	1
	1 incorrecta	-1
10	4 correctas	4
	3 correctas	3
	2 correctas	2
	1 correcta	1
	1 incorrecta	-1

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	N° ITEM	CATEGORÍA			PTJE.			COLUMNA
ACTITUDES SOBRE LA PREVENCION DE ANEMIA INFANTIL	El control de crecimiento y desarrollo del Niño	Importancia	1	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	3	2	1	37
		Identificación de anemia	3	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	1	2	3	38
			15	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	1	2	3	39
		Enfermedades que causan anemia	13	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	1	2	3	40
	Nutrición del niño(a) menor de 5 años	Importancia	2	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	3	2	1	41
		Consistencia según edad	8	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	3	2	1	42
	Preparación de alimentos para el niño	Lavado de Manos	7	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	3	2	1	43
		Clasificación alimentos con Fe	12	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	3	2	1	44
			16	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	1	2	3	45
		Absorción del hierro	6	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	3	2	1	46
	Administración preventiva con hierro	Cantidad de Gotas	4	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	3	2	1	47
		Forma de Administración	11	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	3	2	1	48
		Consistencia de la comida	9	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	3	2	1	49
			14	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	3	2	1	50
		Forma de Administración	10	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	3	2	1	51
		Efectos secundarios	5	De acuerdo	Indeciso	Desacuerdo	3	2	1	52

NOTA: se sumará el puntaje general y el de cada dimensión para luego ser categorizada como:

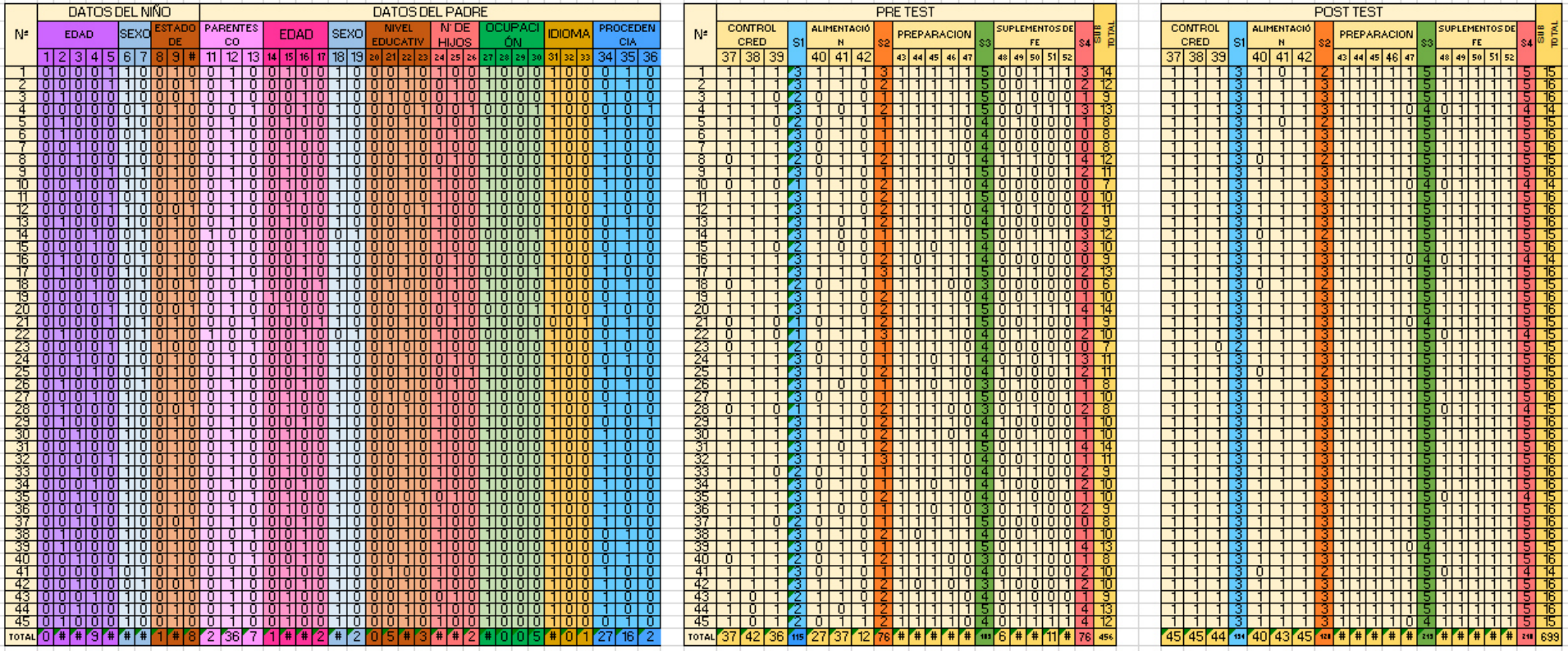
DIMENSIÓN	CATEGORÍA	CÓDIGO
El control de crecimiento y desarrollo del Niño	FAVORABLE DESFAVORABLE	1 0
Nutrición del niño(a) menor de 5 años	FAVORABLE DESFAVORABLE	1 0
Preparación de alimentos para el niño	FAVORABLE DESFAVORABLE	1 0
Administración preventiva con hierro	FAVORABLE DESFAVORABLE	1 0

VARIABLE	DIMENSIÓN	N° ITEM	CATEGORIA	CODIGO	COLUMNA
PRÁCTICAS SOBRE LA PREVENCION DE ANEMIA INFANTIL	El control de crecimiento y desarrollo del Niño	1. Importancia	ADECUADAS INADECADAS	1 0	37
		(*) 2. Identificación de anemia	ADECUADAS INADECADAS	1 0	38
	Nutrición del niño(a) menor de 5 años	3. Importancia	ADECUADAS INADECADAS	1 0	39
		(*) 4. Consistencia según edad	ADECUADAS INADECADAS	1 0	40
		(*) 5. Alimentos permitidos según edad	ADECUADAS INADECADAS	1 0	41
	Preparación de alimentos para el niño	(*) 6. Lavado de Manos	ADECUADAS INADECADAS	1 0	42
		(*) 7. Clasificación alimentos con Fe	ADECUADAS INADECADAS	1 0	43 44 45 46
		(*) 8. Absorción del hierro	ADECUADAS INADECADAS	1 0	47 48
	Administración preventiva con hierro	(*) 9. Forma de Administración	ADECUADAS INADECADAS	1 0	49
		(*) 10. Forma de Administración	ADECUADAS INADECADAS	1 0	50
		(*) 11. Efectos secundarios	ADECUADAS INADECADAS	1 0	51

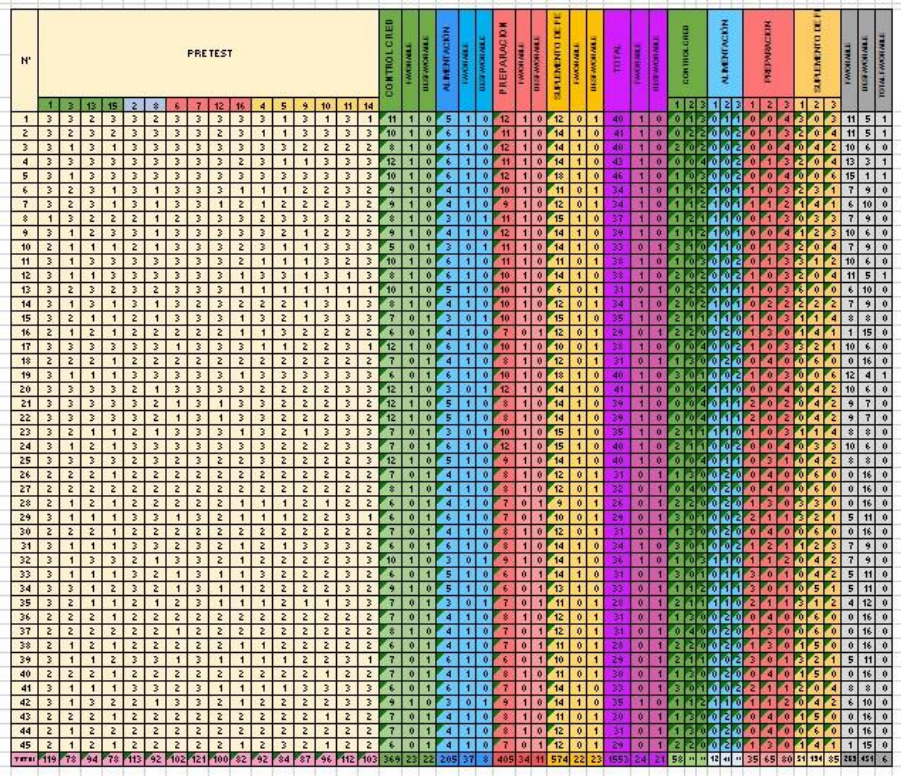
NOTA: cada ítem tiene puntaje 1 con excepción de las que tienen un asterisco (*)

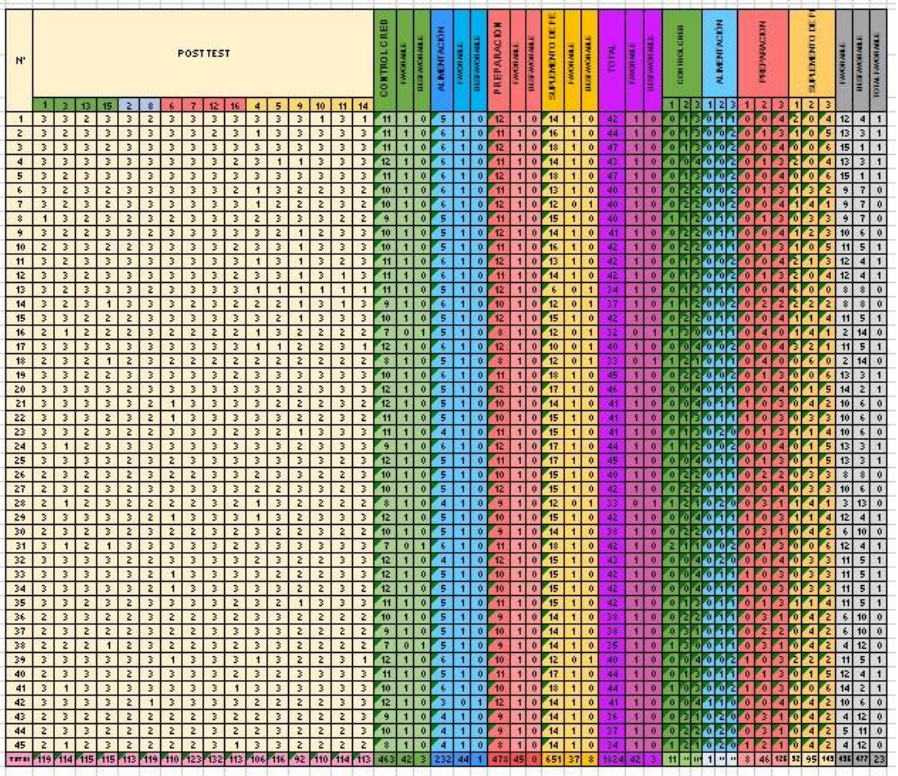
N° ITEM	REGLAS DE JUEGO	PJE.	N° ITEM	REGLAS DE JUEGO	PJE
2	b o c : 1 correcta	1	8	diariamente / 3 a 2 veces por semana	2
	incorrecta	0		1 vez por semana	1
4	consistencia correcta	1		raras veces / nunca	0
	incorrecta	0	cítricos	>= 8 pts	1
5	alimentos permitidos	1		<8 pts	0
	incorrecta	0	lácteos	>=3 pts	1
6	a=2,b=4, c=3, d=1, 5 =e: secuencia correcta	1		<3 pts	0
	otras secuencias	0	9	a, c, d : 1 correcta	1
7	diariamente / 3 a 2 veces por semana	2		incorrecta	0
	1 vez por semana	1	10	4 correctas	4
	raras veces / nunca	0		3 correctas	3
origen animal	>= 10pts	1		2 correctas	2
	<10 pts	0		1 correcta	1
hojas verdes	>= 4 pts	1		1 incorrecta	-1
	<4 pts	0	11	3 correctas	3
cereales	>=3 pts	1		2 correctas	2
	<3 pts	0		1 correcta	1
legumbres	>= 6 pts	1		1 incorrecta	-1
	< 6 pts	0			

