



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Enfermería

“Actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en un centro de salud. Lima. 2019”

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Tatiana del Pilar SOTELO QUIJANDRIA

ASESOR

Mg. Teresa de Jesús VIVAS DURAND DE ISLA

Lima, Perú

2020



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

Sotelo T. Actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en un centro de salud. Lima. 2019 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Enfermería; 2020.

Hoja de metadatos complementarios

Código ORCID del asesor o asesores: 0000-0003-3614-931X

DNI del autor: 70220555

DNI del Asesor: 07343495

Código ORCID del autor: --

Grupo de investigación: Salud integral madre niño, adolescente y responsabilidad social (SIMANIR).

Institución que financia parcial o totalmente la investigación: Autofinanciado

Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación. Debe incluir localidades y/o coordenadas geográficas:

Centro de Salud Juan Perez Carranza

DIRECCIÓN: Jirón Cuzco 938, Cercado de Lima 15001

COORDENADAS GEOGRÁFICAS: 12°03'12.3"S 77°01'21.5"W

Año o rango de años que la investigación abarco: 2019



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 TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO(A)
EN ENFERMERÍA**

En la ciudad de Lima, a los doce días del mes de marzo del año dos mil veinte 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 **"ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD HACIA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN UN CENTRO DE SALUD. LIMA. 2019"**, sustentado por la Bachiller en Enfermería:

TATIANA DEL PILAR SOTELO QUIJANDRIA

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

DIECISIETE (17)

Lo que se da fe:

MG. CECILIA MAURA CHULLE LLENQUE
Presidenta

MG. JUANA MATILDE CUBA SANCHO
Miembro



LIC. EVA EDITH BERRIOS PACHECO
Miembro

MG. TERESA DE JESUS VIVAS DURAND
Asesora

MJAM/jfo

Av. Grau 755 - Lima 1 - Apartado Postal 529 - Lima 100 - Perú, E.A.P. de Enfermería 619 7000 anexo 4619
Web: www.unmsm.edu.pe/medicina - E-mail de la Escuela de Enfermería:
epenfermeria.medicina@unmsm.edu.pe

**“ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE
EDAD HACIA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA
FERROPÉNICA EN UN CENTRO DE SALUD.
LIMA. 2019.”**

DEDICATORIA

A Dios, quien me guío y protegió en cada paso que di y me brindo sabiduría para lograr mis objetivos.

A mis padres Miguel y Pilar y a mi hermana Gianella, por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida, y por brindarme las fuerzas para vencer los obstáculos y hacer posibles mis metas.

AGRADECIMIENTO

A mi asesora, la Mg. Teresa Vivas Durand, por sus enseñanzas, por el apoyo y orientación durante el desarrollo de este estudio.

Al Centro de Salud “Juan Perez Carranza” y al personal de enfermería por las facilidades brindadas, y a las madres de familia por brindarme su tiempo para participar en la investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	vii
RESUMEN.....	viii
SUMMARY.....	ix
PRESENTACIÓN.....	x
CAPITULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1 Planteamiento, delimitación y formulación del problema.....	1
1.2 Formulación de objetivos.....	9
1.3 Justificación del problema.....	9
CAPITULO II: BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS.....	12
2.1 Marco Teórico.....	12
2.1.1 Antecedentes del estudio.....	12
2.1.2 Base teórica.....	18
A. Aspectos teóricos conceptuales sobre la anemia ferropénica....	18
A.1 Definición de anemia ferropénica.....	18
A.2 Fisiopatología.....	19
A.3 Causas.....	21
A.4 Signos y síntomas.....	23
A.5 Método diagnóstico.....	25
A.6 Consecuencias.....	27
A.7 Tratamiento.....	29
A.8 Prevención.....	31
A.9 Rol de la enfermera en el tratamiento y prevención de la anemia ferropénica.....	34
B. Generalidades sobre actitud.....	35
B.1 Definición de actitud.....	35
B.2 Características.....	37
B.3 Componentes.....	37
B.4 Factores que influyen en la formación de actitudes.....	38
B.5 Medición.....	39
C. Teoría de Nola Pender “Modelo de Promoción de la Salud”.....	40
2.1.3 Definición operacional de términos.....	40
2.1.4 Formulación de hipótesis.....	41
2.1.5 Identificación de la variable.....	41
2.2 Diseño metodológico.....	41

2.2.1 Tipo, nivel, método de investigación.....	41
2.2.2 Descripción del área de estudio.....	41
2.2.3 Población.....	42
2.2.4 Criterios de inclusión.....	42
2.2.5 Criterios de exclusión.....	43
2.2.6 Muestra.....	43
2.2.7 Técnica e Instrumentos de recolección de datos.....	43
2.2.8 Plan de recolección y análisis estadístico.....	44
2.2.9 Consideraciones éticas.....	45
CAPITULO III: RESULTADOS Y DICUSIÓN.....	46
3.1 Resultados.....	46
3.2 Discusión.....	51
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	57
4.1 Conclusiones.....	57
4.2 Recomendaciones.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS.....	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO		Pág.
1	Actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en un centro de salud. Lima – 2019	47
2	Actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en el componente cognitivo en un centro de salud. Lima - 2019	48
3	Actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en el componente conductual en un centro de salud. Lima - 2019	49
4	Actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en el componente afectivo en un centro de salud. Lima - 2019	50

RESUMEN

Objetivo: Determinar la actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en un Centro de Salud de Lima, 2019. **Material y método:** Es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 96 madres de familia que acudían con sus niños al servicio de triaje del centro de salud “Juan Perez Carranza”. La muestra fue seleccionada mediante el muestro no probabilístico por conveniencia. La técnica fue la entrevista y el instrumento una escala tipo Lickert. **Resultados:** El 89,5%(43) tiene entre 18 y 29 años, en relación al grado de instrucción el 66.6% (32) tienen estudios de secundaria. Asimismo se encontró que el 45.8% (22) tienen una actitud indiferente hacia el tratamiento de la anemia ferropénica. **Conclusiones:** La actitud que presentan las madres hacia el tratamiento de la anemia ferropénica es en su mayoría una actitud de indiferencia; en el componente cognitivo existe un alto porcentaje de madres que presentan una actitud de indiferencia, en el componente conductual un porcentaje significativo presentan actitud de indiferencia y en el componente afectivo la mayoría de madres presentan una actitud de indiferencia hacia la anemia ferropénica.

PALABRAS CLAVES: Actitud, tratamiento, anemia ferropénica, madres.

SUMMARY

Objective: Determine the attitude of mothers of children 6 to 24 months of age towards the treatment of iron deficiency anemia in a Lima Health Center, 2019. **Material and method:** It is quantitative type, application level, descriptive method and cross-sectional. The population consisted of 96 mothers who came to the triage service of the health center "Juan Perez Carranza". The sample was selected through non-probabilistic sampling for convenience. The technique was the interview and the instrument was a scale like Lickert. **Results:** 89.5% (43) are between 18 and 29 years old, in relation to the degree of instruction 66.6% (32) have secondary school studies. It was also found that 45.8% (22) have an indifferent attitude towards the treatment of iron deficiency anemia. **Conclusions:** The attitude that mothers have towards the treatment of iron deficiency anemia is mostly an attitude of indifference; in the cognitive component there is a high percentage of mothers who have an attitude of indifference, in the behavioral component a significant percentage have an attitude of indifference and in the affective component the majority of mothers have an attitude of indifference towards iron deficiency anemia.

KEYWORDS: Attitude, treatment, iron deficiency anemia, mothers.

PRESENTACIÓN

La anemia considerada como la baja concentración de hemoglobina en la sangre tiene como causa principal el déficit de hierro y dependiendo de la gravedad y el tiempo de duración en los primeros 1000 días de vida va producir algún déficit en el desarrollo cognitivo, de socialización y desarrollo psicomotor; en consecuencia, la población más vulnerable son los niños menores de 2 años.

El déficit de hierro en los menores de tres años afecta el desarrollo neurológico produciendo graves consecuencias en el futuro del niño como problemas de aprendizaje, problemas en el comportamiento, en la adaptación social y otros ocasionados por el daño cerebral.

La anemia se produce por diversos factores y la más frecuente es el déficit de hierro en el organismo. En el Perú el motivo principal de anemia infantil es la malnutrición y la pobre ingesta de hierro en la alimentación complementaria, el cual está influenciado por los determinantes sociales.

En todo este escenario la madre tiene un rol importante y es considerada como la apoderada principal del niño, cumpliendo un papel preponderante en su cuidado; todo ello es evidenciado en la actitud que muestra la madre hacia la enfermedad en todas sus dimensiones.

Dentro de este contexto es que se desarrolla la investigación titulada Actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en un Centro de Salud de Lima, 2019, el cual tiene como objetivo general determinar la actitud de las

madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica.

El presente trabajo de investigación está estructurado en: Capítulo I, denominado el problema, que incluye el planteamiento, la delimitación, la formulación del problema, los objetivos y la justificación; el Capítulo II: denominado base teórica y metodológica, está subdividido en marco teórico el cual contiene los antecedentes del estudio, la base teórica que da sustento a la investigación, la definición operacional de términos, la formulación de hipótesis y la identificación de la variable; asimismo se describe el diseño metodológico que incluye el tipo, nivel y método utilizado, descripción del área de estudio, la población, los criterios de inclusión y exclusión, la muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, el proceso de recolección de datos y las consideraciones éticas; el Capítulo III, incluye los resultados y la discusión; el Capítulo IV, las conclusiones y las recomendaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La anemia por déficit de hierro en los niños, es uno de los problemas nutricionales tan álgidos que persiste en todo el mundo; y a pesar de que se conoce la causa, la forma de afrontarla y aún siendo las intervenciones de bajo costo, no se ha logrado reducir la alta prevalencia de anemia infantil catalogado como un problema de salud pública. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la anemia como “La concentración de hemoglobina por debajo de los valores límites establecidos, este trastorno se presenta debido a la deficiencia de hierro disponible en el organismo para satisfacer las necesidades personales” (2). Por lo tanto, la exposición a un déficit prolongado de hierro conduce a la anemia.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS mencionan que aproximadamente 2.000 millones de personas sufren de anemia en el mundo, especialmente anemia por deficiencia de hierro. Las cifras más recientes de la OMS (2016) refieren que alrededor de 800 millones de niñas y niños menores de 5 años y mujeres son afectadas por esta enfermedad, y se ha mantenido entre el año 2011 y el 2016 en 41,9% y 41.7%, es decir, no se ha visto un cambio significativo en la prevalencia de esta afección a nivel mundial. En Latinoamérica se estima un promedio de 22% de anemia, en menores de 5 años, siendo el Perú uno de los países de América que

se encuentra por encima de este porcentaje, con un 32% de prevalencia, cifra inferior a Bolivia y superior a países como Brasil, Chile y Argentina lo cual constituye un problema grave de salud pública ya que, según la OMS, un problema de salud pública se clasifica como grave cuando supera el 20% de la población.

La OMS dice que, si en un país 20 de cada 100 niños tienen anemia, estamos ante un problema grave de salud pública, pero si 40 de cada 100 niños tienen anemia estamos ante un problema muy grave de salud pública, por lo que, la anemia en los niños y niñas en el Perú, se ha transformado en una prioridad de salud pública; en tal sentido se busca revertir los valores que han estado primando en los últimos 15 años, y que se han expandido y propagado en el ámbito urbano y rural del país.

Según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) el porcentaje de anemia en infantes menores de 36 meses de edad en territorio peruano desde el año 2013 hasta el primer semestre del 2019, se ha mantenido entre 46% y 42%, evidenciándose, una reducción significativa de anemia infantil de 4 puntos porcentuales. La reducción significativa se dio del año 2014 al 2015 del 46,8% a 43.5%, en cambio se obtuvo un aumento relativamente importante al 2016 a un 43.6% manteniéndose este porcentaje en el 2017. En el año 2018, el porcentaje de anemia infantil cae a 43.5%, y en el primer semestre del 2019 se reduce a un 42.2%; esto evidencia que cuatro de cada diez niñas y niños menores de tres años de edad tienen anemia, siendo mayor en el área rural (49.0%) que en el área urbana (39.6%).

Según la región natural es importante mencionar que entre el año 2017 y el primer semestre del 2018, la prevalencia de anemia en niños

menores de 36 meses de edad, fue mayor en la Sierra con un 54.2%, en la Costa subió de 36,1% a 42,0%, y en la Selva disminuyó de 53,6% a 48,8%.(3) En consecuencia, Puno continúa ocupando el primer lugar en el Perú con 76% de niñas y niños con anemia.(4)

Así mismo, cabe mencionar que el grupo de niños más afectado de anemia son los de 6 a 11 meses de edad con un 59,6% de prevalencia, y están expuestos a mayor daño cerebral precisamente por ser esta edad el período más crítico para el desarrollo cerebral, debido al rápido desarrollo neurológico y una ventana de oportunidad que se registra a esta edad. En este contexto la presencia de anemia infantil en el Perú genera gran preocupación en el país lo cual constituye una prioridad nacional como política de estado.

La incidencia de esta enfermedad, ocurre principalmente en los primeros 24 meses de vida ya que es la etapa de mayor velocidad de crecimiento y desarrollo, y los requerimientos para cubrir las necesidades del organismo va en aumento, sobre todo de las células cerebrales, fundamental para formar el potencial físico e intelectual de cada individuo. (5)

A pesar que el niño nace a término con cantidades suficientes de hierro para cubrir sus necesidades durante los primeros 4 a 6 meses de vida, un alto porcentaje presentan anemia después del cuarto mes debido al aumento de sus requerimientos en este periodo de rápido crecimiento, más aún después del sexto mes donde sus reservas acumuladas en la vida intrauterina se van agotando y la lactancia materna exclusiva es insuficiente para cubrir los requerimientos del lactante.

A través de estudios se ha considerado que la ingesta de hierro del lactante menor de 6 meses es relativamente bajo de 0,7mg, y la leche materna contiene aproximadamente de 0,2 a 0,4 mg/l de hierro, lo cual sumado a sus reservas cubre los requerimientos en esta edad; sin embargo, a partir de los 7 meses el requerimiento de hierro del lactante aumenta a 11mg/día haciendo que las cantidades de hierro de la leche materna sea insuficiente, por ende la lactancia materna exclusiva después de los 6 meses no garantiza un aporte adecuado de hierro en los lactantes (6), esto es respaldado por las cifras estadísticas que publicó ENDES en el año 2017 donde “las niñas y niños de 4 y 5 meses de edad presentan una prevalencia de anemia de 5,3% y 10,1% respectivamente, los cuales se incrementaron rápidamente a los 6 meses de edad, hasta un 58,6%”.(4)

Desde el punto de vista fisiológico, es relevante mencionar que el hierro es un mineral que participa en la síntesis de neurotransmisores y mielinización de los axones neuronales y tiene influencia en el crecimiento dendrítico del hipocampo, por tanto, las funciones a nivel cognitivo y motor se ven afectados ante un problema de carencia de hierro en los primeros años de vida.

En el año 2003 se realizó un estudio con niños chilenos de aproximadamente 4 años de edad donde se evidencia que la respuesta auditiva y visual fue más lento en niños con anemia, en comparación a niños que no presentaron anemia.(7) Estos resultados probaron que las consecuencias de la anemia por falta de hierro durante la niñez pueden afectar el sistema auditivo y visual de forma prolongada.

Tal como se menciona en el párrafo anterior se puede deducir que la falta de hierro y su tiempo de duración en momentos tempranos de la

vida genera consecuencias irreversibles en el sistema nervioso central, que se pueden reflejar a largo plazo en una disminución del coeficiente intelectual, problemas en el aprendizaje, dificultad en la atención, entre otros.

En el Perú, entre los factores que causan anemia infantil destaca la pobre ingesta de hierro en la dieta lo cual se evidencia en un estudio realizado por el CENAN (Centro Nacional de Alimentación y Nutrición), en el cual señala que los hogares peruanos consumen hierro principalmente de origen vegetal, de baja biodisponibilidad aproximadamente menos de 2 mg por día, y los niveles recomendados de hierro en niños menores de 6 meses a 8 años de edad es de 11mg de hierro por día.

En este estudio realizado por CENAN también se menciona que la alimentación en los niños está basada principalmente con cereales y tubérculos, ya que existe una accesibilidad limitada a los alimentos ricos en micronutrientes, principalmente el hierro de origen animal, que difícilmente es dado a los lactantes que están iniciando su alimentación complementaria, esto da como consecuencia un niño con déficit de hierro al margen del peso que pueda tener peso normal o sobrepeso.(8)

Entre los factores que intensifican el problema de la anemia infantil se encuentra la pobreza, las condiciones en el que vive el niño: saneamiento, malas prácticas de higiene, falta de acceso al agua y otros factores, como el escaso o nulo conocimiento sobre la anemia, prevención y tratamiento. Por lo tanto, un adecuado saneamiento ambiental, una adecuada higiene y la ingesta de cantidades suficientes de hierro en la alimentación complementaria del niño es esencial para

que estos factores contribuyan al máximo desarrollo de su potencial cognitivo biológico y social, sin embargo, las prácticas de alimentación inadecuadas ocurren cuando se introducen los alimentos complementarios.

Por todo lo mencionado en párrafos anteriores es importante que la madre o el responsable del cuidado del niño tengan una actitud y un comportamiento adecuado en la alimentación y cuidado del niño contribuyendo con la prevención y tratamiento de la anemia infantil. Todo ello orientado a favorecer el adecuado crecimiento y desarrollo y fomentar futuros ciudadanos talentosos que contribuyan con el desarrollo del país. La actitud que presente la madre hacia el tratamiento de la anemia ferropénica es importante, ya que de ello dependerá la recuperación rápida del niño anémico disminuyendo el riesgo neurológico al que los expone esta enfermedad.

Rodríguez (1987) citado por Trujillo Mamani (2015) define actitud como "Una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto".(9)

Según el autor la manera de percibir las actitudes, está dado por tres componentes: el cognitivo que abarca pensamientos, ideas, opiniones, creencias, valores y conocimientos acerca del fenómeno de estudio; el afectivo comprende los sentimientos, estados de ánimo y las emociones; finalmente el conductual refleja el comportamiento, el actuar a favor o en contra de la situación u objeto de estudio.(10)

Ante lo descrito, para revertir esta situación las autoridades del gobierno nacional y regional han planteado estrategias, centradas en la persona y en la familia; por ejemplo en el año 2017, se aprueba el documento técnico: Plan Nacional para la reducción y control de la anemia materno Infantil y la Desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017-2021, cuya finalidad es contribuir con el adecuado crecimiento y desarrollo de la población infantil menor de tres años y favorecer la salud de las mujeres gestantes, para lograr el auge económico y social del país.

En el año 2018 se aprueba el Plan Multisectorial de lucha contra la Anemia, el cual integra a 15 ministerios, donde cada uno cumple funciones que tienen que ser instauradas de manera articulada tanto intersectorialmente e intergubernamentalmente por los organismos del gobierno nacional, regional y local, así como también por la sociedad y la comunidad. (4) Esto evidencia que solo entendiendo este problema de salud pública como responsabilidad de todos los sectores del estado, principalmente a cargo del sector salud, se podrá alcanzar la meta de reducir la prevalencia de anemia en menores de 3 años a 19% en el 2021.

Es importante resaltar el rol de la enfermera, quien cumple una función determinante en la prevención y tratamiento de la anemia, ya que es el profesional de salud que realiza la suplementación con micronutrientes, brinda consejería sobre la alimentación complementaria, lactancia materna, higiene de manos y desparasitación, asimismo realiza visitas domiciliarias, todo ello para revertir oportunamente la anemia.

Ante este panorama, el problema se centra en conocer cuál es la actitud de la madre hacia el tratamiento de la anemia ferropénica, ya

que al conocer la actitud, el personal de enfermería podrá fortalecer o revertir la actitud de la madre hacia esta enfermedad que ocasiona consecuencias negativas e irreversibles.

Durante las prácticas pre profesionales y las prácticas en el internado en los diferentes consultorios de CRED de los Centros de Salud del primer nivel de atención, se ha podido observar que las madres que tienen niños con anemia desconocen las graves consecuencias a largo plazo en sus niños. Asimismo varias madres si conocen cómo revertir la anemia pero no lo ponen en práctica por diferentes motivos como el tiempo, el trabajo, o se olvidan de darle el hierro al niño.

Al interactuar con las madres mencionan: “no tengo mucha leche, tengo que darle la fórmula, no tengo otra opción”, “no tengo tiempo señorita para preparar los puré salgo temprano a trabajar”, “mi hijo tiene anemia pero ahora que le doy su jarabe ya se va a curar”, “las menestras le cae pesado a mi niño”, “me olvidé señorita de darle sus chispitas”, “el mes pasado no pude recoger las chispitas, no me acordé de su control”, “yo veo gordito a mi niño, no creo que tenga anemia”.

Ante esta situación surgieron interrogantes como: ¿Conocen las madres sobre la anemia infantil? ¿Las madres conocen las graves consecuencias que puede causar la anemia en sus niños a largo plazo? ¿Cuál es el tratamiento que realizan las madres para revertir la anemia? ¿Cuáles son los sentimientos de la madre cuando su niño presenta anemia ferropénica?

Por lo expuesto se formula la siguiente interrogante: ¿Cuál es la actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en un Centro de Salud. Lima, 2019?

1.2 FORMULACION DE OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en un Centro de Salud. Lima, 2019.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en el componente cognitivo en un Centro de Salud. Lima, 2019.
- Identificar la actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en el componente conductual en un Centro de Salud. Lima, 2019.
- Identificar la actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en el componente afectivo en un Centro de Salud. Lima, 2019.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La anemia a nivel nacional continúa siendo un reto pendiente, principalmente en el niño menor de 24 meses, además de ser uno de los problemas prioritarios de salud pública del estado peruano, según el INEI (2018) la prevalencia de anemia del niño menor de 36 meses de edad es de 43,5% y al 2021 se debe revertir al 19%; por tal motivo es necesario tener las evidencias de la actitud de las madres frente a su niño con anemia ya que son ellas las responsables del tratamiento, la prevención y la alimentación adecuada.

Los efectos de la anemia por carencia de hierro en los primeros meses de la vida tienen influencia negativa sobre la maduración y desarrollo del sistema nervioso central afectando tanto lo morfológico como la neurofisiología de las neuronas ocasionando graves consecuencias para el futuro de ese niño. Su repercusión guarda relación con el momento del desarrollo en que se produce la anemia, la gravedad y su tiempo de duración.(11)

En tal sentido es importante prevenir y curar la anemia ferropénica esta puede explicarse por diversas causas, pero destaca principalmente el aporte inadecuado de hierro en la dieta, coincidentemente en la etapa que el lactante inicia la alimentación complementaria, es decir comienza a consumir alimentos de origen animal y vegetal, y es sabido que en los hogares peruanos la dieta se basa principalmente en carbohidratos y es pobre en micronutrientes, además los alimentos como caldos y sopas son los que más se proporcionan a los niños, al ser tomados en cuenta como alimentos fáciles de pasar y digerir. Esto evidencia que los niños están susceptibles de padecer de anemia o continuar con los niveles bajos de hemoglobina.

En este contexto sabemos que la alimentación está a cargo en primera instancia de la madre, y si ella no tiene una actitud favorable hacia el tratamiento de la anemia ferropénica, entonces no se podrá mejorar los niveles de hierro del niño. Por lo tanto, es conveniente conocer la actitud de la madre, ya que servirá para proponer a las autoridades de enfermería, estrategias y técnicas de persuasión; además las actitudes son aprendidas y pueden ser modificadas a través de la experiencia.

El propósito de este trabajo de investigación es proporcionar información confiable y actualizada a las autoridades y al personal del

Centro de Salud para que identifiquen cual es la actitud de las madres con niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica, y así poder establecer programas de prevención de la enfermedad y estrategias que se pueden aplicar durante la duración del tratamiento, con la finalidad de reducir las estadísticas de morbilidad de anemia infantil en el Perú.

CAPÍTULO II

BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes del estudio

En el ámbito Internacional:

Ajete S, en el año 2017 en Cuba, realizó una investigación titulado “Conocimiento, actitudes y prácticas alimentarias de las madres con niños de 6 a 24 meses en San Cristóbal, Artemisa” con el objetivo de evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de las madres con niños de 6 a 24 meses de edad. Es un estudio de tipo cuantitativo de método descriptivo transversal, la muestra fue 95 madres de familia, la técnica empleada la entrevista y el instrumento un cuestionario. Entre otras se llegó a la conclusión:

“No todas las madres tenían conocimientos adecuados sobre los alimentos que debían dar al niño a partir del primer año de vida. La mayoría mantuvo actitudes favorables y buenas prácticas durante la alimentación de sus hijos, con excepción del uso de biberón.”(12)

Este estudio fue considerado ya que contribuyó a tener una visión más amplia acerca de la variable.

Hualca M, en el año 2016 en Ecuador, realizó un estudio titulado “Estrategias preventivas de factores de riesgo de anemia ferropénica en niños entre 6 y 24 meses de edad que acuden al centro de salud

rural Santa Rosa de Cuzubamba de Cayambe.”, con el objetivo de implementar estrategias preventivas de factores de riesgo de anemia ferropénica en niños entre de 6 a 24 meses de edad. Es un estudio de tipo cuali-cuantitativo de método descriptivo de corte trasversal, la muestra fue de 85 madres. La técnica fue la entrevista y el instrumento un cuestionario. Entre otras se llegó a la conclusión:

“La implementación de estrategias preventivas en padres y madres de niños y niñas de 6 a 24 meses de edad mejoró el conocimiento sobre la anemia ferropénica y sobre todo cómo evitar su incidencia en la población infantil a través de la prevención de los factores de riesgo siendo el más común la inadecuada alimentación en los dos primeros años de vida.”(13)

Este estudio sirvió de aporte para orientar la estructura de la base teórica de la variable.

Unigarro A, en el año 2010 en Ecuador, realizó un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres acerca de la anemia por deficiencia de hierro en niños de 5 a 12 años de edad que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Básico San Gabriel, provincia del Carchi”. El objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento que tienen las madres acerca de la anemia por deficiencia de hierro en niños de 5 a 12 años de edad. Es un estudio de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte trasversal. El tamaño muestral fue de 38 madres de familia, la técnica empleada fue la entrevista y el instrumento un cuestionario, con la que se llegó entre otras a la siguiente conclusión:

“La mayoría de madres de familia conocen acerca de la anemia por deficiencia de hierro en niños pero en forma general, mas no a profundidad o en la cantidad suficiente como para poder prevenir la anemia a tiempo”.(14)

Este estudio permitió conocer el diseño metodológico que se aplicó para determinar la actitud de la madre hacia la anemia por deficiencia de hierro.

En el ámbito nacional:

Chiarccahuana y Mamani, en el año 2018 en Lima, realizaron una investigación titulada “Conocimiento y actitud sobre la prevención de anemia ferropénica en madres de niños menores de 3 años atendidos en el servicio de control de crecimiento y desarrollo del niño sano, hospital San Juan de Lurigancho, Lima – 2018”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre la prevención de anemia ferropénica. Es de tipo descriptivo y diseño no experimental, el tamaño muestral fue de 69 madres, se empleó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario. Se llegó entre otras conclusiones que:

“El nivel de conocimiento medio y la actitud siempre favorable corresponde a la mayoría de madres, lo cual permite evidenciar el aspecto informativo básico y la tendencia hacia el desarrollo de habilidades para el control de anemia ferropénica”.(15)

Este estudio fue de aporte para orientar en la estructura de la base teórica y la metodología.