L. Matriz de Datos Conocimientos



M. Matriz de Datos Actitudes





N. Matriz de Datos Prácticas

Nº	PRE TEST																					SUB TOTAL
	CONTROL CRED		S1	ALIMENTACIÓN			S2	PREPARACION								S3	SUPLEMENTOS DE FE			S4	
	1	2		3	4	5		6	7				8				9	10	11		
	37	38		39	40	41		42	43	44	45	46	47	48			49	50	51		
1	1	1	2	1	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0		1	1	0	0	1	7
2	1	1	2	1	0	1	2	1	0	1	1	1	1	0		5	0	1	1	2	11
3	1	1	2	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0		3	1	1	0	2	8
4	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		1	1	1	0	2	4
5	1	1	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0		0	1	1	1	3	6
6	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	2
7	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	2
8	1	1	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	4
9	1	1	2	1	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0		1	1	0	1	2	8
10	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	1
11	1	1	2	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	5
12	0	1	1	1	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0		1	1	1	0	2	7
13	1	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		1	1	0	0	1	4
14	1	1	2	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0		1	0	1	0	1	5
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	1	1	0	2	2
16	1	1	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	4
17	1	1	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0		1	1	0	0	1	5
18	1	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	3
19	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1		3	0	0	0	0	3
20	0	0	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0		1	1	1	1	3	6
21	1	1	2	0	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1		6	0	0	0	0	10
22	1	1	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0		1	1	0	0	1	5
23	1	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		1	0	0	1	1	4
24	1	1	2	0	1	1	2	1	0	0	1	1	0	0		3	1	0	0	1	8
25	1	1	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0		1	1	0	0	1	5
26	1	1	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0		1	1	1	0	2	6
27	0	1	1	0	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0		0	1	1	0	2	5
28	1	1	2	1	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	6
29	1	1	2	1	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	5
30	1	1	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	4
31	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	2
32	1	1	2	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	4
33	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	2
34	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0		1	1	0	0	1	3
35	1	1	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0		1	0	1	1	2	6
36	1	1	2	1	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0		1	1	1	0	2	8
37	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0		5	1	1	0	2	7
38	1	1	2	1	1	0	2	1	1	0	1	0	0	0		3	1	1	1	3	10
39	0	1	1	1	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	5
40	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	1	0	1	2	4
41	1	1	2	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	4
42	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		1	1	0	1	2	3
43	1	1	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0		1	0	0	0	0	4
44	1	1	2	1	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0		1	1	0	0	1	6
45	1	1	2	1	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0		1	0	1	1	2	7
TOTAL	32	33	65	21	19	16	56	40	3	3	6	4	4	2		62	22	15	10	47	230

Nº	PRE TEST																					SUB TOTAL
	CONTROL CRED		S1	ALIMENTACIÓN			S2	PREPARACION								S3	SUPLEMENTOS DE FE			S4	
	1	2		3	4	5		6	7				8				9	10	11		
	37	38		39	40	41		42	43	44	45	46	47	48			49	50	51		
1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	0		6	0	1	1	2	13
2	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1		7	0	1	1	2	14
3	1	1	2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1		7	1	1	1	3	13
4	1	1	2	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1		7	0	1	1	2	13
5	1	1	2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1		6	1	1	1	3	12
6	1	1	2	1	0	1	2	1	1	1	1	1	0	0		5	0	1	1	2	11
7	1	1	2	1	0	1	2	1	1	1	1	1	0	0		5	0	1	1	2	11
8	0	1	1	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1		7	1	1	1	3	13
9	1	1	2	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	0		6	1	1	1	3	13
10	0	1	1	0	1	1	2	1	1	1	1	1	0	1		6	0	1	1	2	11
11	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	0		6	0	1	1	2	13
12	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	0	1		6	0	1	1	2	13
13	1	1	2	1	1	0	2	1	1	1	1	1	0	0		5	0	1	1	2	11
14	1	1	2	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1		7	0	1	1	2	13
15	1	1	2	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1		6	1	1	1	3	12
16	1	1	2	1	1	1	3	1	1	0	1	1	1	1		6	0	1	1	2	13
17	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1		7	1	1	1	3	15
18	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	0	1		6	0	1	1	2	13
19	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	0	1		6	0	1	1	2	13
20	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1		7	1	1	1	3	15
21	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1		7	0	1	1	2	14
22	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	0	1		6	1	1	1	3	14
23	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	0	1		6	0	1	1	2	13
24	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	0	1	1	1		6	1	1	1	3	14
25	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	0	1		6	0	1	1	2	13
26	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	0	1	1	1		6	1	1	1	3	14
27	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1		7	0	1	1	2	14
28	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	0	1		6	1	1	1	3	13
29	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1		7	0	1	1	2	14
30	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	0	1	0		5	0	1	1	2	12
31	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	0		6	1	1	1	3	14
32	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	0		6	0	1	1	2	13
33	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	0		6	1	1	1	3	14
34	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	0	1	1	1		6	0	1	1	2	13
35	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	0		6	1	1	1	3	14
36	1	1	2	1	1	0	2	1	1	1	0	1	1	0		5	1	1	1	3	12
37	1	1	2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0		6	0	1	1	2	11
38	1	1	2	1	1	1	3	1	1	0	1	1	1	1		6	0	1	1	2	13
39	1	1	2	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1		7	1	1	1	3	14
40	0	1	1	1	0	1	2	1	1	1	1	0	1	1		6	0	1	1	2	11
41	1	1	2	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1		7	1	1	1	3	14
42	1	1	2	1	1	1	3	1	1	0	1	0	1	1		5	0	1	1	2	12
43	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1		7	1	1	1	3	15
44	1	1	2	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1		7	1	1	1	3	14
45	1	1	2	1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1		7	1	1	1	3	14
TOTAL	42	45	87	40	34	39	113	45	45	42	40	41	34	31		278	20	45	45	110	588

O. Prueba de Hipótesis

H0: El programa educativo es inefectivo en el incremento de conocimientos, adopción de actitudes favorables y prácticas correctas de prevención de la anemia.
H1: El programa educativo es efectivo en el incremento de conocimientos, adopción de actitudes favorables y prácticas correctas de prevención de la anemia.

En primer lugar, se evalúa la distribución de los datos entre el pre y pos test para elegir el estadígrafo de prueba de hipótesis. Se elige la prueba de normalidad Shapriro-Wilk con corrección de Significación de lilliefors porque la muestra son 45 padres y al ser procesados en el programa SPSS v25 al 95% de nivel de confianza, se identifica una distribución normal ($p \geq 0.05$) para conocimientos y no normal ($p < 0.05$) en el resto de variables. [109,110]

	Prueba de normalidad Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Dif.Conoc	,979	45	,563
Dif.Actitudes	,918	45	,004
Dif.Prácticas	,907	45	,002
a. Corrección de significación de Lilliefors			

Sin embargo, al trabajarse con una muestra de más de 30 elementos, se utiliza la prueba no paramétrica de rangos de Wilcoxon inclusive cuando presenta normalidad en la distribución de datos [111] en la estadística inferencial, se obtuvo en conocimientos (p = 7,0172E-9), actitudes (p = 3,5133E-8) y prácticas (p = 5,1135E-9) al 95 % del nivel de confianza.

Estadísticos de prueba[a]			
	ConocimDes - ConocimAntes	ActitudesDes - ActitudesAntes	PrácticasDes - PrácticasAntes
Z	-5,791[b]	-5,514[b]	-5,843[b]
Sig. asintótica(bilateral)	,000	,000	,000
a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon			
b. Se basa en rangos negativos.			

2019

P. Programa Educativo de Interculturalidad “Anemia Cero en Mi Familia”

“Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

PROGRAMA EDUCATIVO DE INTERCULTURALIDAD “ANEMIA CERO EN MI FAMILIA”



AUTOR(A): Gisela Poquioma Urquía

LUGAR: C.S. Laura Caller

PERÚ



PROGRAMA EDUCATIVO DE INTERCULTURALIDAD
"ANEMIA CERO EN MI FAMILIA"

I. PRESENTACIÓN

La anemia infantil es un problema de salud pública que afecta al 43.6% de niños peruanos, esta prevalencia se eleva debido a la presencia de determinantes sociales tales como la falta de alimentos de calidad y en cantidades adecuadas, los malos hábitos de alimentación y nutrición, las condiciones insalubres de la vivienda y del entorno (carencia de agua segura), los escasos hábitos higiénicos y el bajo nivel educativo.

El programa educativo "Anemia Cero en mi Familia" tiene por objetivo brindar a los padres de familia experiencias de aprendizaje teórico-práctica sobre los cuidados preventivos-promocionales de la anemia infantil. Así mismo, el programa consta de 4 sesiones de aprendizaje, la primera titulada "Sin Anemia mejor Futuro", la segunda "Hierro si, Anemia NO", la tercera una sesión demostrativa "Come rico, Come Hierro" y por último el taller – concurso "Mama Cheff".

La primera sesión trata sobre los aspectos generales de la anemia infantil, su detección y la importancia del lavado de manos social para la prevención. El segundo consiste en los alimentos ricos en hierro de su región, así como de los alimentos que influyen en la biodisponibilidad del hierro y la importancia de los suplementos de hierro. La tercera sesión consiste en la elaboración y presentación de preparaciones de alimentos ricos en hierro acorde a la edad y necesidades nutricionales del niño menor de 5años. Por último, en el taller concurso, los padres participantes pondrán en práctica lo aprendido mediante la presentación de comidas ricas en hierro y explicarán su valor nutritivo. Todo ello se

desarrollará según los estándares de la nueva Currículo Nacional de Educación básica del Ministerio de Educación del Perú.

La metodología utilizada será la de animación, reflexión, demostración y evaluación (ARDE) para educación en los adultos, así como las técnicas didácticas para la educación en salud como las demostrativas y participativas (problematización, la discusión en grupo, la lluvia de ideas, los talleres y la solución de problemas) utilizadas para el desarrollo de las sesiones de aprendizaje.

Las sesiones de aprendizaje ofrecerán a los padres de familia la oportunidad de analizar competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales de promoción y prevención de la anemia infantil, según la teoría del origen sociocultural de los procesos psicológicos de Vygostky y la teoría del aprendizaje significativo de Ausubel.

Vygostky afirma sobre la influencia existente de los saberes culturalmente aprendidos (aprendizaje informal) durante el proceso de adquisición de saberes pudiendo influir en forma positiva o negativa en estos. Además, Ausubel agrega que se logra un aprendizaje significativo siempre y cuando el personal que brinda la educación contribuye en la incorporación del conocimiento previo con el nuevo para así guiar al estudiante (padres) al logro de conocimientos propios, nuevos, de manera que lo adquirido se haga suyo y significativo.

Por ello, durante el desarrollo del programa educativo los padres cumplirán un rol activo durante el proceso de su aprendizaje de modo que los saberes que tenían de manera informal y adquieran en las sesiones de manera formal sirvan de modelo para el resto de padres de su entorno.

Así mismo, estos saberes culturalmente aprendidos sobre la anemia infantil que tienen los padres serán abordados desde la teoría transcultural de cuidados de Madeleine Leininger, que durante el desarrollo de las sesiones se conservaran, adaptaran o reestructuraran, permitiéndoles desarrollar una conciencia crítica en su rol cuidador y de mantenimiento de la salud de su niño(a).

Respecto a los cuidados preventivos-promocionales de la anemia infantil abordados en este programa, consistirán en las medidas que influirán en los principales los factores y determinantes sociales de la anemia infantil a fin de evitar, disminuir, mejorar y conservar el bienestar del niño a su cuidado, esto según el modelo teórico de N. Pender.

II. DATOS GENERALES:

2.1. Escuela Académico Profesional : Enfermería
2.2. Nombre del Programa Educativo : "Anemia Cero en mi Familia"
2.3. Créditos : 01
2.4. Horas Semanales del Programa : 18 horas
2.5. Horario:

	Lunes	Viernes
GRUPO 1	9:00 a 12:00 horas	9:00 a 12:00 horas
GRUPO 2	14:00 a 17:00 horas	14:00 a 17:00 horas

2.1. Duración en semanas : 3 semanas
2.2. Fecha de Inicio : 04 – 06 – 2019
2.3. Fecha de Término : 28- 06 - 2019

2.4.	Requisitos	:	Ser papá, mamá o cuidador / familiar de niños menores de 5 años
2.5.	Lugar	:	C.S. Laura Caller
	Jefa del C.S Laura Caller	:	Mg. Verissa Garay Salazar
2.6.	Responsable	:	
	Srta. Gisela Poquioma Urquía		Tesista
2.7.	Docentes:	:	
	Asesora de la investigación:		
	Dra. Maria Josefa Arcaya Moncada		Prof. Principal a Tiempo Completo
	Colaboradores:		
	Mg. Cecilia Chávez Camacho		Prof. A Tiempo Parcial
	Otros Colaboradores	**:**	
	Lic. Ed. Jasming Silva Rodas		Docente I.E. Nuevo Perú
	Psicóloga		CS Laura Caller
	Lic Nut. Vilma Vasquez		Serumista CS Laura Caller
2.8.	Número de Alumnos	:	55
2.9.	Relación de Docente/ Estudiante	:	02/55

III. JUSTIFICACIÓN

La alta prevalencia de anemia infantil a nivel nacional (43.6%), cifras que aumentaron sólo en nuestra capital. [1][2] Denota, la clara necesidad de

desarrollar una intervención educativa sobre los cuidados preventivos-promocionales de la anemia infantil desde un enfoque intercultural. Se observa poca adherencia a algunas estrategias implementadas por el estado, tal es el caso de la implementación de multimicronutrientes, que pese a favorecer el estado nutricional no ha logrado el impacto que se esperaba en estos últimos 5 años [21].

Así mismo, en el centro de salud de Laura Caller, ubicado en el asentamiento humano del mismo nombre reportó un numero de 130 niños menores de 5 años con anemia lo cual motivó el desarrollo de este programa con el fin de abordar la problemática de la anemia existente desde la educación para la salud con un enfoque intercultural, es decir, a partir de los conocimientos culturales, actitudes y prácticas de prevención de la anemia infantil, culturalmente aprendidos que evidencian los padres. De esta manera, se contribuye en la formación de padres de familia competentes en los cuidados preventivos de la anemia infantil.

IV. DIAGNOSTICO SITUACIONAL:

El alto número (98) de niños con anemia en Laura Caller forma parte del problema de salud pública que genera consecuencias desfavorables en el desarrollo de niñas y niños a nivel cognitivo, motor, emocional y social; esta situación ocasiona mucha preocupación en todos los ámbitos socioculturales, económicos y sanitarios en el Perú. La prevalencia de anemia entre los niños de esta comunidad está asociada con conocimientos culturales no pertinentes tales como el pensamiento de que la sopa de papitas, fideos con leche de vaca o queso cortadito es mejor que un segundo hecho a base de menestras, esto reforzado por las actitudes de las abuelitas quienes refieren “yo crie así a mis hijos con

sopita… sin segundos, ni hierro, ni nada de chispitas… y todos son sanos... en cambio ahora dicen que están anémicos, con diarrea o parásitos... antes los niños eran más fuertes porque los alimentábamos así con sopita". Es como consecuencia genera inadecuadas prácticas de prevención evidenciada en las preparaciones de los alimentos, observándose que la mayoría de los padres les brindan sopa a sus niños en vez de comida espesa o segundo, es decir, alimentos de poca calidad los cuales no cubre sus requerimientos nutricionales, lo cual favorece la incidencia de anemia en los niños de Laura Caller.

V. PROGRAMACIÓN

SEMANA	ACTIVIDAD
PRIMERA	Difusión
SEGUNDA	Ejecución
TERCERA	Ejecución

VI. PRINCIPIOS PARA LA EDUCACIÓN EN ADULTOS

Los principios más relevantes que se tomaran en cuenta para el desarrollo de la actividad educativa en los padres son:

1. Relevancia: Los participantes aprenden mejor cuando recurren a su propio conocimiento y experiencias. El aprendizaje debe satisfacer las necesidades de la vida real de un adulto, por ejemplo aspectos de su trabajo o de su familia.

2. Diálogo: El aprendizaje debe desarrollarse en dos direcciones permitiendo al participante interactuar con el capacitador y con los demás participantes.

3. Participación: El aprendizaje debe promover la participación de los participantes a través de discusiones, trabajos en grupos pequeños y al compartir con los demás.

4. Inmediatez: Los participantes deben poder aplicar sus conocimientos nuevos de inmediato.

5. Interculturalidad: Es el reconocimiento y respeto de las diferencias culturales existentes, bajo la concepción de que los conocimientos culturales y el conocimiento científico pueden ser diferentes entre sí pero igualmente válidos, no existiendo conocimientos superiores ni inferiores, que se visualizaran en las actitudes y prácticas preventivas de anemia infantil.

6. Interacción cognitiva, afectiva y psicomotora: El aprendizaje debe involucrará ideas, emociones y acciones.

7. Respeto: Los participantes necesitan sentir que son respetados y que se les trata con igualdad.

8. Reconocimiento: Los participantes necesitan recibir elogios incluso por sus contribuciones más sencillas.

9. Seguridad: Los participantes necesitan sentir que sus ideas y contribuciones son valoradas, que no serán ridiculizados o menospreciados.

VII. TERMINOLOGÍA ESPECÍFICA AL PROGRAMA

- **Programa Educativo**

Conjunto de acciones planificadas sistemáticamente donde se organizan las actividades de enseñanza-aprendizaje, que inciden sobre diversos ámbitos de la educación dirigidas a la consecución de objetivos diseñados y orientados a la introducción de novedades y mejoras en el sistema educativo. Los programas Educativos se caracterizan por su condición de ser demostrativos y redemostrativos (retroalimentación).

- **Exposición-Diálogo**

Es una técnica a través de la cual el expositor tiene el dominio sobre un determinado tema y a medida que este se desarrolla los oyentes intervienen de manera expresando sus propios conocimientos, ideas, opiniones o experiencias relacionadas con el tema convirtiéndose lo que sería una exposición formal en un dialogo sencillo. Esta técnica se usará al momento de ejecución del programa educativo.

- **Material didáctico**

Los diversos materiales didácticos entre ellos: rotafolios, trípticos, entre otros. Son ideales para enumerar las ventajas, beneficios y detalles de técnicas de un producto determinado o de un servicio, donde podremos incluir textos e imágenes combinados equilibradamente, información con estética para reforzar las virtudes de los alimentos ricos en hierro, con calidad e higiene.

VIII. COMPONENTE ADMINISTRATIVO

8.2. Recursos Materiales

- Útiles de escritorio.
- Impresiones.
- 300 hojas de Papel bond.
- Afiches
- Plumones
- Cartulinas
- Lapiceros
- Insumos de cocina: gorros, mandiles, guantes descartables, papel toalla, manteles, platos, cucharas, cuchillo, tabla de picar, cocina, gas, mamenaje por platillos a preparar.