Victorio A, en el año 2017 en Huancayo, realizó un estudio titulado “Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las madres de niños menores de 5 años sobre la anemia ferropénica en el Puesto de Salud de Hualhuas”, con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las madres de niños menores de 5 años. Es de tipo cuantitativo de corte transversal, descriptivo y observacional, la muestra estuvo conformada por un total de 270 madres, técnica empleada fue la entrevista y el instrumento utilizado un cuestionario. Se llegó entre otras conclusiones que:

"Las madres tienen un adecuado conocimiento sobre la anemia, tienen inadecuadas prácticas en el consumo de alimentos con alto contenido de Hierro y muestran una actitud negativa con respecto a la anemia"(16)

Este estudio fue de aporte para orientar en la estructura de la base teórica y la metodología.

Mamani Y, en el año 2017 en Puno, realizó un trabajo de investigación titulado “Conocimientos, actitud y prácticas de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad que asisten a la micro red Jaén-Puno”. El objetivo fue determinar los conocimientos, actitud y prácticas de las madres sobre la prevención de la anemia en niños menores de 5 años de edad. Es un estudio de tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal, correlacional. La muestra estuvo conformada por un total de 65 madres. Se aplicó la técnica de entrevista y como instrumento una escala tipo Likert. Se llegó entre otras conclusiones que:

"Si existe una correlación de Pearson: 0,362, lo cual indica que existe una correlación positiva entre las variables de conocimientos; 0,362, se muestra que existe una correlación positiva entre las variables de conocimientos y actitudes ; 0,462, lo cual indica que existe una correlación positiva entre las variables de actitudes y prácticas de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad que asisten a la Micro red JAE-Puno, Setiembre- Diciembre del 2017".(17)

Este estudio contribuyó en el conocimiento de la variable actitud además del manejo del instrumento.

Cari V. y Quispe Y, en el año 2017 en Puno, realizaron un estudio titulado "Conocimientos y prácticas sobre la anemia ferropénica en madres con niños de 6 a 24 meses de edad del Puesto de Salud Escuri, Juliaca" con el objetivo de determinar la relación entre conocimientos y prácticas sobre la anemia ferropénica en madres con niños de 6 a 24 meses de edad. La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento un cuestionario. Es un estudio tipo cuantitativo, correlacional de corte transversal. La población estuvo conformada por 62 madres con niños de 6 a 24 meses. Entre otras conclusiones se tiene que:

"Existe correlación directa y significativa entre conocimientos y prácticas sobre anemia ferropénica en madres con niños de 6 a 24 meses de edad del Puesto de Salud Escuri es decir, a mayor nivel de conocimientos mejores prácticas para la prevención de anemia ferropénica".(18)

Este trabajo de investigación contribuyó a orientar la base teórica de la variable anemia ferropénica y la metodología.

Ramos M, en el año 2017 en Puno, realizó un estudio titulado “Conocimientos y Actitudes sobre anemia, alimentación, prevención y tratamiento de las madre en relación al grado de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad, en el Centro de Salud clas Santa Adriana”. El objetivo fue determinar la relación de conocimientos y actitudes de las madres sobre anemia, alimentación, prevención y tratamiento y el grado de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad. Es de tipo cuantitativo, de método descriptivo, analítico de corte transversal, correlacional. La muestra con la que se trabajó fueron 63 madres con sus respectivos niños. Se aplicó la técnica de la entrevista y el instrumento fue la escala tipo Likert. Se llegó entre otras conclusiones que:

“No existe relación entre conocimientos de las madres y el grado de anemia que presentan sus niños. Del mismo modo en lo que respecta a relación entre actitudes y el grado de anemia, se deduce que no existe relación entre estas variables”.(19)

Este estudio fue de aporte para identificar la estructura de la base teórica sobre la anemia ferropénica.

Fernández N. y Acuña M, en el año 2015 en Ayacucho, realizaron un estudio titulado “Conocimiento y Actitud de la prevención de anemia ferropénica de las madres de niños de 6 a 36 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Regional de Ayacucho”, con el objetivo determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre la prevención de la anemia ferropénica de las madres. Es de tipo

cuantitativo, de método descriptivo y de corte transversal. La muestra con la que se trabajó fueron 50 madres. Se aplicó la técnica de la entrevista y el instrumento fue un test de conocimiento y una escala tipo Likert. Se llegó entre otras conclusiones que:

“El nivel de conocimiento de las madres sobre prevención de anemia ferropénica es deficiente, mientras que un 92% de las madres muestran actitudes favorables hacia las medidas preventivas de la anemia ferropénica, a pesar de que tienen un nivel de conocimiento deficiente”(20)

Este estudio fue utilizado como antecedente puesto que aporta en el conocimiento de la variable y su medición mediante el instrumento.

2.1.2 Base teórica

A. Aspectos teóricos conceptuales sobre la anemia ferropénica

La anemia en el Perú se ha convertido en un problema grave de salud pública, el cual genera angustia a nivel de todos los ámbitos de la salud, ya que ocurre en el periodo más crítico del desarrollo cerebral y sus consecuencias repercuten negativamente a nivel cognitivo, motor, emocional y social; por tanto es importante revisar detalladamente los aspectos teóricos de la anemia ferropénica.

A.1 Definición de Anemia ferropénica

Según el MINSA “Es la disminución de los niveles de hemoglobina a causa de la carencia de hierro”.(21) Además, es la enfermedad hematológica más frecuente en la infancia, producida por el pobre

aporte de hierro en el organismo, donde los valores normales varían según la edad y el sexo.

Según Oscar Gonzales (2012), es el descenso del contenido de hierro total en el organismo, y su etapa final, la llamada anemia por deficiencia de hierro, es una alteración en los glóbulos rojos que constituye un problema de salud pública, sobre todo en países en vías de desarrollo. En tal sentido es la disminución del número de eritrocitos en sangre a causa de la deficiencia de hierro, que ocurre principalmente durante la infancia.

El hierro es un mineral que el organismo necesita para fabricar la hemoglobina, y esta es una proteína que se encuentra en los glóbulos rojos y que transporta oxígeno de los pulmones hacia otros tejidos, y la mioglobina transporta oxígeno hacia los músculos. El hierro se encuentra también en enzimas y neurotransmisores, es por ello que por defecto genere secuelas en el desarrollo conductual, mental, social y en la disminución de los sistemas sensoriales auditivo y visual.(21)

A.2 Fisiopatología

El hierro que proviene de los alimentos se absorbe en el duodeno que es la primera parte del intestino delgado y en parte del yeyuno, luego que se absorba este se asocia a la proteína de transporte o Transferrina, formando un complejo, estos complejos se unen a los receptores de transferrina, que se encuentran en la superficie de las células, de manera que así el hierro es transportado al interior de las células.

Es importante mencionar que casi el 70% del hierro en el organismo es funcional es decir que forma parte de numerosos compuestos, de éste

cerca del 65% forma parte de la proteína llamada hemoglobina, alrededor del 15% está contenido en la mioglobina y las enzimas, el 20% se encuentra como reservas de hierro y solo el 0,2% está asociado a la transferrina, por ende los valores de hemoglobina van a depender principalmente del hierro ingerido en la dieta.

Se distinguen 3 estadios sucesivos de intensidad sintomática reciente en el déficit de hierro:

-La ferropenia latente, donde se percibe un descenso de las reservas de hierro que reflejan una concentración reducida de la ferritina sérica.

-La Ferropenia sin anemia, donde aumenta el déficit de hierro con mayor afectación bioquímica analítica pero sin afectación del hemograma.

-La Anemia ferropénica, que se manifiesta cuando la falta de hierro para la producción de eritrocitos produce una disminución significativa del nivel de hemoglobina en sangre.

El hierro es un micronutriente vital del sistema nervioso, ya que el cerebro lo obtiene a través de los receptores de transferrina, para su desarrollo. A través de un estudio con imágenes por resonancia magnética en el cerebro de niños y adolescentes se ha podido observar que el hierro se encuentra en concentraciones elevadas principalmente en el globus pallidus, el núcleo caudado, el putamen y la sustancia negra.

Las células que predominantemente contiene hierro en el cerebro son los oligodendrocitos, estas células son responsables de la producción de mielina en el sistema nervioso central ya que sintetizan los ácidos

grasos y el colesterol. Cuando existen niveles bajos de hierro, los oligodendrocitos aparecen inmaduros, y si estas células reciben un aporte inadecuado de hierro, durante periodos particulares del desarrollo temprano del cerebro, puede relacionarse al retardo de la maduración motora y alteraciones conductuales. También se ha demostrado que inducen alteraciones en las dendritas, lo cual puede afectar la sinaptogénesis, proceso en el cual se crean nuevas conexiones neuronales.(7)

A.3 Causas

El estado nutricional de hierro en una persona depende la proporción ingerida, la composición de la dieta y la absorción por la mucosa intestinal.(22)

Dentro de las causas de anemia ferropénica, la inadecuada ingesta de hierro y otros nutrientes es la más significativa. Asimismo la anemia se relaciona a varios factores sociodemográficos y del entorno del niño como por ejemplo el lugar de residencia, el bajo nivel económico, madre adolescente y con poco nivel educativo, edad menor a 24 meses, fiebre reciente, falta de control prenatal, parto en el hogar, anemia durante el embarazo y elevada presencia de enfermedades infecciosas.(22)

En el Perú el consumo incorrecto de hierro en la dieta y la elevada prevalencia de enfermedades infecciosas como diarreas y parasitosis son los principales factores que causan el problema de la anemia.

Según la Norma técnica Manejo terapéutico y preventivo de la Anemia en niños, adolescentes, mujeres, gestantes y puérperas (2017) del MINSA indica las siguientes causas de la anemia ferropénica:

- a. A causa del Incremento de las necesidades y/o bajos depósitos de hierro

Los recién nacidos pre términos y/o con bajo peso al nacer, los embarazos gemelares, los niños nacidos a término, los niños que presentan infecciones frecuentes, las madres gestantes (sobre todo en el 3er trimestre), adolescentes en edad fértil, y el clampaje temprano del cordón umbilical durante el parto, es decir antes del minuto.

- b. El Bajo aporte de hierro

Por el consumo de alimentos pobres en hierro a partir de los 6 meses de vida, alimentación complementaria después de los 6 meses, carencia de alimentos ricos en hierro principalmente de origen animal, dieta básicamente en carbohidratos, leche de vaca y otros mayor igual a 24 onzas/día y dieta rica en vegetales.

- c. Disminución de la absorción

La absorción disminuye con el té, café, mates, gaseosas, proteínas como la caseína, el suero de la leche, y la yema de huevo. Afecciones como diarreas, síndrome de mala absorción gastritis crónica, ausencia del duodeno pos quirúrgica y medicamentos como el Omeprazol, la Ranitidina, el Carbonato de Calcio, etc.

- d. Pérdidas sanguíneas

Se puede dar por la extravasación de sangre perinatal, intrauterina o digestiva, anemias hemolíticas intravasculares,

eliminación de sangre proveniente de los pulmones o bronquios, periodos menstruales con sangrados permanentes, ser portador de parásitos, tener infecciones por bacterias como el Helicobacter Pylori y uso prolongado de Antiinflamatorios No Esteroideos y Aspirina.

A.4 Signos y síntomas

La falta de hierro afecta a órganos y tejidos, lo que hace que sus manifestaciones clínicas sean inespecíficas y puedan asociarse a varias condiciones clínicas, por lo que es frecuente que pase desapercibida. La presencia o ausencia de estos signos y síntomas están habitualmente relacionado con el tiempo de duración de la enfermedad.(22) En la mayoría de los casos puede ser asintomática.

Los signos y síntomas más comunes son:

- Síntomas generales: Desgano al comer los alimentos, sueño incrementado, anorexia, poco rendimiento físico, fatiga, mareos, alteraciones en el crecimiento. La gravedad de este síntoma se relaciona con la velocidad con la cual se presenta la anemia, estos síntomas se manifiestan debido a que la hemoglobina es la proteína encargada de transportar oxígeno hacia los órganos, como el cerebro, el corazón, entre otros.
- Alteraciones de piel y faneras: Se percibe piel y mucosas pálidas, caída de cabello, uñas planas y quebradizas. Las mucosas pálidas aparecen debido a que la cantidad y/o calidad sanguínea se ve alterada, ya que la hemoglobina es el pigmento que da a los eritrocitos el color rojo. Las uñas quebradizas se deben a que el hierro es un componente

esencial en la enzima llamada ribonucleótido reductasa la cual ayuda al crecimiento celular.

- Alteraciones de conducta alimentaria: Existe una tendencia a comerse las uñas, el cabello, la tierra, el hielo, pasta dental, entre otros. Esta anomalía en el apetito es conocida como Pica, el cual tiene como factores el hambre, las náuseas, vómitos, molestias digestivas y aumento de la producción de saliva.
- Síntomas cardiopulmonares: La disnea de esfuerzo, que genera dificultad para respirar, la taquicardia y el soplo. Estas se pueden presentar cuando los niveles de hemoglobina son muy bajos. Sin el hierro necesario, el organismo no puede producir una cantidad idónea de hemoglobina, sustancia presente en los eritrocitos que les permite transportar oxígeno.
- Alteraciones bucales: Inflamación de la mucosa bucal, glositis, entre otros. El hierro es necesario para la regulación de los elementos de la transcripción para la replicación celular y la reparación, la falta de hierro puede causar una reparación ineficaz de las células epiteliales, sobre todo en la boca y los labios.
- Alteraciones inmunológicas: Se ve afectada la función leucocitaria ya que los leucocitos ven reducida su capacidad de neutralizar a los agentes patógenos.
- Síntomas neurológicos: Trastorno en el desarrollo psicomotor, de aprendizaje, de atención, en las funciones de memoria y en

los estímulos sensoriales. (20) Motivo por el cual el hierro forma parte de la mielinización de las neuronas, proceso que es responsable de establecer las conexiones neuronales, las cuales son críticas para el aprendizaje y la interacción social.