IX. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO:

9.1. Presupuesto

BIENES	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
Papel Bond	1500 hojas	23.00 (millar)	250.00
Lapiceros	100	1.00	100.00
Lápices	50	1.00	50.00
Borradores	25	0.50	12.50
Tajadores	10	2.00	20.00
plumones	50	4.00	200.00
cartulinas	50	1.00	50.00
Cinta de embalaje	10	4.00	40.00
Insumos de cocina		400.00	400.00
vestimenta	10	20.00	200.00
trípticos	100	5.00	500.00
Folder plastificado	2	8.00	16.00
TOTAL			1638.50

SERVICIOS	TOTAL
Psicología	100.00
Nutricionista	100.00
Asesoría elaboración de material y programa educativo	100.00
TOTAL	300.00

9.2. Financiamiento

El presente Proyecto será financiado por la autora y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

VI. PLANIFICACIÓN DE CONTENIDOS DE CADA SESION:

PLANIFICACIÓN DE SESIÓN DE APRENDIZAJE

I. DATOS INFORMATIVOS

ÁREA:	**Enfermería**	**FECHA:**	**_ / _ / 19**	**TIEMPO:**	**1 hora**
TESISTA:	Gisela Poquioma Urquía	**GRUPO OBJETIVO:**	Padres de Familia y cuidadores principales	**Nº DE SESIÓN:**	1 / 4

II. TÍTULO DE SESIÓN: "Sin Anemia, mejor futuro"

III. APRENDIZAJES ESPERADOS

COMPETENCIAS	CAPACIDADES	INDICADOR DE DESEMPEÑO	INDICADOR ESPECIFICADO	CAMPO TEMÁTICO	INSTRUMENTO
ASUME UNA VIDA SALUDABLE **CONVIVE Y PARTICIPA DEMOCRÁTICAMENTE**	**1. COMPRENDE** los procesos vinculados con la anemia infantil y cómo esta influye en la salud del niño **1.INTERACTÚA** con todas las persona respeta las diferencias y se enriquece de ellas.	1.8 Asume una vida saludable cuando comprende las causas que generan anemia infantil y cómo los malos hábitos influye en la salud del niño. 1.7 Se relaciona con personas de diferentes culturas respetando sus costumbres y creencias	Diferencia las características de un niño sano y uno con anemia. Califica respetuosamente las apreciaciones culturales de las demás personas.	La anemia infantil, causa, efectos, detección, higiene de manos.	LISTA DE COTEJO

IV. SECUENCIA DIDÁCTICA

MOMENTOS	PROCESOS PEDAGÓGICOS	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
INICIO	**Problematización** **Propósito y organización** **Motivación** **Saberes previos**	• La tesista se presenta y da la bienvenida a los padres de familia/cuidadores, recordándoles las normas de convivencia y las reglas de participación para realización de la sesión. • La tesista pega en la pizarra algunas imágenes alusivas a la anemia infantil y su detección. • La tesista realiza algunas preguntas: ¿en los tiempos de nuestras abuelitas había anemia, qué dicen ellas sobre la anemia? ¿Su niño tiene o ha tenido anemia? ¿Cómo afectó la anemia en su niño? ¿Qué le puede causar anemia a su niño? ¿Cómo descubrió que tenía anemia? ¿Dónde o quién le indicó realizar el tamizaje para descartar anemia en su niño? • Los padres/cuidadores identifican el propósito de la sesión: Reconocer las características de la anemia en el niño. Reconocer la importancia del Control de Niño sano para la detección precoz de anemia infantil.	Imágenes Plumones	10 min

		Reconoce importancia del lavado de manos para la salud de su familia.		
DESARROLLO	**Gestión, acompañamiento y desarrollo de las competencias. Evaluación**	• La tesista distribuye fichas de colores y pide a cada padre que escriba y responda una delas siguientes preguntas: ¿qué es la anemia? ¿qué puede causar q mi niño adquiera anemia? ¿Cuáles son los efectos de la anemia en el niño?. Luego, se pide a cada padre que se presente, diga que parte le tocó y pegue su respuesta en el organizador visual (árbol de problemas "causas, definición y efectos"). • La tesista les presenta información sobre el tema a través de un afiche (niño sano-niño anémico) y juntos van analizando las respuestas de los padres colocadas en el árbol de problemas, haciendo énfasis las causas de la anemia infantil, su detección precoz y prevención. • Luego, los padres/cuidadores darán lectura del díptico, la tesista hace pausas para ir comentando y juntos van agregando algunas fichas o imágenes al árbol de problemas. • Luego la tesista, realiza algunas preguntas: Si los padres y familiares cuidadores son los que velan por la salud del niño. ¿sus niños han tenido diarreas o parásitos? ¿Por qué cree su niño se enfermó? ¿En qué momentos se lava Ud. las manos? ¿Usa siempre el jabón al lavarse las manos? ¿Cocina bien las carnes antes de servir/comer? • La tesista, demuestra los pasos del lavado de manos social, recalcando la importancia de usar jabón y los momentos del lavado de manos. Organiza a los padres en grupos de 4 y re-demuestran la técnica del lavado social. • Se formula una dinámica en la que los padres/cuidadores formados en 2 equipos deberán leer un cuento e identificar actitudes positivas o negativas sobre los cuidados de la anemia en el niño. • Los padres/cuidadores se unen en parejas para responder las preguntas en las fichas que abrirán al diálogo. Se pide dos parejas voluntarias para compartir sus opiniones respecto a las historias leídas y se refuerza el compromiso en la detección de la anemia y el cuidado del niño.	afiche árbol de problemas fichas Plumones	35 min
CIERRE		La tesista recuerda la actividad planteada al inicio de la sesión. Los estudiantes padres/cuidadores responden preguntas metacognitivas en forma oral: ¿Qué aprendimos hoy? ¿Cómo lo aprendimos? ¿Para qué nos ha servido? ¿Qué podemos mejorar?		5 min
	Tarea	Investiga sobre los efectos de la anemia en el niño.		

LISTA DE COTEJO

INDICADORES	SI	NO	OBSERVACIONES
Describe las diferencias entre un niño sano y uno con anemia.	**x**		
Identifica las causas y efectos de la anemia en el niño.	**x**		
Reconoce la importancia del control de niño sano.	**x**		
Expresa la importancia del tamizaje de anemia en el niño.	**x**		
Demuestra la técnica del lavado de manos social	**x**		

FICHA DE OBSERVACIÓN

INDICADORES	SI	NO
Respeta la cultura y formas de pensar diversas.	**x**	
Respeta las opiniones y valora los aportes de los demás.	**x**	
Es abierto al diálogo lo promueve como herramientas para solucionar conflictos.	**x**	
Colabora y apoya a sus compañeros.	**x**	

IMÁGENES PARA DINÁMICA 1 Y PARA USAR EN EL ARBOL DE PROBLEMAS





Poco o escaso apetito



Crecimiento y desarrollo insuficientes



Cansancio y rápida fatiga

Cansancio y palidez



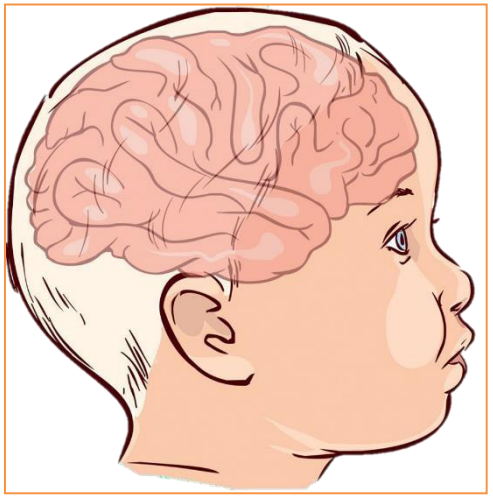


Mareos

IMÁGENES PARA DINÁMICA 1 Y PARA USAR EN EL ARBOL DE PROBLEMAS

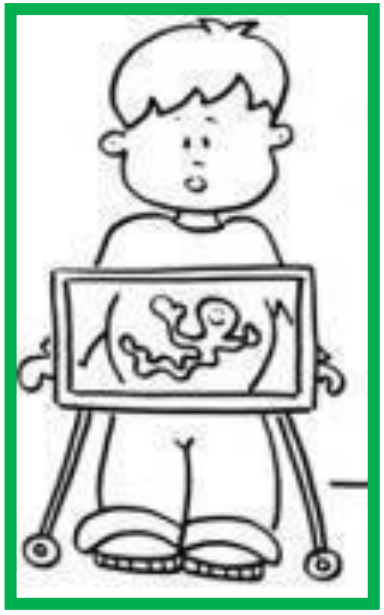












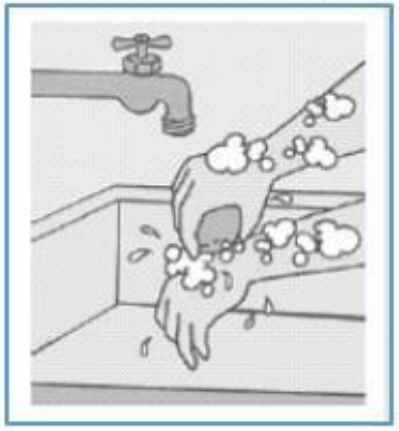


PASOS DEL LAVADO DE MANOS SOCIAL

1) Mojo bien las manos.



2) Uso el jabón y formo espuma



3) Froto bien mis manos, dedos y muñecas



4) Me enjuago con agua a chorro





5) Me seco bien con una toalla limpia

HISTORIA 1:

A una posta en Pucallpa, viene para su control de niño sano, una niña delgada y pálida después de varios meses. Al conversar con la enfermera, la madre le cuenta:
Mamá: Señorita, mi niña come pero nada que engorda…
Enfermera: Si, mamita a su niña le falta peso y ha crecido muy poco. Su niña ha estado enfermita? …diarreas?…le rechinan sus dientes al dormir?
Mamá: como sabe señorita, desde la semana pasada me he dado cuenta que se muerde sus dientecitos al dormir.
Enfermera: hmmm… probablemente tiene parásitos.

PREGUNTAS:

Si tu compañero leyó la historia 1 pregúntale:
A: ¿Qué características de anemia presenta la niña? ¿Tu niño(a) ha presentado esas características?
A: ¿Qué le pregunto la enfermera? ¿su niño(a) tuvo alguno de esos problemas? ¿Qué hizo Ud.?
Si tu compañero leyó la historia 2 pregúntale:
B: ¿Qué opinas de la actitud de la madre sobre el pinchoncito en el dedo? ¿Es buena o mala? ¿Por qué? ¿Cómo se sintió Ud. cuando le hicieron el

HISTORIA 2:

A la consulta de niño sano, viene una mamita con su bebe de 8 meses. Al conversar con la enfermera le comenta:
Mamá: Licenciada, yo le di gotitas de hierro a mi bebé por tres meses y ya se me acabó. ¿Yo le he estado dando sangrecita y su higadito? Pero ¿Cómo puedo saber si mi bebé sigue con anemia?
Enfermera: la felicito señora siga dándole su higadito y sangrecita… ahora le vamos a hacer un nuevo control para ver cómo sigue, solo será un pinchoncito en su dedito y el resultado sale un unos minutos.
Mamá: ay no señorita, le van a hincar su dedito, eso no me gusta… (Abraza

PREGUNTAS:

Si tu compañero leyó la historia 1 pregúntale:
A: ¿Qué características de anemia presenta la niña? ¿Tu niño(a) ha presentado esas características?
A: ¿Qué le pregunto la enfermera? ¿su niño(a) tuvo alguno de esos problemas? ¿Qué hizo Ud.?
Si tu compañero leyó la historia 2 pregúntale:
B: ¿Qué opinas de la actitud de la madre sobre el pinchoncito en el dedo? ¿Es buena o mala? ¿Por qué? ¿Cómo se sintió Ud. cuando le hicieron el

¡Lávate bien las manos!

Con el lavado de manos prevenimos el contagio de muchas enfermedades como las diarreas, y es importante más aun si tenemos pequeños en casa.

El lavado de manos es **NECESARIO** para la lactancia y preparar los alimentos



Sigue los pasos..

1) Mojo bien las manos.



2) Uso el jabón y formo espuma



3) Froto bien mis manos, dedos y muñecas



4) Me enjuago con agua a chorro





5) Me seco bien con una toalla limpia

"El cuidado es la esencia de enfermería"
JEAN WATSON

Autora: Gisela Poquioma U.

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Tema:

Anemia Infantil



"Sin anemia, mejor futuro"

ENFERMERÍA
LIMA -PERÚ
2019

ANEMIA

Enfermedad causada por la deficiencia de **hierro** en el organismo

Disminuye la **hemoglobina** en la sangre.

Afecta el desarrollo **cerebral.**





Señales de la anemia en un niño



Poco o escaso apetito



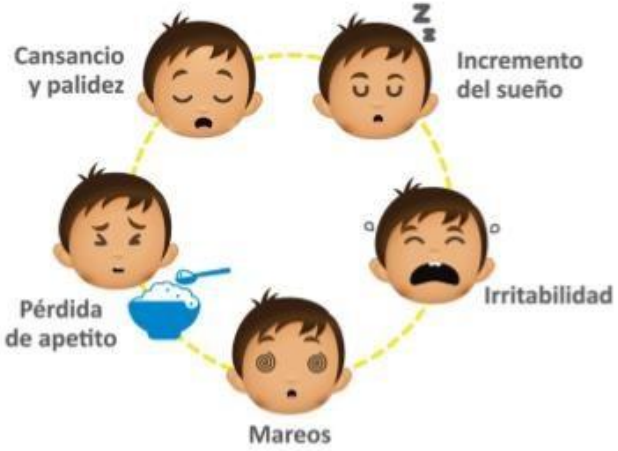
Crecimiento y desarrollo insuficientes



Cansancio y rápida fatiga

Los daños antes de los 2 años de edad son irreversibles.

.... También pueden tener:



Causas

Alimentación baja en hierro



Parásitos



Diarreas y otras infecciones





¿Cómo saber si mi niño tiene anemia?

Se le tomará una gotita de sangre del dedito de tu niño(a).



PLANIFICACIÓN DE SESIÓN DE APRENDIZAJE

I. DATOS INFORMATIVOS

ÁREA:	**Enfermería**	**FECHA:**	**_ / _ / 19**	**TIEMPO:**	**1 hora**
TESISTA:	Gisela Poquioma Urquía	**GRUPO OBJETIVO:**	Padres de Familia y cuidadores principales	**Nº DE SESIÓN:**	2 / 4

II. TÍTULO DE SESIÓN: "Hierro si, Anemia No"

III. APRENDIZAJES ESPERADOS

COMPETENCIAS	CAPACIDADES	INDICADOR DE DESEMPEÑO	INDICADOR ESPECIFICADO	CAMPO TEMÁTICO	INSTRUMENTO
ASUME UNA VIDA SALUDABLE	**2. INCORPORA** adecuadas prácticas de alimentación sobre alimentos ricos en hierro y suplementos de hierro.	2.6. Asume una vida saludable cuando comprende los beneficios del consumo de alimentos y suplementos con hierro en la alimentación de los niños.	Identifica los beneficios nutritivos de los alimentos ricos en hierro, promueve el consumo de alimentos de su región, analiza la proporción adecuada de ingesta para mejor la salud del niño.	Alimentos ricos en hierro de su región y su biodisponibilidad. Suplementos de hierro, formas de administración.	LISTA DE COTEJO
CONVIVE Y PARTICIPA DEMOCRÁTICAMENTE	**1. INTERACTÚA** con todas las persona respeta las diferencias y se enriquece de ellas.	1.8 Se relaciona con personas de diferentes culturas respetando sus costumbres y creencias	Califica respetuosamente las apreciaciones culturales de las demás personas.		

IV. SECUENCIA DIDÁCTICA

MOMENTOS	PROCESOS PEDAGÓGICOS	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
INICIO	**Problematización** **Propósito y organización** **Motivación** **Saberes previos**	• La tesista se presenta y da la bienvenida a los padres de familia/cuidadores, recordándoles las normas de convivencia y las reglas de participación para realización de la sesión. • Divide en el auditorio en grupos de 3 y distribuye los artículos periodísticos referentes a alimentos ricos en hierro para combatir la anemia en el Perú. Se les da un tiempo para que los revisen, se pide voluntarios que comenten sobre el artículo que leyeron. • Luego la tesista realiza algunas preguntas: ¿Qué dicen en los artículos de periódico? ¿la anemia es un gran problema en nuestro país? ¿Qué alimentos ricos en hierro conoces? ¿Agregas alimentos ricos en hierro a tus comidas? ¿Qué alimentos? ¿sueles agregar gotitas de limón, queso o leche a las comidas? ¿Le das sus chispitas o hierro en gotas? ¿Cómo le das? • Los padres identifican el propósito de la sesión: Reconocer la importancia del consumo de los alimentos ricos en hierro. Reconocer la importancia de la ingesta adecuada de los suplementos de hierro.	Fichas / Artículos Periodísticos	15 min

DESARROLLO	**Gestión, acompañamiento y desarrollo de las competencias. Evaluación**	• La tesista les presenta información sobre los alimentos ricos en hierro a través de un afiche, y se realiza una diferenciación entre los alimentos ricos en hierro de origen animal y vegetal, su absorción del hierro y los suplementos de hierro. • Se formula una dinámica en la que los padres/cuidadores, se les da una hoja y escriben una lista de 7 alimentos ricos en hierro que le dan a sus niños. Luego, intercambia información con 2 compañeros y agrega aquellos alimentos que no están en su lista. • Luego, se organiza el auditorio 2 equipos a cada equipo, elegirá un líder y un secretario, se les entrega un papelote y plumones y juntos clasificaran los alimentos de sus listas en alimentos de origen animal, vegetal (legumbres, verduras, cereales, semillas y frutos secos). Se le entrega algunas imágenes para incluirlas en sus clasificaciones. Luego cada líder de grupo, comparte su clasificación de alimentos ricos en hierro, se indaga cual es el alimento que preparan más y cómo lo hacen, se felicita su participación. Al finalizar la participación de cada equipo, se brinda los tips para potenciar la absorción del hierro vegetal. • Seguidamente, se muestra imágenes de los suplementos con hierro (micronutrientes y hierro en gotas), se demuestra cómo se le da al niño y re demuestra. Para finalizar, usando una ruleta con preguntas ocultas se pide voluntarios para girar la ruleta y responder las interrogantes: 1. Mencione 3 alimentos ricos en hierro de origen animal. 2. Mencione 3 alimentos ricos en hierro de origen vegetal. 3. Mencione 3 alimentos que faciliten la absorción del hierro. 4. Mencione 3 alimentos que limiten la absorción del hierro. 5. Mencione como se debe dar los micronutrientes. 6. Mencione como se debe dar el hierro en gotas.	afiche papelotes Plumones Afiche y suplementos de hierro Ruleta de Hierro	35 min
CIERRE		La tesista recuerda la actividad planteada al inicio de la sesión. Los padres/cuidadores responden preguntas metacognitivas en forma oral: ¿Qué aprendimos hoy? ¿Cómo lo aprendimos? ¿Para qué nos ha servido? ¿Qué podemos mejorar?		5 min
	Tarea	Investiga sobre lactancia y alimentación complementaria.		

LISTA DE COTEJO

INDICADORES	SI	NO	OBSERVACIONES
Describe los alimentos ricos en hierro de su región.	**x**		
Clasifica los alimentos ricos en hierro de su región.	**x**		
Reconoce que alimentos facilitan e inhiben la absorción del hierro de los alimentos.	**x**		
Expresa la importancia de los suplementos de hierro en su dieta.	**x**		

FICHA DE OBSERVACIÓN

INDICADORES	SI	NO
Respeta la cultura y formas de pensar diversas.	**x**	
Respeta las opiniones y valora los aportes de los demás.	**x**	
Es abierto al diálogo lo promueve como herramientas para solucionar conflictos.	**x**	
Colabora y apoya a sus compañeros.	**x**	

ARTÍCULOS PERIODÍSTICOS

1

El Comercio 180 años AL SERVICIO DEL PAÍS

Lo último | 180 años • Opinión • Política • Economía • Lima • Mundo • Luces • DT • E-Sports • Ver Más • Club SUSCRÍBETE

CALLAO

Callao: atenderán a más de 23 mil niños en campaña contra la anemia

Esta campaña implicará visitas a domicilios y seguimiento para la preparación de alimentos ricos en hierro.



2

Julio Garay, el joven ingeniero creador de galleta que combate la anemia en 30 días

Para encontrar la fórmula de Nutri Hierro pasó tres años en un laboratorio de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga. Bolivia y Ecuador ya están interesados en su producto.



Julio Garay desechó más de 300 tipos galletas antes de encontrar la fórmula final de Nutri Hierro. (Foto: Pronabec)

Anuncios de interés



SUCESOS

3

Minsa lanza arroz fortificado con hierro para combatir la anemia

Contribuirá a mejorar el consumo de hierro en adolescentes, gestantes y niños. Esta estrategia ya se implementó en países como Costa Rica, India y México.



Anuncios de interés



ANCASH

4

Áncash: alumnos elaboran chocolate con polvo de pescado para combatir la anemia

Estudiantes del Instituto Superior Tecnológico Público de Huarmey crearon el Sublipez para ayudar a la lucha contra este mal que afecta al 41,5% de niños en esta ciudad



1 / 4

Tres estudiantes del Instituto de Educación Superior Tecnológico Público de Huarmey son loas creadores de este producto. (Foto: Laura Urbina)

5

Julia y Yhoselyn, dos heroínas que le hacen frente a la anemia infantil en Ayacucho

Madre e hija idearon una innovadora receta: budín de sangrecita y piña con mermelada de chancaca de cabuya. Sus postres se reparten a 100 alumnos de secundaria del colegio Abraham Valdelomar en Carmen Alto, un distrito de extrema pobreza en Huamanga.



1 / 4

Yhoselyn (26) y Julia (48) ganaron el primer lugar del concurso 'Promoviendo la alimentación saludable en mi comunidad' organizado por la ONG PAN-SOY con una innovadora receta. (Foto: PAN-SOY)

6

Anemia afectó al 43,5% de menores de 3 años del país en el 2018

La **anemia infantil** se mantuvo en niveles altos durante el año pasado, según la Endes 2018. L incidencia es más alta en las zonas rurales.



Según la Endes 2018, elaborada por el INEI, la **anemia** se mantiene casi sin variaciones desde el 2015.

Anuncios de interés



Dale Suplementos de Hierro

Multimicronutrientes

Le debo dar un sobrecito diario. Es **Gratis!**



Sigue estos pasos...



Hierro en gotas



Hierro en gotas



Dale directo en su boquita

¡Cuido a mi niño dándole una gota diariamente!