A.5 Métodos Diagnóstico

El diagnóstico requiere de una oportuna anamnesis asimismo del examen físico, y una evaluación de laboratorio. Los tipos de diagnóstico son:

a. Clínico

Se recogen los datos a través anamnesis y el examen físico.

- Anamnesis: Es un proceso donde se recogen datos en la historia clínica y permite conocer antecedentes de prematurez, patología perinatal, embarazos múltiples, pérdidas de sangre, trastornos gastrointestinales, procedencia de áreas geográficas con parasitosis, trastornos cognitivos, entre otros. (22)
- Examen físico: Se considera principalmente los siguientes aspectos:

Observar palidez y color en piel y mucosas, el color de la palma de las manos, examinar la coloración del lecho ungueal y observar la mucosa sublingual; ya que la hemoglobina es el pigmento que da a los eritrocitos el color rojo; asimismo se debe examinar la sequedad en la piel y la caída de cabello, debido a la carencia importante de nutrientes como la vitamina A, la cual es la encargada de evitar el secado de las glándulas sebáceas

y de favorecer la oxigenación de las células del folículo piloso fortaleciendo así el cabello. (21)

b. Laboratorio

- Hemoglobina: Es una hemoproteína compleja que transporta oxígeno, está conformada por un grupo hem y una porción proteínica, la globina.

Según la OMS los criterios para definir la anemia según niveles de hemoglobina son (hasta 1000 msnm) (2):

En niños nacidos a término:

- ❖ Menor de 2 meses: Se considera anemia menor de 13,5 g/dL
 - ❖ Niño de 2 a 6 meses: Se considera anemia menor de 9,5 g/dL
 - ❖ Niño de 6 meses a 5 años cumplidos:
 - Anemia Leve: Se considera de 10 a 10,9 g/dL
 - Anemia Moderada: Se considera de 7 a 9.9 g/dL
 - Anemia Severa: Se considera menor de 7 g/dL
-
- Hematocrito: “Es el volumen de glóbulos rojos con relación al total de la sangre, su susceptibilidad para detectar anemia es menor que la hemoglobina”.(21)

 - Ferritina sérica: Es una proteína que se encarga de almacenar el hierro, principalmente en el hígado, la médula ósea y el bazo.(21) Al nacer se elevan sus valores pero disminuyen progresivamente en los doce primeros meses de vida. Este

indicador mide las reservas de hierro en el cuerpo. Si se encuentra que los valores son normales, entonces la causa de la anemia no es la falta de hierro.

Si existe un cuadro inflamatorio agudo entonces la delimitación del valor normal varía según el resultado de medición de la proteína C reactiva.

Según la OMS los criterios para definir la deficiencia de hierro según la ferritina sérica son (23):

En menores de 5 años:

- ❖ Disminución de las reservas de hierro: En varones y mujeres se considera menor a 12
- ❖ Disminución de las reservas de hierro en presencia de proceso inflamatorio (PCR > 3 mg/L): En varones y mujeres se considera menor a 30

c. Exámenes auxiliares:

Se solicitan los siguientes exámenes:

- ✓ Examen de heces para verificar la presencia de parásitos intestinales.
- ✓ Examen de la Gota gruesa en residentes o provenientes de zonas endémicas de malaria. (21)
- ✓ Si existe sospecha de Enfermedad de Carrión se realiza cultivo de sangre periférica.

A.6 Consecuencias

En los dos primeros años de vida el crecimiento y desarrollo cerebral es rápido y es en donde se producen múltiples conexiones neuronales,

coincidentalmente esta etapa es la de mayor vulnerabilidad de deficiencia de hierro. El hierro pese a encontrarse en cantidades escasas en el ser humano participa en procesos indispensables para la vida tales como el transporte de oxígeno, la fosforilación oxidativa y la mielinización de las neuronas.

Las consecuencias también son a largo plazo, y afectan principalmente, el estado inmunológico, la termorregulación, el ritmo del sueño, el rendimiento físico, el desarrollo cerebral y el desarrollo motor.

A nivel del estado inmunológico, los leucocitos que son los glóbulos blancos ven reducida su capacidad de defensa contra los agentes infecciosos; “los linfocitos que son un tipo de glóbulos blancos presentan menor capacidad de replicación por lo que existe una menor concentración de células productoras del sistema inmunitario”.(6)

La termorregulación se ve afectada debido a que existe alteraciones en la función tiroidea y las catecolaminas, lo que produce una respuesta alterada a los ambientes fríos en los niños con deficiencia de hierro.

La arquitectura del sueño se ve interrumpida ya que el hierro influye en la progresión y establecimiento normal del sueño, además a través de un estudio electroencefalográfico del sueño se detectó que los lactantes con deficiencia de hierro muestran alteraciones en el electroencefalograma durante el sueño que tendrían importantes repercusiones en su comportamiento y atención.(6)

El rendimiento físico se altera debido principalmente a la reducción en el transporte de oxígeno y la capacidad de realizar actividad aeróbica.

A nivel del Sistema nervioso genera consecuencias en el desarrollo cerebral y el desarrollo motor. Es sabido que el hierro forma parte de la síntesis de mielina en el cerebro, por tanto un déficit de hierro afecta negativamente las funciones cognitivas y motoras. La hipomielinización provoca una conducción más pausada principalmente en los sistemas auditivo y visual, y ambos se mielinizan los primeros años de vida.(24)

El hierro forma parte procesos fundamentales como el metabolismo de los neurotransmisores específicamente de la dopamina y la serotonina, procesos que se llevan a cabo en el hipocampo.

El área motora alude a la capacidad de los niños para realizar el movimiento de sus músculos, diferenciándolo en habilidades motoras finas y gruesas. Si el niño presenta anemia durante los primeros años de vida va a influir en el desarrollo motor del niño ya que este es resultado de su entorno y factores personales.(25)

A.7 Tratamiento

El tratamiento consiste en finiquitar la anemia y corregir la causa inicial. Existe una gran variedad de productos que contienen hierro las cuales se pueden administrar indistintamente por la vía oral o parenteral.

El tratamiento por vía oral se brinda con sales ferrosas ya sea gluconato, succinato, fumarato y especialmente sulfato. La dosis recomendada en mg de hierro elemental es de 3 a 6 mg/kg/día fraccionada en 1 a 3 tomas diarias. El medicamento de elección es el sulfato ferroso que debe administrarse media hora antes o después de las comidas ya que muchos alimentos disminuyen su absorción. Cuando el sulfato ferroso se vuelve intolerante se debe indicar el hierro polimaltosado ya que es el que mejor tolerancia presenta.

“El tiempo de administración que se recomienda no es constante y una vez alcanzado los valores normales de hemoglobina y hematocrito, debe continuarse aún con la administración, en igual dosis y tiempo que fue el necesario para alcanzar el valor normal”.(26)

El tratamiento de hierro por vía parenteral se realiza exclusivamente en casos de mala absorción, malnutrición severa, intolerancia oral de hierro o incumplimiento terapéutico. La dosis a administrar, para revertir la anemia y reponer los depósitos, se calcula de la siguiente manera: $100 \times \text{volemia (ml)} \times 3,4 \times 1,5 = \text{mg de hierro}$, siendo 3,4: el factor de conversión de g de hemoglobina a mg de hierro y 1,5: hierro de depósitos. Se puede realizar la administración por vía intramuscular o por la vía endovenosa, si es así, se recomienda utilizar hierro sacarato. (22)

Según el MINSA en la Norma técnica Manejo terapéutico y preventivo de la Anemia en niños, adolescentes, mujeres, gestantes y puérperas (2017) el tratamiento de anemia leve o moderada en los niños que tienen entre 6 meses a 11 años de edad, se realiza con una dosis de 3 mg/kg/día vía oral de Sulfato ferroso o complejo polimaltosado férrico. Se indica durante 6 meses continuos y se realiza el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de haber iniciado el tratamiento.

Los niños que padecen de anemia severa y son diagnosticados en un Centro de Salud de menor capacidad se les refieren a un establecimiento más especializado, en donde se les evaluará específicamente. Aquellos que hayan tenido un desarrollo favorable al tratamiento y presenten anemia leve deberán continuar con su tratamiento en su establecimiento de origen durante 6 meses.

Asimismo es importante orientar a la madre sobre los posibles efectos colaterales que son generalmente temporales y pueden presentarse según el suplemento utilizado.

En relación al tratamiento con sulfato ferroso se absorbe mejor entre comidas, pero se incrementan las manifestaciones como náuseas, vómitos, constipación, diarrea, dolor abdominal y sabor metálico en la boca, lo que puede evitar su adherencia y eficacia. Para prevenir estos efectos se recomienda consumirlos 1 o 2 horas después de los alimentos.

En cuanto al hierro polimaltosado produce menos efectos secundarios y por tanto su adherencia es mayor.

A.8 Prevención

La prevención de la falta de hierro en los niños se da desde la etapa prenatal y continúa durante el periodo de lactancia y la primera infancia.

Durante la etapa prenatal la madre gestante tiene que recibir suplemento de ácido fólico y hierro desde la semana 14 de gestación, asimismo se realizará el corte tardío del cordón umbilical de 1 a 3 minutos luego del nacimiento como medida de prevención de la anemia ferropénica con lo cual se alcanza a mejorar los depósitos de hierro corporal en aproximadamente un 30%.

En la etapa posnatal, las medidas de prevención se basan en: lactancia materna exclusiva, suplementación medicamentosa, diversificación alimentaria principalmente alimentos ricos en hierro, fortificación de alimentos y el tamizaje de hemoglobina.

La lactancia materna exclusiva se tiene que dar al niño durante los 6 primeros meses de vida a pesar que la concentración de hierro en leche materna es relativamente baja de 0,2 a 0,4 mg/l de hierro, su absorción por parte del organismo del lactante es óptima.(6) Posterior a los 6 meses la lactancia materna es un complemento de los alimentos, por lo cual podemos decir que es necesaria hasta los 2 años.

La suplementación medicamentosa según el Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría (AAP) comienza a los 4 meses de edad para los lactantes alimentados exclusivamente con leche materna. En el Perú, el MINSA brinda suplementación preventiva con hierro a través de Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico en dosis de 2 mg/kg/día hasta los 6 meses de edad, luego se continúa con los Micronutrientes hasta completar los 360 sobres. El niño que no recibe los multimicronutrientes a los 6 meses de edad, lo podrá iniciar en cualquier edad, dentro del rango de edad establecido de 6 a 35 meses.

La diversificación alimentaria comienza a partir de los 6 meses de edad, donde más del 90% del requerimiento de hierro se obtiene a través de la alimentación complementaria. Según la FAO el requerimiento de hierro en los niños de 6 meses a 8 años es de 11 mg/día de hierro. Por tal motivo la OMS recomienda que el niño ingiera diariamente alimentos de origen animal, ya que los vegetales no proveen cantidades adecuadas de algunos micronutrientes. Existen 2 tipos de hierro en la dieta: hem y no hem. El hierro hem se encuentra en alimentos de origen animal (sangrecita, vísceras, carne de res, pescado) y se absorbe entre el 15 al 40% y prácticamente sin estar condicionado por la presencia de inhibidores de la absorción; por su

parte el hierro no hem se encuentra en los vegetales (menestras, legumbres, cereales, vegetales de hojas verde, frutos secos) y se absorbe solo entre el 2 al 10% siguiendo una ruta de absorción distinta a la del hierro hem ya que presenta una serie de interacciones con numerosos componentes de los alimentos que afectan su absorción. Los alimentos con mayor aporte de hierro se describen a continuación:

Alimentos	Cantidad de hierro en mg por ración de 2 cucharadas (30 gramos)
Sangre de pollo	8.9 mg
Bazo de res	8.6 mg
Riñón de res	3.4 mg
Hígado de pollo	2.6 mg
Charqui de res	2.0 mg
Pulmón	2.0 mg
Hígado de res	1.6 mg
Carne seca de llama	1.2 mg

Fuente: CENAN/INS/MINSA.2009. Tabla peruana de composición de alimentos. Lima. Perú

“Si estos alimentos se encuentran disponibles en el hogar se recomienda que el niño consuma al menos dos cucharadas de alimentos de origen animal que contengan hierro, al menos 3 días a la semana”.(27)

El potenciador de la absorción de hierro más conocido es la vitamina C, en forma de zumo de limón o naranja; y en lo que respecta a los inhibidores destacan, los filatos, los taninos, los oxalatos y el calcio. Por lo tanto cuando se consumen los alimentos ricos en hierro se

acompañan con los potenciadores de su absorción y se limitan los inhibidores.(28)

La fortificación de alimentos ha demostrado ser la estrategia más eficiente para abordar esta problemática. En la fortificación con hierro existen diversas estrategias, una de ellas consiste en añadirlo a un alimento básico de la población. . En el Perú el arroz es el alimento básico dominante por tanto el CENAN ha propuesto la fortificación de arroz con 4,2 mg de hierro por cada 100 g de arroz.