"El cuidado es la esencia de enfermería"
JEAN WATSON

Autora: Gisela Poquioma U.

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Tema:

Alimentos con Hierro





"Hierro si, anemia no"

ENFERMERÍA
LIMA -PERÚ
2019

Alimentos ricos en Hierro de nuestro Perú

Tipos

De Origen Animal





Sangrecita



Relleno - Morcilla

De origen Vegetal

Legumbres



LEGUMBRES (FREJOL)



LEGUMBRES (LENTEJA)



LEGUMBRES (GARBANZO)



LEGUMBRES (SOYA)



LEGUMBRES (HABAS)



LEGUMBRES (CHOCHO)

Verduras



VERDURAS (ESPINACA)



VERDURAS (ACELGA)

¡Mamitas! Los **Vegetales** necesitan de los **cítricos** para aprovechar mejor su hierro.



Cereales



CEREAL (QUINUA)



CEREALES (AVENA)

Frutos Secos y Semillas



Cañihua



Kiwicha



FRUTOS SECOS

Consejitos para potenciar la absorción del Hierro





CÍTRICOS

Otros alimentos ricos en **Vitamina C.**



Perejil



Tomate



Rabanito

Evita mezclar con tus comidas...



INFUSIONES



LÁCTEOS

Limitan la absorción del hierro

PLANIFICACIÓN DE SESIÓN DE APRENDIZAJE

I. DATOS INFORMATIVOS

ÁREA:	**Enfermería**	**FECHA:**	**_/ _/ 19**	**TIEMPO:**	**1 hora**
TESISTA:	Gisela Poquioma Urquía	**GRUPO OBJETIVO:**	Padres de Familia y cuidadores principales	**Nº DE SESIÓN:**	3 / 4

II. TÍTULO DE SESIÓN: "Come rico, come hierro"

III. APRENDIZAJES ESPERADOS

COMPETENCIAS	CAPACIDADES	INDICADOR DE DESEMPEÑO	INDICADOR ESPECIFICADO	CAMPO TEMÁTICO	INSTRUMENTO
ASUME UNA VIDA SALUDABLE **CONVIVE Y PARTICIPA DEMOCRÁTICAMENTE**	**2. COMPRENDE** los procesos vinculados con la anemia infantil y cómo esta influye en la salud del niño **2.INTERACTÚA** con todas las persona respeta las diferencias y se enriquece de ellas.	1.7 Asume una vida saludable cuando evalúa las necesidades calóricas diarios del niño, los alimentos que necesita consumir. 2.7 Se relaciona con personas de diferentes culturas respetando sus costumbres y creencias	Elabora un plan de alimentación para mantener y/o mejorar el bienestar del niño y prevenir la anemia. Califica respetuosamente las apreciaciones culturales de las demás personas.	Alimentación del niño. Comidas ricas en Hierro.	LISTA DE COTEJO

IV. SECUENCIA DIDÁCTICA

MOMENTOS	PROCESOS PEDAGÓGICOS	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
INICIO	**Problematización** **Propósito y organización** **Motivación Saberes previos**	- La tesista se presenta y da la bienvenida a los padres de familia/cuidadores, recordándoles las normas de convivencia y las reglas de participación para realización de la sesión. - Luego la tesista realiza algunas preguntas: ¿Por qué es importante que nuestro niño (a) tenga una adecuada alimentación? ¿Qué le da de comer a su bebé menor de 6 meses? ¿Leche materna o fórmula? ¿Por qué? ¿Qué le da de comer a su niño de 6 meses, 9meses, 11 meses, 1 año? ¿Quién es el responsable de la alimentación del niño(a)? Los padres identifican el propósito de la sesión: Reconocer la importancia de una buena alimentación en el niño pequeño. Reconocer las características de los alimentos que el niño puede consumir según su edad.	Platos de comida	10 min
DESARROLLO	**Gestión, acompañamiento y desarrollo de las competencias.**	La tesista les presenta información sobre las características de los alimentos en el niño pequeño a través de un Afiche. Luego, se formula una dinámica en la que los padres/cuidadores formados en equipos diferenciados por las edades de sus niños: de 0 a 5 meses, de 6 a 8 meses, de 9 a 11, de 1 año a más. Luego a cada equipo se les distribuirá un tema con preguntas para debatir, tema 1: lactancia materna vs. La fórmula, tema 2: la cantidad y consistencia de los alimentos, tema 3: alergia a los alimentos. Un representante de cada equipo comparte las conclusiones de su equipo, asimismo la tesista complementa sus argumentos. Luego, usando un afiche se refuerza sobre los 5 mensajes importantes para la preparación de los alimentos ricos en hierro.	Afiche – característica alimentación en el niño	40 min

	Evaluación	Para finalizar, se presenta los platos ricos en hierro preparados en diferentes preparaciones según la edad de cada niño, como también su receta y preparación. Así mismo, se les incentiva a identificar los 5 mensajes en la preparación de los alimentos para los niños.	Fichas Afiche	
CIERRE		La tesista recuerda la actividad planteada al inicio de la sesión. Los padres/cuidadores responden preguntas metacognitivas en forma oral: ¿Qué aprendimos hoy? ¿Cómo lo aprendimos? ¿Para qué nos ha servido? ¿Qué podemos mejorar?		5 min
	Tarea	Investiga sobre comidas para prevenir la anemia.		

LISTA DE COTEJO

INDICADORES	SI	NO	OBSERVACIONES
Describe las diferencias entre el consumo de leche materna y el uso de la fórmula.			
Identifica la consistencia de los alimentos según la edad del niño.			
Reconoce los alimentos que pueden causar alergias en el niño.			
Expresa como preparar comidas ricas en hierro.			

FICHA DE OBSERVACIÓN

INDICADORES	SI	NO
Respeta la cultura y formas de pensar diversas.		
Respeta las opiniones y valora los aportes de los demás.		
Es abierto al diálogo lo promueve como herramientas para solucionar conflictos.		
Colabora y apoya a sus compañeros.		

TEMA 1: Lactancia Materna vs. La Fórmula

La leche materna es el mejor y único alimento que el niño debe consumir los primeros 6 meses de vida, ya que contiene nutrientes como el hierro que ayuda en su adecuado crecimiento y desarrollo. Por el contrario, la leche materna se utiliza a menos que la madre no pueda dar de lactar al bebé, puesto que muchas veces generan malestares gastrointestinales y algunas reacciones alérgicas.

TEMA 2: La Consistencia de los Alimentos

Los niños a partir de los 6 meses necesitan más nutrientes para crecer y desarrollarse adecuadamente, a esta edad la leche materna no es suficiente, además el sistema digestivo del bebé ya puede ir recibiendo alimentos de diferente consistencia según su edad. Se inicia dando alimentos de consistencia aplastada o tipo puré de 6 a 8 meses, luego se puede dar alimentos más sólidos, es decir, triturados o picados a partir de los 9 meses y al año de edad ya se le puede dar los alimentos de la olla familiar.

TEMA 3: Alergia a los Alimentos

Algunos alimentos se recomiendan evitar consumir antes del año de edad debido a su probable capacidad de generar alergias en los niños sobre todo si tienen el antecedente de algún familiar alérgico o que tengan asma. Los alimentos que debe evitar darle son los cítricos, lácteos, pescado, mariscos, chocolate, gaseosas.

Alimentación del Niño

IMPORTANCIA

- Para crecer y desarrollarse
- Para evitar enfermarse
- Para enfrentar mejor las enfermedades
- Para poder jugar y aprender con facilidad

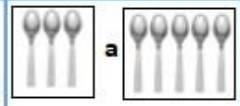
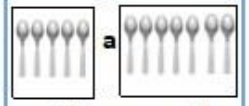
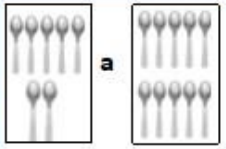
0—6 meses

Sólo Leche Materna.



Máximo hasta los 2 años.

Luego debes seguir este Esquema de Alimentación

Edad	Consistencia	N° de Comidas al día	Cantidad por vez de comida	Cantidad de origen animal rico en hierro
6—8 meses 	 Tipo Puré/ aplastadito	2 a 3 veces al día	 o 1/2 plato mediano	
9—11 meses 	 Picado / triturado	3 comidas al día + 1 refrigerio	 o 3/4 partes de un plato mediano	
Mayor de 1 año 	 De la Olla Familiar / segundo	3 comidas principales y 2 refrigerios	 o un plato mediano	

¡Mensajes Importantes!

MENSAJE 1: Prepare comidas **ESPESAS** o segundos según la edad del niño (a).

MENSAJE 2: El niño (a) conforme tiene más edad comerá más **CANTIDAD** y más veces al día.

MENSAJE 3: Como alimentos de origen animal, **RICOS EN HIERRO** todos los días, como hígado, sangrecita, bazo, pescado, carnes.

MENSAJE 4: Acompañe a sus preparaciones con **VERDURAS** y **FRUTAS** de color anaranjado, amarillo y hojas de color verde oscuro.

MENSAJE 5: Incluya **MENESTRAS** en sus preparaciones.



x

¡Mensajes Importantes!

MENSAJE 1:	Prepare comidas **ESPESAS** o segundos según la edad del niño (a).
MENSAJE 2:	El niño (a) conforme tiene más edad comerá más **CANTIDAD** y más veces al día.
MENSAJE 3:	Como alimentos de origen animal, **RICOS EN HIERRO** todos los días, como hígado, sangrecita, bazo, pescado, carnes.
MENSAJE 4:	Acompañe a sus preparaciones con **VERDURAS** y **FRUTAS** de color anaranjado, amarillo y hojas de color verde oscuro.
MENSAJE 5:	Incluya **MENESTRAS** en sus preparaciones.

Recuerda estos pasos al lavarte las manos....

1) Mojo bien las manos.



2) Uso el jabón y formo espuma



3) Froto bien mis manos, dedos y muñecas



4) Me enjuago con agua a chorro





5) Me seco bien con una toalla limpia

"El cuidado es la esencia de enfermería"
JEAN WATSON

Autora: Gisela Poquioma U.

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Tema:

Alimentación del Niño



"Come rico, come Hierro"

ENFERMERÍA
LIMA -PERÚ
2019

L

Alimentación del Niño

IMPORTANCIA

- Para crecer y desarrollarse
- Para evitar enfermarse
- Para enfrentar mejor las enfermedades
- Para poder jugar y aprender con facilidad

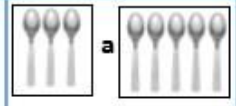
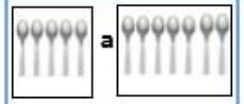
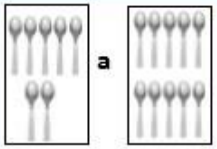
0—6 meses

Sólo **Leche Materna.**



Máximo hasta los 2 años.