El tamizaje de hemoglobina en el Perú se realiza a partir de los 6 meses de edad dado que el porcentaje de anemia se incrementa súbitamente a esta edad, de aquí en adelante se realiza el examen cada 6 meses hasta que cumpla 2 años, a partir de los 2 años se realizará un dosaje de hemoglobina por año. “Los niños que no presentan anemia siguen con suplementación de hierro en gotas o con los multimicronutrientes; y quienes sí la padecen inician tratamiento con jarabe de sulfato ferroso”. (21)

A.9. Rol de la enfermera en el tratamiento y prevención de la anemia ferropénica

El profesional de enfermería es quien realiza el Control de crecimiento y desarrollo del niño y es allí donde se detecta de forma precoz riesgos, alteraciones o trastornos, todo ello para facilitar su rápido diagnóstico e intervención oportuna. En tal sentido a los 6 meses la enfermera solicita el examen de hemoglobina, si este resulta con valores normales se administra los mutlimicronutrientes y si se obtiene valores fuera del rango normal, es derivado al médico para su respectivo diagnóstico e iniciar tratamiento con hierro, orientando a la

madre sobre el adecuado consumo del hierro, los posibles efectos secundarios y el tiempo de administración. Asimismo realiza visitas domiciliarias, ya que no es suficiente con la entrega del insumo en el establecimiento de salud, también se requiere corroborar el consumo de hierro en el hogar. Estas visitas de seguimiento serán priorizadas en los niños de 4 y 5 meses y de 6 a 11 meses con diagnóstico de anemia. En caso la madre suspenda el tratamiento se debe reportar los casos y averiguar los motivos, para continuar motivando a la madre.

La enfermera constantemente está monitoreando el tratamiento, solicitando exámenes de hemoglobina y si existen casos que no responden al tratamiento los deriva al especialista.

B. Generalidades sobre Actitud

B.1 Definición de actitud

La actitud contiene una variedad de conceptos ya que es uno de los temas más estudiados dentro de la psicología social, lo que justifica la diversidad de conceptos que podemos encontrar.

Según la Real Academia Española (RAE) “La actitud es la disposición de ánimo manifestada de algún modo”.

Según Allport:

“Una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia que ejerce una influencia sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y situaciones”.

Según Rodríguez en 1987:

"Una actitud es una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto"(9)

Según Cantero y otros en 1998:

"Es la disposición intrínseca de carácter aprendido y duradero que sostiene respuestas a favor o en contra del individuo hacia un objeto; es el producto de todas las experiencias aprendidas directa o socialmente mediatizadas con dicho objeto o clase de objetos".(10)

Según Morales en el año 2000 (10):

"...predisposición aprendida, no innata, y estable aunque puede cambiar, a reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable ante un objeto (individuo, grupo, situaciones, etc.)"

De todas estas definiciones se puede inferir que la actitud es social por tanto es aprendida, y como resultado del proceso de socialización esta puede ser modificada. Asimismo las actitudes están compuestas por una carga afectiva que se encuentra a favor o en contra del objeto, el cual está predispuesto a una acción de acuerdo a sus creencias, valores y conocimientos previos.

En este contexto es importante mencionar que los profesionales de la salud se encuentran continuamente evaluando la actitud que toman las personas hacia su salud y fomentando la adquisición de aquellas que lo benefician. Conocer la actitud de los pacientes y las familias que vamos a atender, nos será útil ya que esta influye en la salud como por ejemplo en la adherencia y cumplimiento de los tratamientos, por tanto conocer cada uno de los componentes implicados en la actitud nos va a permitir proporcionar una información más persuasiva y eficiente.

B.2 Características

- La actitud es adquirida de acuerdo a las interacciones realizadas durante el proceso de socialización
- Son susceptibles de ser modificadas dado que son aprendidas.
- Están compuestas por una carga afectiva que refleja los sentimientos, deseos y voluntad.
- Generan respuestas de aceptación o rechazo hacia el objeto
- Son consideradas como estructuras compuestas, pues incluyen respuestas de naturaleza afectiva, cognitiva y conductual.
- Deben ser analizadas a través de sus respuestas observables
- Difieren de los instintos en que no son innatas sino adquiridas y se determinan de acuerdo a las experiencias vividas.(10)

B.3 Componentes

Según Rodríguez Kauth distingue tres componentes:

- a) Componente cognitivo: Está conformado por las percepciones, creencias, valores, pensamientos,

conocimientos acerca de un objeto. Por tanto los objetos que no son conocidos no pueden generar actitudes.

- b) Componente afectivo: Esta expresado en los sentimientos o emociones los cuales van a favorecer o contradecir nuestras creencias. Aquí radica la principal diferencia con las creencias y las opiniones.
- c) Componente conductual o conativo: Son las evidencias de actuación hacia el objeto. Es el componente operante de la actitud.

Es importante mencionar que los tres componentes de la actitud, no significa que pierda su carácter de variable unitaria. Como ya se ha señalado anteriormente, la actitud es “una condición intrínseca de carácter evaluativo y tal como indican diversos autores las respuestas cognitivas, afectivas y conductuales no son más que su expresión extrínseca”. (10)

B.4 Factores que influyen en la formación de actitudes

Raven y Rubin (1983) señalan que existen tres características de la experiencia directa que influyen en la actitud:(9)

- ✚ La cantidad de contacto: Es decir que depende de la cantidad de contacto con el objeto, ya que así el vínculo se hace más estrecho y más intenso.
- ✚ La calidad de la experiencia: Las actitudes formadas a través de la experiencia directa con un objeto, son más intensas en varios aspectos, que aquellas actitudes adquiridas desde otros.

- ✚ Las consecuencias que han acompañado tales contactos: Si ha habido una experiencia agradable favorecerá la fijación de una actitud.

B.5 Medición

Para la medición de la actitud, destacan 4 instrumentos por ser los más utilizados: la escala tipo Thurstone, la escala tipo Likert, el escalograma de Guttman y la escala de diferencial semántico. Generalmente se realiza a través de la escala tipo Likert, el cual se basa en un grupo de enunciados presentados en forma de proposiciones donde se pide la respuesta de los individuos a los que se les aplicará la encuesta. Es decir se pide a la persona que “exteriorice” su “reacción” eligiendo una de las categorías de la escala.

A cada ítem se le otorga un número, y la puntuación del sujeto se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de todos los ítems. Posteriormente se obtiene un valor que implica actitud favorable de indiferencia o desfavorable hacia un objeto. Según Eysenck las actitudes pueden ser clasificadas, medidas o valoradas de la siguiente manera:

- Actitud favorable: Es cuando la persona tiene una inclinación positiva, de aceptación de apoyo hacia el objeto
- Actitud desfavorable: Cuando la persona tiene una inclinación negativa, de distanciamiento, incompatibilidad por tanto provoca un rechazo hacia el objeto.
- Actitud de indiferencia: Se manifiesta neutralidad, ambivalencia por tanto prevalece el desinterés.

C. Teoría de Nola Pender “Modelo de Promoción de la Salud”

El modelo de Nola Pender pretende explicar la interacción de las personas con el entorno para lograr un buen estado de salud. “Además expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud.” (29)

“Este modelo parece ser una poderosa herramienta utilizada por el personal de enfermería para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, señalado por Nola Pender en su modelo”. (29)

Por lo mencionado anteriormente, entonces es la madre quien a través de sus conocimientos y su experiencia propia va a expresar una actitud determinada, ya sea para favorecer o no comportamientos de salud.

2.1.3 Definición operacional de términos:

Actitud: Es una disposición social que presentan las madres con niños de 6 a 24 meses hacia el tratamiento de la anemia ferropénica, y está compuesta por una carga cognitiva, conductual y afectiva

Madre: Es la persona de sexo femenino encargada del cuidado del niño de 6 a 24 meses de edad, que acude al Centro de salud para recibir el tratamiento de anemia de su niño.

Anemia Ferropénica: Es la disminución de los niveles de hemoglobina menor a 11 mg/dl en niños de 6 a 24 meses de edad a causa de la deficiencia de hierro.

2.1.4 Formulación de hipótesis

No se estableció hipótesis ya que según Hernández Sampieri no es necesario, porque es un estudio descriptivo donde no se pronostica un hecho o dato. (30)

2.1.5 Identificación de la variable

La variable del presente trabajo es única: Actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica.

2.2 DISEÑO METODOLÓGICO

2.2.1 Tipo, nivel y método de investigación

El estudio es de tipo cuantitativo, considerando que la variable es medible y cuantificable, es de nivel aplicativo, ya que parte de la realidad y contribuye a que las autoridades del centro de salud implementen programas preventivos promocionales a fin de disminuir el porcentaje de anemia infantil. El método es descriptivo, debido a que nos permite describir las características de la variable, y es de corte transversal porque nos concede la información en un periodo de tiempo y espacio determinado.

2.2.2 Descripción del área de estudio

El estudio se realizó en el Centro de Salud “Juan Perez Carranza”, ubicado en Jr. Cuzco 938, en el distrito de Cercado de Lima, Perú.

Esta institución, es un establecimiento de primer nivel de atención del MINSA de categoría I-3, que brinda atención integral de salud a la

persona por etapa de vida, en el contexto de su familia y comunidad con personal capacitado.

La infraestructura del Centro de salud consta de una planta física, donde se brinda atención a través de los consultorios externos de Enfermería, Obstetricia, Medicina, Odontología, Nutrición, Terapia Física, Psicología, Servicio social y Farmacia, asimismo con Programas, Estrategias, Triage, Tópico, Laboratorio clínico, Rayos X, Jefatura, Estadística y el área administrativa.

El programa de Crecimiento y Desarrollo cuenta con 5 consultorios, bajo la responsabilidad de 6 enfermeros, quienes atienden de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm y los sábados de 8:00 a 1:00 pm.

2.2.3 Población

Está compuesto por la madres que asisten con niños que tienen entre 6 y 24 meses de edad, al servicio de triaje de niños en el centro de salud y que respondan a los criterios de inclusión y exclusión, se estima un total de 48 madres, este valor se determinó mediante la media aritmética.

2.2.4 Criterios de inclusión

Madres:

- Acepten de manera voluntaria participar del estudio previo consentimiento informado.
- Primíparas
- Tengan niños de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia ferropénica.
- Que hablen castellano.

2.2.5 Criterios de exclusión

Madres:

- Presenten limitaciones para comunicarse.
- No se encuentren presente el día de la aplicación del instrumento.

2.2.6 Muestra

La muestra fue seleccionada a través del muestro no probabilístico por conveniencia. La cual estuvo conformada por madres de familia con niños entre 6 y 24 meses de edad, que cumplieron con los criterios de inclusión y que asistieron los días de aplicación del instrumento.

2.2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada fue la entrevista y el instrumento una escala tipo Lickert, que está compuesta de 4 partes; iniciando con la presentación, seguido de los datos generales, las instrucciones y el contenido propiamente dicho.

El instrumento contiene un total de 27 preguntas que corresponden a las dimensiones establecidas; la primera dimensión está referido al componente cognitivo y hay 12 preguntas, en la segunda dimensión sobre el componente conductual existen 8 preguntas y para la tercera dimensión sobre el componente afectivo 7 preguntas, todas ellas con una puntuación de 0 a 5.

El instrumento fue aplicado en forma personal a cada madre de familia en el servicio de Triage de niños, por parte de la investigadora.

Para determinar la validez del instrumento se realizó mediante el juicio de 8 expertos; 4 enfermeras especialistas en CRED, 1 nutricionista y 3 docentes expertos en investigación, quienes evaluaron y dieron sugerencias del instrumento según su criterio. Posterior a ello se aplicó la prueba binomial y para determinar el grado de confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto, cuyo resultado fue sometido a la prueba estadística Alfa de Cronbach, obteniéndose una confiabilidad de 0,72.

2.2.8 Plan de recolección y análisis estadístico de los datos

Para la recolección, se realizó los trámites administrativos con el Centro de Salud "Juan Perez Carranza" mediante una carta de presentación previamente solicitada a la escuela profesional de enfermería de la UNMSM.

Posteriormente con la autorización del centro de salud, se coordinó con la enfermera jefe y el personal a cargo del programa de CRED para tener las facilidades durante la aplicación del instrumento.

Luego se recolectaron los datos en aproximadamente 4 semanas. Después de la recolección de datos estos se procesaron en el programa de Microsoft Excel, luego se aplicó la escala de Stanones donde se obtuvo los intervalos o parámetros del valor final para cada dimensión.

Finalmente, se presentó los resultados en tablas y/o gráficos estadísticos, los cuales sirvieron de base para realizar el análisis e interpretación de la información obtenida.

2.2.9 Consideraciones éticas

Para la recolección de datos previamente se obtuvo el consentimiento informado, explicándoles el propósito de la investigación y la importancia de su participación, además se les indicó que la investigación será anónima y que la información recogida solo será para fines de la investigación.

Asimismo se tuvo en cuenta los principios bioéticos: el principio de “autonomía”, que consiste en la capacidad de las personas decidir su participación en la investigación, el principio de “beneficencia”, el cual nos habla de “Hacer el bien”, la obligación moral de actuar en beneficio de los demás, y el principio de “no maleficencia” que se centra en preocuparse por hacer el bien, y cuidarse de no hacer daño a una persona o a un colectivo, estos principios fueron tomados en cuenta durante el trabajo de investigación.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 RESULTADOS

Luego de haber recolectado los datos, estos son procesados en una matriz de codificación de forma que pueden ser representados en tablas y gráficos para favorecer su análisis e interpretación.