Luego debes seguir este Esquema de Alimentación

Edad	Consistencia	N° de Comidas al día	Cantidad por vez de comida	Cantidad de origen animal rico en hierro
6—8 meses 	 Tipo Puré/ aplastadito	2 a 3 veces al día	a  o 1/2 plato mediano	
9—11 meses 	 Picado / triturado	3 comidas al día + 1 refrigerio	a  o 3/4 partes de un plato mediano	
Mayor de 1 año 	 De la Olla Familiar / segundo	3 comidas principales y 2 refrigerios	a  o un plato mediano	

Recomendaciones...

6—8 meses

Se sugiere iniciar su alimentación con **tubérculos** (papa, yuca, zanahoria, zapallo, camote), **cereales** (arroz, trigo) y alimentos de **origen animal** (sangrecita, hígado, bazo, pollo, res, 1/4 parte de la yema de huevo)






9—11 meses



A esta edad el sistema digestivo de tu bebe ya puede digerir mejor las verduras de **hojas verdes oscuras** (espinaca, albahaca) y ya puedes darle 1/2 o 3/4 de la yema de huevo.

Mayor de 1 año





Recién puedes darle clara de huevo, cítricos, los lácteos (leche de vaca, queso) y pescado, sin riesgo a que haga **alergias.**

Recuerda observar cualquier cambio en tu niño cuando le des algún alimento nuevo.



Claves para la preparación y conservación de los alimentos

Agua y alimentos seguros



- Beber agua hervida y lava bien las frutas y verduras

Lavado de Manos



- Antes y después de prepara y cocinar los alimentos

Temperatura seguras




- Cocina, sancocha o fríe bien las carnes y pescados.
- Guarda refrigerados lo alimentos que no uses.

LI

Mousse de Sangrecita

INGREDIENTES



- 1 ½ taza de sangrecita cocida
- ½ taza de azúcar rubia
- 60 gr de harina de algarrobo
- 1 cucharadita esencia de vainilla
- 3/4 taza de agua

PREPARACIÓN:

1. Licuar la sangre cocida, el azúcar y la esencia de vainilla con agua.
2. Una vez licuado, agregar la harina de algarrobo en forma de lluvia.
3. Servir con tostadas o fruta picada.

Caucau de Papa Blanca y Guiso de Sangrecita

INGREDIENTES



- ½ taza de arroz
- 1 cucharada aceite vegetal
- 2 cucharadas de zanahoria picada
- 1 cucharada de alverjita
- 1 papa blanca
- 2 cucharadas de sangrecita cocida
- 1 cebolla
- 1/2 cucharadita de hierba buena
- Ajo y sal al gusto

PREPARACIÓN:

1. Preparar el aderezo con el aceite, cebolla, ajos y sal.
2. Pelar las alverjitas verdes y agregar al aderezo.
3. Lavar, pelar y cortar en cuadrados la zanahoria y la papa blanca. Agregar ambas a la preparación.
4. Sancochar bien la papa y adicionar hierba buena picada.
5. En una cacerola aderezar aceite, cebolla y ajos, agregar la sangrecita de pollo, dorar bien.
6. Servir con arroz blanco.

Menú

Para niñas y niños de

6 a 8 meses de edad

- Dale solo leche materna hasta los dos años y en forma exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- Cuando tu bebé cumpla los 6 meses dale comidas espesas o segundos, además de leche materna.
- Agrega todos los días a la comida de tu bebé alimentos ricos en hierro, para prevenir la anemia: hígado, sangrecita, bazo, pescado, pollo o huevo.





Mazamorra de harina de cebada con plátano

Ingredientes:

1 cucharada	Harina de cebada
1 unidad pequeña	Plátano
2 cucharaditas	Azúcar
Al gusto	Canela y clavo

Preparación:

- En una olla hervir el agua con la canela y el clavo de olor.
- Disolver la harina de cebada en un poco de agua fría y luego agregar a la olla de agua hirviendo con canela.
- Lavar, licuar y agregar la fruta a la preparación.
- Agregar el azúcar y mover hasta que espese.
- Retirar del fuego.

La harina de cebada proporciona energía al niño.



MENU PARA 6 A 8 MESES

Papilla de papa con verduras y pollo

Ingredientes:

2 cucharadas	Pollo
1 unidad pequeña	Zanahoria
1 unidad pequeña	Papa amarilla
3 cucharadas	Zapallo
1 cucharada	Poro
1 cucharada	Tomate
1 cucharadita	Aceite vegetal

Preparación:

- Lavar, cocer y pelar la papa blanca.
- Preparar el aderezo con el aceite y tomate.
- Lavar, pelar y cocer la zanahoria, el zapallo, poro y mezclar con la papa cocida.
- El pollo debe servirse por separado muy finamente picado.
- Agregar el aceite vegetal y sal, mezclar hasta obtener una preparación homogénea.

El pollo es una fuente rica en proteínas, muy importante para el crecimiento, y la zanahoria es una fuente de vitamina A, y ayuda a prevenir enfermedades respiratorias y digestivas.



Papilla de hígado, papa amarilla y zapallo

Ingredientes:

1 unidad pequeña	Papa amarilla
1 unidad pequeña	Zanahoria
3 cucharadas	Zapallo
1 cucharadita	Aceite vegetal
1 cucharada	Leche evaporada
2 cucharadas	Hígado de pollo

Preparación:

- Lavar, cocer y pelar la papa amarilla.
- Lavar, pelar y cocer el zapallo y la zanahoria.
- En una olla agregar la papa amarilla, zapallo y zanahoria cocidos y cocinar por unos minutos, aplastar hasta obtener la consistencia de una papilla (puré suave).
- Agregar el aceite vegetal, la leche evaporada y la sal, mezclar hasta obtener una preparación homogénea.
- Cocinar el hígado y cortarlo en cuadritos.

El hígado es rico en hierro que ayuda a prevenir la anemia y el zapallo es una fuente rica en vitamina A, ayuda a prevenir enfermedades respiratorias y digestivas.



Menú

Para niñas y niños de

9 a 11 meses de edad

- Conforme crece tu bebé, su alimentación cambia y las cantidades aumentan.
- Agrega todos los días a la comida de tu bebé alimentos ricos en hierro, para prevenir la anemia: hígado, sangrecita, bazo, pescado, pollo o huevo.



Cau cau de pollo con quinua

Ingredientes:

1 cucharadita	Ajo molido
1 cucharadita	Aceite vegetal
1 rodaja pequeña	Tomate
1 rodaja	Zanahoria
1 cucharada	Arveja verde
2 cucharadas	Pollo
1 unidad pequeña	Papa blanca
2 cucharadas	Quinua

Preparación:

- Preparar el aderezo con el aceite, tomate, ajos y sal.
- Cortar el pollo en cuadrados y agregar a la preparación.
- Lavar, pelar, cortar en cuadrados la zanahoria y papa blanca; y agregar a la preparación.
- Pelar las arvejitas verdes y agregar a la preparación.
- Servir acompañado con quinua.

El pollo y la quinua son fuente rica en proteínas, muy importante para el crecimiento. Además la quinua es fuente calórica que brindará energía al organismo.



MENU PARA 9 A 11MESES

Guiso de habas con hígado entomatado

Ingredientes:

1 cucharadita	Ajo molido
1 cucharadita	Aceite vegetal
2 rodajas	Tomate
2 cucharadas	Habas secas
1/2 unidad pequeña	Papa blanca
1 ramita	Hierba buena
2 cucharadas	Hígado de pollo

Preparación:

- Remojar las habas y cocinar bien.
- Preparar el aderezo con el aceite, tomate, ajos y sal.
- Agregar el aderezo a las habas cocidas.
- Cortar el hígado de pollo y freír, una vez frito agregar el tomate y cocinar por unos segundos.
- Lavar y cocer la papa blanca.
- Acompañar con arroz blanco.

Incluye alimento de origen animal como el; hígado es rico en hierro que ayudará a prevenir la anemia.



Mazamorra de harina de quinua con zanahoria

Ingredientes:

1 cucharada	Harina de quinua
1 unidad pequeña	Zanahoria
2 cucharaditas	Azúcar
Al gusto	Canela y clavo

Preparación:

- Hervir el agua con la canela y el clavo de olor.
- Disolver la harina de quinua en un poco de agua fría y luego agregar a la olla de agua hirviendo.
- Lavar, pelar, sancochar y licuar la zanahoria y agregar a la preparación anterior.
- Agregar el azúcar y mezclar hasta que se disuelva.
- Retirar del fuego y servir.

La quinua es rica enproteínas. La zanahoria es rica en vitamina A que ayuda a prevenir enfermedades respiratorias y digestivas.



Menú

Para niñas y niños de

12 a 36 meses de edad

- Conforme crece tu bebé, su alimentación cambia y las cantidades aumentan.
- Agrega todos los días a la comida de tu bebé alimentos ricos en hierro, para prevenir la anemia: hígado, sangrecita, bazo, pescado, pollo o huevo.



Ponche de habas con leche y lúcuma

Ingredientes:

2 cucharadas	Harina de habas
2 cucharadas	Leche evaporada
1 rodaja	Lúcuma
1 cucharada	Azúcar
Al gusto	Canela y clavo

Preparación:

- En una olla poner a hervir agua.
- Disolver la harina de habas con un poco agua fría y luego verter la mezcla a la olla de agua hirviendo.
- Mover constantemente para que no se queme en la base.
- Licuar la lúcuma y agregarle con el azúcar a la preparación.
- Mover hasta mezclar bien.
- Retirar del fuego y agregar la leche.

La leche es una fuente rica en proteínas que ayuda al crecimiento. La lúcuma es rica en vitamina B3 que facilita el metabolismo de las proteínas y el proceso de producir energía.



MENU PARA 12 A MÁS

Matasquita con carne

Ingredientes:

1 cucharadita	Ajo molido
2 cucharaditas	Aceite vegetal
2 rodajas	Tomate
2 rodajas	Cebolla
1/4 kg	Carne de res
1 rodaja	Zanahoria
1 rodaja	Papa blanca
1 taza	Arroz

Preparación:

- Preparar el aderezo con el aceite, cebolla, tomate, ajos y sal.
- Lavar, pelar y picar en cuadritos la papa y la zanahoria, agregar al aderezo.
- Picar la carne en cubitos, sancochar y reservar.
- Servir acompañado de trigo graneado.

La carne es fuente en proteínas importante para el crecimiento y la zanahoria es fuente de vitamina A que ayudan a prevenir las enfermedades.