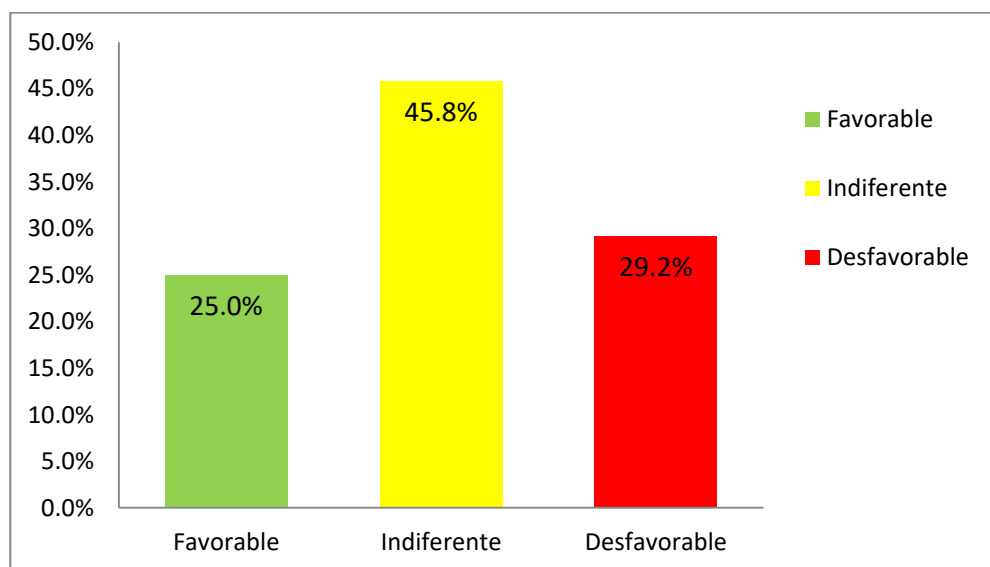
3.1.1 Datos generales:

Del total de 100% (48) de madres de familia que participaron en la investigación, el 4,2% (2) tienen entre 12 y 17 años, el 89.5% (43) entre 18 y 29 años y el 6.3% (3) entre 30 y 59 años; con respecto al estado civil el 22.9% (11) son solteras, el 20.8% (10) son casadas y el 56.3% (27) son convivientes, en relación al grado de instrucción el 66.6% (32) tienen estudios de secundaria, finalmente se encontró que el 56,2% (27) de madres trabajan y el 43,7% (21) no trabajan

En relación a los hijos de las madres de familia, el 54,1% (26) son de sexo femenino y el 45.9% (22) el son de sexo masculino, de ellos 64.6% (31) tienen entre 6 y 12 meses de edad, asimismo se encontró que el 87.5% (42) presenta anemia leve y el 12,5 % (6) anemia moderada. (VER ANEXO J).

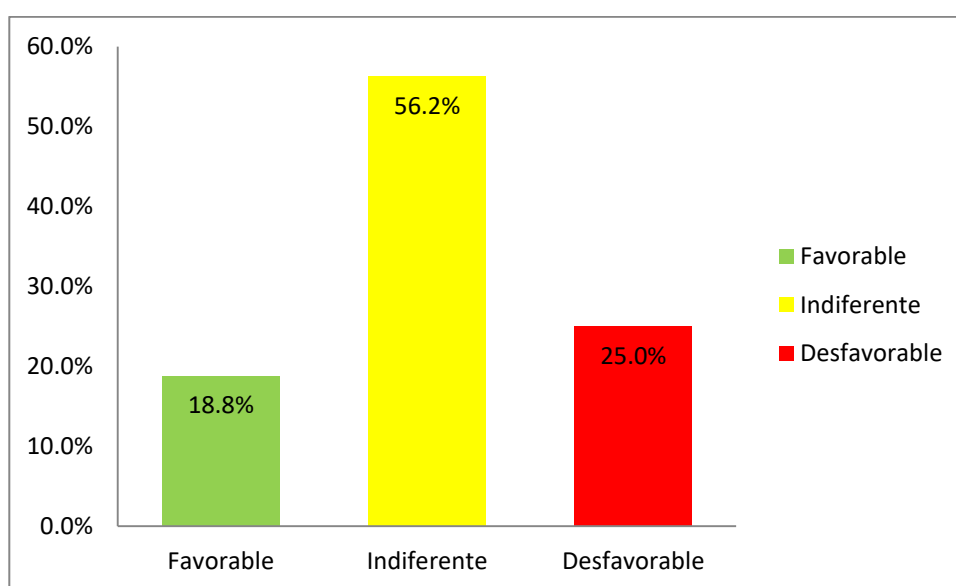
3.1.2 Datos específicos:

GRÁFICO 1
ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD
HACIA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA
EN UN CENTRO DE SALUD.
LIMA - 2019



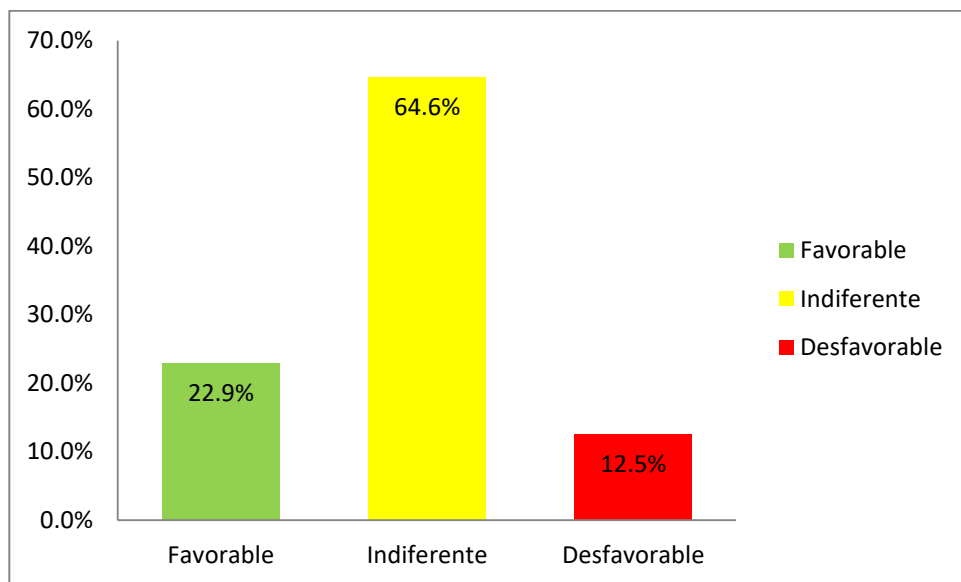
En el gráfico 1 podemos observar que el 45.8% (22) de madres tienen una actitud indiferente, el 29.2% (14) muestra una actitud desfavorable y el 25% (12) una actitud favorable. (VER ANEXO L)

GRÁFICO 2
ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD
HACIA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA
EN EL COMPONENTE COGNITIVO EN UN
CENTRO DE SALUD.
LIMA - 2019



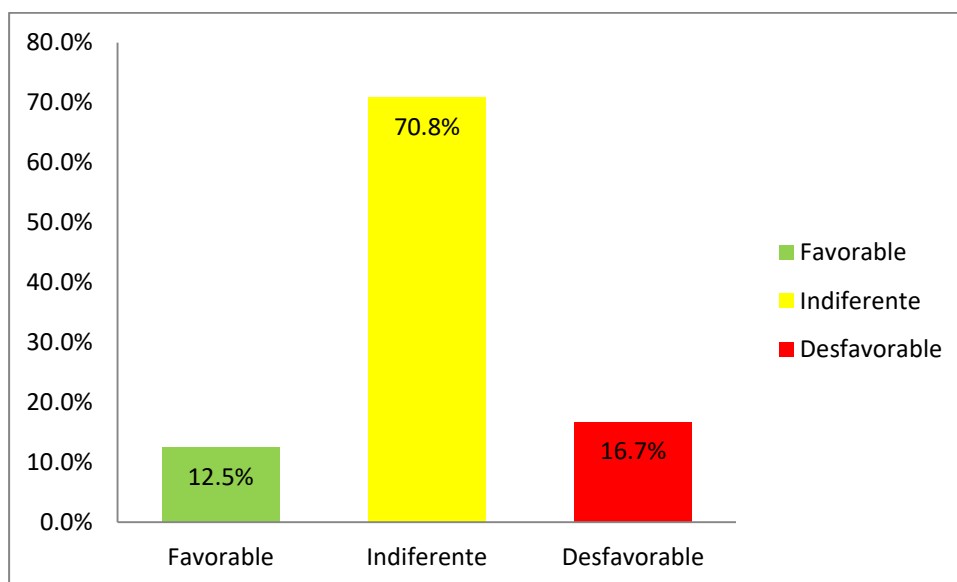
En el gráfico 2 referente a la actitud de las madres según el componente cognitivo se puede apreciar, que el 56.2% (27) muestra una actitud indiferente, el 25% (12) una actitud desfavorable y el 18.8% (9) muestra una actitud favorable. (VER ANEXO M)

GRÁFICO 3
ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD
HACIA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA
EN EL COMPONENTE CONDUCTUAL EN UN
CENTRO DE SALUD.
LIMA - 2019



En el gráfico 3 respecto a la actitud de las madres según el componente conductual, se puede apreciar que el 64.6% (31) presenta actitud de indiferencia, el 22.9%(11) tienen actitud favorable y el 12.5% (6) actitud desfavorable. (VER ANEXO N)

GRÁFICO 4
ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD
HACIA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA
EN EL COMPONENTE AFECTIVO EN UN
CENTRO DE SALUD.
LIMA - 2019



En el gráfico 4 respecto a la actitud de las madres según el componente afectivo, se puede apreciar que el 70.8%(34) presenta actitud de indiferencia, el 16.7% (8) presenta actitud desfavorable y el 12.5% (6) actitud favorable. (VER ANEXO Ñ)

3.2 DISCUSIÓN

Según Allport “La actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia que ejerce una influencia sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y situaciones”. En tal sentido el cuidado del niño con respecto a la prevención y tratamiento de la anemia se ve afectado por el conocimiento y experiencia de la persona responsable del cuidado del niño; en este contexto, estudios realizados por diferentes investigadores como el de Chiarcahuana y Mamani en el año 2018, muestra que una actitud favorable de la madre representa una buena predisposición para desarrollar actividades orientadas a evitar la aparición de anemia ferropénica.

Los resultados a los que se llegó en la presente investigación es que el 45.8% de madres encuestadas presentan una actitud de indiferencia, similar a los hallazgos en el estudio realizado por Victorio en el año 2017 donde el 40,4% de las madres tienen una actitud desfavorable, probablemente debido a que la población materna encuestada se encuentra entre los 21 a 30 años, edad que se caracteriza, sobre todo en las más jóvenes por la inestabilidad, indecisión, desinterés, desconocimiento o falta de experiencia con respecto al adecuado cuidado del niño con tratamiento de la anemia ferropénica.

Cabe señalar también que en el presente estudio solo el 25% presentó una actitud favorable lo cual difiere con los resultados de la investigación realizada por Ramos sobre “Conocimientos y Actitudes sobre anemia, alimentación, prevención y tratamiento de las madres en relación al grado de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad, en el

Centro de Salud Clas Santa Adriana” en el año 2017 donde el 54% de las madres mostraron una actitud favorable hacia la anemia, alimentación, diagnóstico y tratamiento, y solo un 9,5 % presentó una actitud desfavorable, sin embargo a pesar que las madres muestran una actitud favorable en su mayoría, el 57,1% presenta anemia leve, el 41,3% presenta anemia moderada y el 1,6% anemia severa, por lo que el autor deduce que las madres no muestran las actitudes que ellas refieren.

Similar resultado con el trabajo realizado por Ramos es hallado en el estudio realizado por Fernández y Acuña, sobre “Conocimiento y Actitud de la prevención de anemia ferropénica de las madres de niños de 6 a 36 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Regional de Ayacucho” en el año 2015, donde el 92% de las madres es decir casi la totalidad, muestran actitud favorable hacia las medidas preventivas de la anemia ferropénica y solo un 8% presenta actitud desfavorable. Ambos resultados difieren de los resultados a las que se llegó en la presente investigación.

En relación a la actitud de las madres según el componente cognitivo hacia el tratamiento de la anemia ferropénica se evidencia que más de la mitad, 56.2% presentan una actitud indiferente, seguido de una actitud desfavorable de 25% y en menor proporción una actitud favorable, 18.8%. Por lo tanto se infiere que las madres presentan creencias, valores, pensamientos, conocimientos de indiferencia hacia el tratamiento de la anemia. Esto evidencia que lo que conocen las madres es inexacto o equivocado ya que según Gagne (citado por Cotacalla, 2010) los objetos que no son conocidos no pueden generar actitudes favorables, por ello que es el componente cognitivo es

importante generar actitudes favorables que faciliten el bienestar de las personas.

Asimismo se deduce que por ser una población materna joven, donde el 89.5% se encuentra entre los 18 y 29 años de edad y con estudios básicos de secundaria en su mayoría (66.6%), es probable que los conocimientos, creencias que poseen no son lo suficiente para desarrollar una actitud favorable. Por ello es relevante el rol de la enfermera en la prevención y tratamiento de la enfermedad, ya que es quien debe educar, sensibilizar e informar sobre la anemia ferropénica en diversos escenarios de la salud, en las viviendas, mediante las visitas domiciliarias, las sesiones demostrativas, entre otras actividades. Además es importante resaltar que este resultado coincide con aquello que se encontró en el estudio realizado por Victorio en el año 2017 donde el 43,3% de la población materna encuestada cuenta con solo estudios secundarios completos.

Los hallazgos también coinciden con Mamani que en el año 2017 en Puno realizó un trabajo de investigación sobre “Conocimientos, actitud y prácticas de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad que asisten a la micro red Jaén-Puno” donde muestran resultados similares, del 100% de madres participantes, el 27.7% tienen conocimientos buenos, el 52.3% presentan conocimiento regular y el 20 % conocimiento deficiente. Ante esto es importante mencionar que ENDES publicó en el 2018 que Puno continúa ocupando el primer lugar en el Perú con 76% de niñas y niños con anemia.

También se puede evidenciar que los resultados de la presente investigación coinciden con el estudio realizado por Fernández y Acuña, en el año 2015 sobre “Conocimiento y Actitud de la prevención de anemia ferropénica de las madres de niños de 6 a 36 meses en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Regional de Ayacucho” donde el 50% de madres tienen un nivel de conocimiento deficiente y el 32% evidencia conocimientos regulares, tales resultados no coinciden con la actitud favorable que presentan las madres hacia la prevención de la anemia, lo cual indica que la actitud no solo se ve influenciada por la información previa sobre algo o alguien, sino que también depende del medio, las costumbres y creencias que conllevan a prácticas positivas o negativas.

En relación a la actitud de las madres según el componente conductual se evidencia que el 22% de madres presentan actitud favorable, motivo por el cual es importante resaltar que a diferencia de los otros componentes este presenta un mayor porcentaje de madres con actitud favorable. Los resultados obtenidos difieren con los resultados del estudio realizado por Mamani en el año 2017, donde solo el 9,2% de madres presentaron conductas excelentes y el 33.8% conductas riesgosas sobre la prevención de la anemia.

Los resultados de la presente investigación también difieren con el estudio realizado por Cari y Quispe, en el año 2017, donde del 100% de madres participantes, el 93.5% tiene conductas inadecuadas y solo el 6,5% tiene conductas adecuadas, esto debido a que el 71% de las madres iniciaron tardíamente la alimentación complementaria, y según la Norma Técnica manejo terapéutico y preventivo de la Anemia, se sabe que el inicio de la alimentación complementaria juega un papel

determinante en los valores de hemoglobina, un inicio tardío predispone al diagnóstico de anemia, ya que los requerimientos de hierro del niño a partir de los 6 meses aumenta notablemente.

En relación a la actitud de las madres según el componente afectivo el 70,8% presenta una actitud indiferente hacia el tratamiento de la anemia ferropénica, lo cual indica que las madres presentan en su mayoría sentimientos o emociones de desdén hacia el tratamiento de la anemia ferropénica.

En tal sentido nuestros resultados demuestran que uno de los factores principales de porque se mantienen los porcentajes altos de anemia en el Perú es debido a que la madre no presenta una actitud favorable hacia el tratamiento de la anemia ferropénica, tal hecho genera mucha preocupación en todos los ámbitos y niveles de salud, ya que las consecuencias repercuten negativamente en el desarrollo del niño a nivel cognitivo, motor, emocional y social.

Se conoce que la actitud surge como producto de las relaciones sociales, prejuicios, costumbres, valores, discriminación, entre otros, por tanto es aprendido y puede ser modificable. Este se realiza mediante la persuasión; según el enfoque tradicional se aborda la persuasión analizando los componentes elementales de la comunicación persuasiva: la fuente del mensaje, la estructura, el contenido del mensaje, el medio en el cual se expresa y la audiencia o los receptores del mensaje.

La madre cumple un papel vital en la vida infantil, por lo tanto, es ella quien va a recibir toda la educación teórica- práctica en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo y es allí donde el personal de enfermería

podrá fortalecer o revertir la actitud de la madre ante este problema de salud pública que causa consecuencias negativas e irreversibles en el niño.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- ✓ La actitud que presentan las madres hacia el tratamiento de la anemia ferropénica es en su mayoría, una actitud de indiferencia, seguido de una actitud desfavorable, lo que significa que existe inestabilidad, indecisión, desinterés por parte de las madres de familia hacia el tratamiento de la anemia ferropénica, esto puede afectar el cumplimiento y mantenimiento del tratamiento.

- ✓ Existe un alto porcentaje de madres que presentan una actitud de indiferencia hacia la anemia ferropénica en el componente cognitivo lo cual podría estar influenciado por creencias, valores, pensamientos, conocimientos de indiferencia hacia el tratamiento de la anemia.

- ✓ Existe un porcentaje significativo de madres que presentan actitud de indiferencia hacia la anemia ferropénica en el componente conductual.

- ✓ La mayoría de madres presentan una actitud de indiferencia hacia la anemia ferropénica en el componente afectivo

4.2 RECOMENDACIONES

- ✓ Al equipo multidisciplinario, identificar la actitud de la madre hacia el tratamiento de la anemia y de acuerdo a ello, fortalecer la actitud favorable o aplicar técnicas de persuasión (a través de las visitas domiciliarias, sesiones demostrativas) frente a una actitud desfavorable.
- ✓ Al profesional de enfermería, tener una programación anual de sesiones demostrativas en donde se incluya los alimentos ricos en hierro y así fomentar una actitud favorable durante la preparación de los alimentos y prevenir la anemia infantil.
- ✓ A las autoridades del centro de salud “Juan Perez Carranza” tomar decisiones pertinentes en relación a los hallazgos.
- ✓ A los estudiantes, realizar investigaciones con una población mayor y con características similares al estudio para confirmar los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Freire WB. La anemia por deficiencia de hierro: Estrategias de la OPS/OMS para combatirla. *Salud Publica Mex.* 1998;40(2):199-205.
2. OMS. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. *Education [Internet]*. 2011;1-7. Disponible en: http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de resultados de los programas presupuestales, primer semestre 2018. *Inst Nac Estadística e Informática [Internet]*. 2018;15-30. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/ppr/Indicadores_de_Res ultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Se mestre_2018.pdf
4. MIDIS. Plan Multisectorial de lucha contra la Anemia. En: Perú. 2018. p. 124. Disponible en: <http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/plan-multisectorial-de-lucha-contra-la-anemia-v3.pdf>
5. Ministerio de Salud del Peru (MINSA). Plan Nacional para la reducción y control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021 [Internet]. 2017 Perú; 2017 p. 65. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>
6. Moráis López A, Dalmau Serra J. Importancia de la ferropenia en el niño pequeño: repercusiones y prevención. *An Pediatría.* 2011;74(6):415.e1-415.e10.
7. Lic. Yenela García Hernández¹, Dr. Raúl González Hernández² LMGP y DEAG. Desarrollo neural y deficiencia de hierro. (Spanish). *Rev CENIC Ciencias Biol [Internet]*. 2005;36:1-. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=27617307&site=ehost-live&scope=site>
8. Creed-Kanashiro H, Espinola N, Prain G. Desarrollo de una papilla a base de camote Fortaleciendo la nutrición infantil en Perú. 2007. 106 p.

9. Barra E. Psicología Social. Vol. 72. Chile: Universidad de Concepción; 1998.
10. Capítulo 2: Teoría General de las Actitudes. [Internet]. Disponible en:
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8906/02CapituloParteI.pdf>
11. J.C. M, B.N. A. An overview of evidence for a causal relation between iron deficiency during development and deficits in cognitive or behavioral function. Am J Clin Nutr [Internet]. 2007;85(4):931-45. Disponible en:
<http://www.ajcn.org/cgi/reprint/85/4/931%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed8&NEWS=N&AN=2007172604>
12. Ajete S. Conocimiento, Actitudes y prácticas alimentarias de madres con niños de 6 a 24 meses en Cuba. Revista de Salud Pública y Nutrición [Internet]. 2017;16:10-9. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2017/spn174a.pdf>
13. Hualca Cabrera M. Estrategias preventivas de factores de riesgo de anemia ferropénica en niños entre 6 y 24 meses de edad que acuden al Centro de Salud rural Santa Rosa de Cuzubamba de Cayambe. [Internet]. Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2016. Disponible en:
<http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/3601>
14. Unigarro A. Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres acerca de la anemia por deficiencia de hierro en niños de 5 a 12 años de edad que acuden al servicio de consulta externa del Hospital Básico San Gabriel, Provincia del Carchi. [Internet]. Universidad Técnica del Norte. Ecuador.; 2010. Disponible en:
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/709/2/06>
15. Mamani Quispe RE, Chiarccahuana Morales MC. Conocimiento y actitud sobre la prevención de anemia ferropénica en Madres de niño menores de 3 años atendidos en el servicio de control de crecimiento y desarrollo del niño año, Hospital San Juan de Lurigancho, Lima - 2018. [Internet]. Universidad María Auxiliadora. Perú; 2018. Disponible en:
<http://repositorio.uma.edu.pe/handle/UMA/171>

16. Victorio Yantas AL. Conocimientos , actitudes y prácticas de las madres de niños menores de 5 años sobre la anemia ferropénica en el Puesto de Salud de Hualhas. [Internet]. Universidad del Centro del Perú; 2018. Disponible en: [http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3127/Valerio Laureano.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3127/Valerio%20Laureano.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
17. Mamani diaz YE. Conocimientos, actitud y prácticas de las madres sobre la prevención de la anemia en niños menores de 5 años de edad que asisten a la Micro red JAE- Puno, Setiembre – Diciembre del 2017. [Internet]. Universidad Nacional del Altiplano; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/7916>
18. Cari YM, Quispe YC. Conocimientos y prácticas sobre la anemia ferropénica en madres con niños de 6 a 24 meses de edad del Puesto de Salud Escuri, Juliaca – 2017. 2017; Disponible en: [http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/932/Yolysa _Cari_Tesis_Bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/932/Yolysa_Cari_Tesis_Bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
19. Ramos M. Conocimientos y actitudes sobre anemia, alimentación , prevención y tratamiento de las madres en relación al grado de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad, en el centro de salud clas Santa Adriana Juliaca Marzo- Abril 2017. 2017;96.
20. Fernandez N, Acuña M. Conocimiento y actitud de la prevención de anemia ferropénica de las madres de niños de 06 a 36 meses en el consultorio de crecimiento y desarrollo. Univ Nac San Cris Huamanga. 2015;
21. MINSA. Norma Técnica - Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres, gestantes y puérperas. 2017;41.
22. Comité Nacional de Hematología oncología y medicina transfusional y CN de N. Deficiencia de hierro y anemia ferropénica. Guía para su prevención, diagnóstico y tratamiento. Arch Argent Pediatr. 2017;115(04):68-82.
23. OMS. Concentraciones de ferritina para evaluar el estado de nutrición de hierro en las poblaciones. 2011;1-5.
24. Dávila-Aliaga CR. Anemia infantil. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2019;7(2):74-87.

25. Zavaleta N, Astete-Robilliard L. Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* [revista en Internet] 2017 [acceso 20 de febrero de 2019]; 34(4): 716-722. 2017;
26. Ruíz Fernández NA. Deficiencia De Hierro Y Funcion Cognitiva En La Edad Escolar Y Adolescencia. 2005;68. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3679/367935531007.pdf>
27. MINSA. Pautas básicas para la Consejería en Alimentación Infantil. En 2001. p. 52.
28. Pilar V, Blanco R, Toxqui L. Nutrición y Anemia. *Man Práctico Nutr y Salud* [Internet]. 2016;367-76. Disponible en: https://www.kelloggs.es/content/dam/europe/kelloggs_es/images/nutrition/PDF/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_23.pdf
29. Pender N. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Univ* [Internet]. 2011;8(4):16-23. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
30. Sampieri R. *Metodología de la Investigación* [Internet]. 6ta edició. McGRAW - HILL, editor. México; 2014. 300 p. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A Operacionalización de la variable	I
B Matriz de consistencia del Instrumento “Actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la Anemia Ferropénica”	III
C Instrumento “Actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la Anemia Ferropénica”	VI
D Consentimiento informado	IX
E Prueba binomial “Tabla de concordancia”	X
F Tabla de códigos	XI
G Tabla de matriz de datos	XIV
H Prueba estadística de confiabilidad	XIV
I Categorización de la variable actitud	XV
J Niños de 6 a 24 meses de edad con Anemia en el C.S “Juan Perez Carranza”. Enero – Noviembre. 2018	XVIII
K Matriz del proyecto de investigación	XIX
L Datos generales	XXII
M Actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en un centro de salud. Lima. 2019	XXIII
N Actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad según el componente cognitivo hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en un centro de salud. Lima. 2019	XXIII

- Ñ Actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad según el componente conductual hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en un centro de salud. Lima. 2019 XXIV
- O Actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad según el componente afectivo hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en un centro de salud. Lima. 2019 XXIV

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE “ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES HACIA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA”

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
ACTITUDES DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES HACIA LA ANEMIA FERROPÉNICA	Actitud: Es una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con los componentes de la variable de estudio.	COMPONENTE COGNITIVO	<p>Conocimientos pensamientos, estereotipos (ideas) y creencias sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Causas de la anemia ferropénica • Signos y Síntomas de la anemia ferropénica • Consecuencias de la anemia ferropénica • Método diagnóstico de la anemia ferropénica • Sulfato ferroso o Complejo polimaltosado • Medidas de prevención de la anemia ferropénica 	FAVORABLE	Actitud: Es una disposición social, compuesta por una carga afectiva, cognitiva y conductual que presentan las madres de niños de 6 a 24 meses hacia la anemia ferropénica y que será medido a través de una escala de Likert obteniendo como valor final; actitud favorable, y
			<p>Las intenciones, el actuar y comportamiento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicio de la alimentación rica en hierro de origen animal y vegetal. 	INDIFERENTE	

		<p>COMPONENTE CONDUCTUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de alimentos ricos en hierro • Frecuencia de alimentos ricos en hierro • Aporte de hierro alimenticio y medicamentoso • Perseverancia en el tratamiento de la anemia 	<p>DESFAVORABLE</p>	<p>desfavorable.</p>
	<p>COMPONENTE AFECTIVO</p> <p>Sentimientos (Angustia, estrés, depresión, miedo, esperanza), Gustos y preferencias sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de anemia • Consumo de alimentos ricos en hierro • Tratamiento de la anemia 			

ANEXO B

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL INSTRUMENTO “ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD HACIA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA”