PLANIFICACIÓN DE SESIÓN DE APRENDIZAJE

I. DATOS INFORMATIVOS

ÁREA:	**Enfermería**	**FECHA:**	**_ / _ / 19**	**TIEMPO:**	**2 horas**
TESISTA:	Gisela Poquioma Urquía	**GRUPO OBJETIVO:**	Padres de Familia y cuidadores principales	**Nº DE SESIÓN:**	4 / 4

II. TÍTULO DE SESIÓN: "Mama Cheff"

III. APRENDIZAJES ESPERADOS

COMPETENCIAS	CAPACIDADES	INDICADOR DE DESEMPEÑO	INDICADOR ESPECIFICADO	CAMPO TEMÁTICO	INSTRUMENTO
ASUME UNA VIDA SALUDABLE **CONVIVE Y PARTICIPA DEMOCRÁTICAMENTE**	**3. INCORPORA** preparaciones adecuadas de comidas ricas en hierro para la prevención de anemia infantil **3.INTERACTÚA** con todas las persona respeta las diferencias y se enriquece de ellas.	1.8 Asume una vida saludable cuando organiza, prepara y presenta comidas ricos en hierro para su niño. Asume una vida saludable cuando explica los beneficios una adecuada combinación de preparación de alimentos para su niño. 3.7 Se relaciona con personas de diferentes culturas respetando sus costumbres y creencias	Diseña adecuadas preparaciones de comidas para prevenir la anemia acorde a las necesidades nutricionales del niño. Califica respetuosamente las apreciaciones culturales de las demás personas.	Adecuada preparación de alimentos en la cantidad y la combinación de alimentos Comidas ricas en Hierro.	LISTA DE COTEJO

IV. SECUENCIA DIDÁCTICA

MOMENTOS	PROCESOS PEDAGÓGICOS	ESTRATEGIAS	RECURSOS	TIEMPO
INICIO	**Problematización** **Propósito y organización** **Motivación Saberes previos**	- La tesista se presenta y da la bienvenida a los padres de familia/cuidadores, recordándoles las normas de convivencia y las reglas de participación para realización del taller- concurso. - Luego la tesista realiza algunas preguntas: ¿Qué cuidados debeos tener al preparar alimentos? ¿Cómo guarda las carnes? ¿Dónde y cómo guarda la comida que sobra? ¿Cómo consume las carnes a término medio o bien cocidas? Los padres identifican el propósito de la sesión: Identificar propuestas de comidas ricas en hierro para mi niño. Reconocer las características de las preparaciones de los alimentos para el niño.	Platos de comida	10 min
	Gestión, acompañamiento y desarrollo de	La tesista les presenta información sobre las características de los alimentos en el niño pequeño a través de un Afiche y pautas para la conservación y prevención de contaminación de los alimentos. Luego, usando un afiche se refuerza sobre los 5 mensajes importantes para la preparación de los alimentos ricos en hierro.	Ficha de evaluación	

DESARROLLO	**las competencias. Evaluación**	La tesista y el jurado pasan por cada padre y realizan la evaluación de los platos y preparaciones, realizando algunas preguntas como: ¿Qué alimentos ricos en hierro utilizo? ¿Por qué? ¿Cómo lo preparó? Para finalizar, los padres con los 3 mejores platos ricos en hierro presentan sus platos, como también su receta y preparación. Así mismo, se les incentiva a identificar los 5 mensajes en la preparación de los alimentos para los niños.		35 min
CIERRE		La tesista recuerda la actividad planteada al inicio de la sesión. Los padres/cuidadores responden preguntas metacognitivas en forma oral: ¿Qué aprendimos hoy? ¿Cómo lo aprendimos? ¿Para qué nos ha servido? ¿Qué podemos mejorar?		5 min
	Tarea	-		

LISTA DE COTEJO

INDICADORES	SI	NO	OBSERVACIONES
Elabora un plato rico en hierro			
Identifica los alimentos ricos en hierro de su localidad.			
Realiza adecuadas combinaciones de alimentos			
Expresa la importancia de una adecuada combinación de alimentos para la prevención de anemia			

FICHA DE OBSERVACIÓN

INDICADORES	SI	NO
Respeta la cultura y formas de pensar diversas.		
Respeta las opiniones y valora los aportes de los demás.		
Es abierto al diálogo lo promueve como herramientas para solucionar conflictos.		
Colabora y apoya a sus compañeros.		

ANEXO Q FOTOS DEL DESARROLLO DEL PROGRAMA EDUCATIVO ANEMIA CERO EN MI FAMILIA

DIA 1:



Armando el Árbol de problemas de la Anemia



Analizando el árbol de problemas





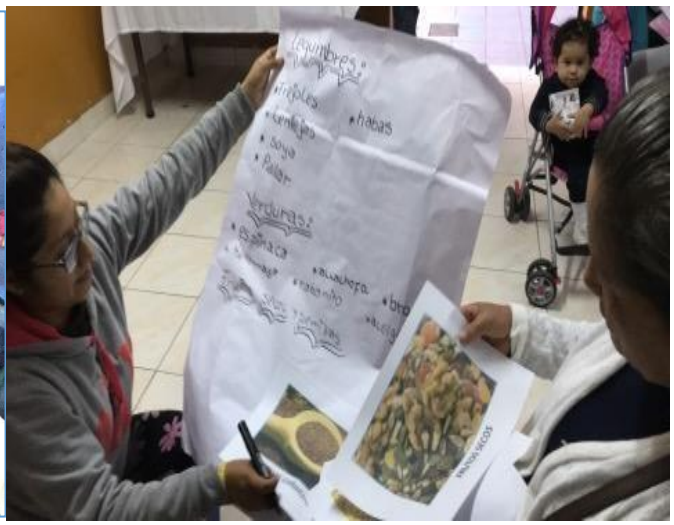
Re-demostración del lavado de manos



En parejas analizando las historias sobre niños con anemia

DIA 2:





En grupos elabora una lista de alimentos ricos en hierro que prepara y los clasifica



Presentación de listas de alimentos ricos en Hierro



Analizando lista de alimentos ricos en hierro

DIA 3:



Demostración de preparación de alimentos ricos en hierro





Analizando las características de los alimentos de los niños menores de 5 años

DIA 4:



Presentación de platos ricos en Hierro



Madres presentando la elaboración y valor nutritivo de sus comidas

TABLAS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°		Pág.
1	Datos generales del niño(a)	LXV
2	Datos generales de los padres	LXVI
3	Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de anemia infantil de los padres antes y después del programa educativo de interculturalidad, Lima, 2019.	LXVII
4	Conocimientos de prevención de anemia infantil de los padres antes y después del programa educativo de interculturalidad, Lima, 2019.	LXVII
5	Actitudes de prevención de anemia infantil de los padres antes y después del programa educativo de interculturalidad, Lima, 2019.	LXVIII
6	Prácticas de prevención de anemia infantil de los padres antes y después del programa educativo de interculturalidad, Lima, 2019.	LXVIII

Tabla 1 Datos generales del niño(a)

Características	Clasificación	N°	Porcentaje
Edad	1 – 5 meses	4	8,9
	6 – 8 meses	9	20,0
	9 – 11 meses	11	24,4
	12 – 23 meses	12	26,7
	2 – 5 años	9	20,0
Total		45	100,0
Sexo	Femenino	32	71,1
	Masculino	13	28,9
Total		45	100,0
Estado de anemia	Sin Anemia	39	86,7
	Desconoce si tiene Anemia	6	13,3
Total		45	100,0

Tabla 2 Datos generales de los padres

Características	Clasificación	N°	Porcentaje
Parentesco	Padre	3	6,7
	Madre	36	80,0
	Familiar/Cuidador	6	13,3
Total		45	100,0
Edad	15-17 años adolescente	1	2,2
	18-29 años adulto joven	20	44,4
	30-59 años adulto	23	51,1
	60 a + adulto mayor	1	2,2
Total		45	100,0
Sexo	Femenino	42	93,3
	Masculino	3	6,7
Total		45	100,0
Nivel educativo	Primaria	4	8,9
	Secundaria	40	88,9
	Superior	1	2,2
Total		45	100,0
N° hijos	Sólo 1	32	71,1
	2 a 3	11	24,4
	4 a 5	2	4,4
Total		45	100,0
Ocupación	Ama de casa	41	91,1
	Independiente	4	8,9
Total		45	100,0
Idioma	Castellano	44	97,8
	Ambos	1	2,2
Total		45	100,0
Procedencia Familiar	Costa	24	53,3
	Sierra	21	46,7
Total		45	100,0

Tabla 3 Conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de anemia infantil de los padres antes y después del programa educativo de interculturalidad, Lima, 2019.

Variable	Valores Finales	Antes		Después		Diferencias	
		N°	%	N°	%	N°	%
Conocimien_tos	Desconoce	7	15,6	0	0,0	-7	-15,6
	Conoce	38	84,4	45	100,0	7	15,6
Actitudes	Desfavora_bles	11	24,4	0	0, 0	-11	-24,4
	Favorables	34	75,6	45	100,0	+11	+24,4
Prácticas	Incorrectas	38	84,4	0	0, 0	-38	84,4
	Correctas	7	15,6	45	100,0	+38	+84,4
Total		45	100,0	45	100,0		

Tabla 4 Conocimientos de prevención de anemia infantil de los padres antes y después del programa educativo de interculturalidad, Lima, 2019.

Dimensiones	Conocimiento	Antes		Después	
		N°	%	N°	%
Control de Crecimiento del Niño Sano	Desconoce	21	46,7	7	15,6
	Conoce	24	53,3	38	84,4
Nutrición del niño(a) menor de 5 años	Desconoce	13	28,9	0	0, 0
	Conoce	32	71,1	45	100,0
Preparación de alimentos	Desconoce	16	35,6	1	2,2
	Conoce	29	64,4	44	97,8
Suplementos de Hierro	Desconoce	30	66,7	0	0, 0
	Conoce	15	33,3	45	100,0
Total		45	100,0	45	100,0

Tabla 5 Actitudes de prevención de anemia infantil de los padres antes y después del programa educativo de interculturalidad, Lima, 2019.

Dimensiones	Actitudes	Antes		Antes	
		N°	%	N°	%
Control de Crecimiento del Niño Sano	Desfavorables	22	48,9	3	6,7
	Favorables	23	51,1	42	93,3
Nutrición del niño(a) menor de 5 años	Desfavorables	10	22,2	1	2,2
	Favorables	35	77,8	44	97,8
Preparación de alimentos	Desfavorables	6	13,3	1	2,2
	Favorables	39	86,7	44	97,8
Suplementos de Hierro	Desfavorables	11	24,4	1	2,2
	Favorables	34	75,6	44	97,8
Total		45	100,0	45	100,0

Tabla 6 Prácticas de prevención de anemia infantil de los padres antes y después del programa educativo de interculturalidad, Lima, 2019.

Dimensiones	Prácticas	Antes		Después	
		N°	%	N°	%
Control de Crecimiento del Niño Sano	Incorrectas	17	37,8	3	6,7
	Correctas	28	62,2	42	93,3
Nutrición del niño(a) menor de 5 años	Incorrectas	33	73,3	2	4,4
	Correctas	12	26,7	43	95,6
Preparación de alimentos	Incorrectas	39	86,7	0	0,0
	Correctas	6	13,3	45	100,0
Suplementos de Hierro	Incorrectas	38	84,4	8	17,8
	Correctas	7	15,6	37	82,2
Total		45	100,0	45	100,0