VARIABLE: “ACTITUDES DE LAS MADRES HACIA LA ANEMIA FERROPÉNICA	
INDICADOR	ENUNCIADOS
<p>Conocimientos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Causas de la anemia ferropénica • Signos y Síntomas de la anemia ferropénica • Método diagnóstico de la anemia ferropénica • Consecuencias de la anemia ferropénica • Tratamiento de la anemia ferropénica 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Creo que el poco consumo de alimentos ricos en hierro (sangrecita, hígado, bazo) hace que mi niño tenga anemia. 2) El hierro se absorbe mejor cuando mi niño consume infusiones como manzanilla, té, café. 3) Creo que el sueño incrementado es un síntoma de la anemia. 4) Considero innecesario realizar el descarte de anemia en mi niño. 5) Considero que el examen de sangre es una buena opción para detectar la anemia. 6) La anemia infantil produce problemas de aprendizaje a largo plazo 7) Sé que la anemia no duela, no molesta pero es muy perjudicial para el cerebro de mi niño. 8) Pienso que el jarabe de hierro es innecesario para curar la anemia. 9) Si mi niño tiene valores de hemoglobina menor a 11 debe recibir tratamiento con hierro. 10) Es necesario que mi niño consuma alimentos de origen animal (hígado, sangrecita,

<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de la anemia ferropénica 	<p>pescado).</p> <p>11)Pienso que mi niño debe consumir los micronutrientes (chispitas) para prevenir la anemia.</p> <p>12)Es importante evitar las agüitas de hierbas, mates cuando mi niño come sus frijoles, lentejas, u otras menestras que contienen hierro.</p>
<p>Comportamiento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicio de la alimentación rica en hierro de origen animal y vegetal. • Cantidad de alimentos ricos en hierro • Frecuencia de alimentos ricos en hierro. • Aporte de hierro alimenticio y medicamentoso. • Perseverancia en el tratamiento de la anemia 	<p>13)Preparo alimentos ricos en hierro a mi niño a partir de los 9 meses de edad.</p> <p>14)Mi niño recibe de 2 a más cucharadas de alimentos ricos en hierro (hígado, bazo, sangrecita, etc.) por día.</p> <p>15)A mi niño le doy alimentos ricos en hierro mínimo tres veces a la semana.</p> <p>16)Me da igual preparar hígado, sangrecita, pescado, pollo o darle huevo, lo importante es que coma.</p> <p>17)Darle menestras a mi niño(a) mejora los niveles de hemoglobina.</p> <p>18)Mi niño reciba su jarabe de hierro todos los días</p> <p>19)Debo darle a mi niño su jarabe de hierro alejado del horario de los alimentos.</p> <p>20)Por razones particulares dejo de ir al centro de salud para recibir el tratamiento de anemia de mi niño.</p>
<p>Sentimientos, gustos y preferencias sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de anemia 	<p>21)Que mi niño tenga anemia me es indiferente.</p> <p>22)Me da alegría saber que la anemia es una enfermedad que se cura.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de la anemia 	<p>23) Me causa desinterés que mi niño reciba una alimentación pobre en hierro.</p> <p>24) Me fastidia tener que preparar alimentos ricos en hierro a mi niño(a) al menos 3 veces por semana.</p> <p>25) Me agrada cumplir con el tratamiento de mi niño tal como el médico me ha indicado.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de la anemia 	<p>26) Me da miedo darle a mi niño el jarabe de hierro debido a los efectos secundarios (estreñimiento, náuseas, diarrea) que produce.</p> <p>27) Me angustio cuando mi niño no completa su tratamiento de la anemia.</p>

ANEXO C

INSTRUMENTO

I. PRESENTACION

Estimado Sr. (a) mi nombre es Tatiana Sotelo Quijandria, soy interna de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y actualmente estoy desarrollando un estudio con el objetivo de determinar las Actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la Anemia Ferropénica en un Centro de Salud. Lima. 2019

El desarrollo y los resultados del presente estudio son de carácter ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL, por lo cual se le solicita por favor que responda con la mayor sinceridad posible.

Agradezco con anticipación su gentil colaboración.

II. DATOS GENERALES:

Fecha:.....

Madre:

1. Edad:.....

3. Estado civil: a. soltera () b. casada () c. conviviente () d. viuda ()
e. Divorciada/Separada ()

4. Grado de instrucción: a. Sin instrucción () b. Primaria () c. Secundaria () d. Técnico Superior () e. Superior Universitario ()

5. En la actualidad trabaja: si () no ()

Niño:

1. Edad:..... 2. Sexo:..... 3. Hemoglobina:

III. INSTRUCCIONES

Por favor, lea atentamente y responda marcando con un aspa (X), teniendo en cuenta las siguientes opciones:

1. Totalmente de acuerdo (TA): Es en todas las ocasiones
2. Acuerdo (A): La mayoría de ocasiones si

3. Indeciso (I): Es en algunas ocasiones si, en algunas ocasiones no
4. Desacuerdo (D): La mayoría de ocasiones no
5. Totalmente en desacuerdo (TA): Es en ninguna ocasión

IV. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO

N ^o	ITEMS	TA	A	I	D	TD
1.	Creo que el jarabe de hierro es innecesario para curar la anemia.					
2.	Considero que el examen de sangre es una buena opción para detectar la anemia.					
3.	Considero innecesario realizar el descarte de anemia en mi niño.					
4.	A mi niño le doy alimentos ricos en hierro, mínimo tres veces a la semana.					
5.	Es importante darle a mi niño su jarabe de hierro alejado del horario de los alimentos.					
6.	Sé que la anemia no duela, no molesta pero es muy perjudicial para el cerebro de mi niño.					
7.	Me da miedo darle a mi niño el jarabe de hierro debido a los efectos secundarios (estreñimiento, náuseas, diarrea) que produce.					
8.	Que mi niño tenga anemia me es indiferente.					
9.	Darle menestras a mi niño(a) mejora los niveles de hemoglobina.					
10.	Es importante evitar las agüitas de hierbas, mates cuando mi niño come frijoles, lentejas, u otras menestras que contienen hierro.					
11.	Me da igual preparar hígado, sangrecita, pescado, pollo o darle huevo, lo importante es que coma.					
12.	Creo que el sueño incrementado es un síntoma de la anemia.					
13.	Es importante que mi niño reciba de 2 a más cucharadas de alimentos ricos en hierro (hígado, bazo, sangrecita, etc.) por día.					
14.	Me da alegría saber que la anemia es una enfermedad que se cura.					
15.	Pienso que mi niño debe consumir los micronutrientes (chispitas) para prevenir la anemia.					

16.	Me fastidia tener que preparar alimentos ricos en hierro a mi niño(a) al menos 3 veces por semana.					
17.	Me angustio cuando mi niño no completa su tratamiento de la anemia.					
18.	Es fastidioso tener que darle el jarabe de hierro a mi niño todos los días.					
19.	Me causa desinterés que mi niño reciba una alimentación pobre en hierro.					
20.	Me agrada cumplir con el tratamiento de mi niño tal como el médico me ha indicado.					
21.	La anemia infantil produce problemas de aprendizaje a largo plazo.					
22.	El hierro se absorbe mejor cuando mi niño consume infusiones como manzanilla, té, café.					
23.	Es necesario que mi niño consuma alimentos de origen animal (hígado, sangrecita, pescado) para prevenir la anemia.					
24.	Por razones particulares dejo de ir al centro de salud para recibir el tratamiento de anemia de mi niño.					
25.	Creo que el poco consumo de alimentos ricos en hierro (sangrecita, hígado, bazo) hace que mi niño tenga anemia.					
26.	Preparo alimentos ricos en hierro a mi niño a partir de los 9 meses de edad.					
27.	Si mi niño tiene valores de hemoglobina menor a 11 debe recibir tratamiento con hierro.					

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación que lleva como título: **“Actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en un Centro de Salud. Lima. 2019”**; realizado por la Srta. Tatiana del Pilar Sotelo Quijandria. Asimismo, expreso que he sido informado(a) del propósito y de los objetivos del estudio; teniendo la confianza plena de que la información vertida en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

.....

FIRMA DEL INVESTIGADOR

.....

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ANEXO E
PRUEBA BINOMIAL- TABLA DE CONCORDANCIA
JUICIO DE EXPERTOS

Ítems	Número de jueces							Prob.
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0,008
2	1	1	0	1	1	1	1	0,062
3	1	1	1	1	0	1	1	0,062
4	1	1	1	1	1	1	1	0,008
5	1	0	1	1	1	1	1	0,062
6	1	1	1	1	0	1	1	0,062
7	1	0	1	1	1	1	1	0,062

$P = 0,326/7 = 0,04$

Si $P < 0.05$ La concordancia es significativa

ANEXO F

TABLA DE CÓDIGOS

DATOS GENERALES	CÓDIGO	CATEGORÍA	CÓDIGO
MADRE			
1. Edad	1	12-17	1
		18-29	2
		30-59	3
2. Estado civil	2	Soltera	1
		Casada	2
		Conviviente	3
		Viuda	4
		Divorciada/ Separada	5
3. Grado de instrucción	3	Sin instrucción	1
		Primaria	2
		Secundaria	3
		Técnico superior	4
		Superior Universitario	5
4. En la actualidad trabaja	4	Si	1
		No	2
NIÑO			
5. Edad	5	6-12 meses	1
		13-18 meses	2
		19-24 meses	3
6. Sexo	6	Femenino	1
		Masculino	2
7. Tipos de anemia	7	Leve	1
		Moderada	2
		Severa	3

Contenido: Actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses hacia el tratamiento de la anemia ferropénica					
ITEM POSITIVO 2,4,5,6,9,10,12,13,14,15,17,20,21,23,25,27	TA	A	I	D	TD
	5	4	3	2	1
ITEM NEGATIVOS 1,3,7,8,11,16,18,19,22,24,26	TA	A	I	D	TD
	1	2	3	4	5

ANEXO G

TABLA DE MATRIZ DE DATOS

N° Personas	DATOS GENERALES							ACTITUDES DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES HACIA LA ANEMIA FERROPÉNICA																												TOTAL		
	Madre				Niño			Componente cognitivo										Componente conductual								Componente afectivo												
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	6	10	12	15	21	22	25	27	S	4	5	9	11	13	18	23	26	S	7	8	14	16	17	19	20		24	S
1	2	3	3	1	1	2	1	4	5	4	5	2	4	5	3	3	4	5	44	5	4	5	1	2	4	5	2	28	4	4	4	4	5	4	5	4	34	106
2	2	3	3	2	1	1	2	4	5	4	5	5	4	4	4	3	4	5	47	3	3	5	3	5	4	4	4	31	5	5	5	4	4	4	4	4	35	113
3	2	3	4	2	1	2	1	4	5	4	5	2	2	2	3	3	4	4	38	5	2	5	2	4	4	5	2	29	4	4	5	4	5	4	4	4	34	101
4	3	2	3	2	3	1	1	1	5	4	5	5	5	5	5	4	2	5	46	5	5	5	4	3	4	5	1	32	4	4	5	4	5	4	4	3	33	111
5	2	1	3	2	1	1	1	2	2	4	4	4	2	4	4	3	5	4	38	4	3	4	4	4	4	3	4	30	4	3	4	4	5	5	4	4	33	101
6	2	1	3	2	2	2	1	4	4	5	5	5	5	5	5	1	5	5	49	3	2	5	4	3	5	5	4	31	5	5	5	5	5	5	5	4	39	119
7	3	3	3	2	3	2	2	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	42	3	4	4	4	4	4	4	4	31	4	4	4	4	4	4	4	4	32	105
8	2	3	4	2	1	1	1	4	5	4	5	4	5	5	5	4	5	5	51	5	5	2	4	5	4	5	1	31	4	4	5	4	5	4	5	4	35	117
9	3	1	3	2	1	1	1	4	3	5	2	5	1	5	5	3	5	5	42	2	5	2	4	4	4	4	27	5	3	5	4	5	3	5	5	35	105	
10	2	2	3	1	1	1	1	4	5	5	5	4	3	5	5	5	3	5	49	5	3	4	4	5	5	5	36	4	4	5	5	5	5	5	5	38	123	
11	2	3	5	2	1	1	1	4	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	52	5	3	5	5	4	3	5	4	34	3	5	5	4	3	5	5	2	32	118
12	2	3	3	2	2	2	2	5	5	5	5	1	5	5	5	5	1	5	47	1	5	5	5	3	3	5	3	30	3	5	5	3	5	5	5	5	36	113
13	2	3	4	2	1	1	1	5	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5	47	4	1	1	1	4	4	5	2	22	4	4	5	5	5	5	5	1	34	103
14	2	3	3	2	2	1	1	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	51	5	5	5	4	5	5	5	1	35	1	1	5	5	5	5	5	5	32	118
15	2	1	5	2	1	2	1	4	5	4	5	4	2	5	5	5	5	5	49	4	5	3	4	2	5	5	5	33	5	5	5	5	5	4	5	5	39	121
16	2	2	3	1	1	1	1	2	5	5	3	5	3	5	5	5	3	5	46	5	4	5	5	5	5	4	2	35	1	5	5	5	5	5	5	4	35	116
17	2	1	3	1	1	2	1	5	4	5	5	4	4	4	5	4	5	5	50	2	4	5	3	4	3	5	3	29	4	5	5	4	4	4	3	1	30	109
18	2	3	3	1	1	1	1	3	4	4	5	3	3	5	5	3	4	2	41	3	3	5	5	2	5	2	4	29	5	5	3	5	5	4	5	3	35	105
19	2	2	3	1	2	2	1	2	4	4	5	4	4	4	4	4	2	5	42	4	4	4	4	4	3	4	4	31	4	3	4	4	2	4	4	4	29	102
20	2	1	3	1	1	1	1	5	5	4	5	4	4	4	5	4	5	5	50	2	4	5	2	4	3	5	3	28	4	5	5	4	4	4	3	1	30	108
21	2	3	4	1	1	1	1	3	4	4	5	3	3	5	5	3	4	2	41	3	3	5	5	2	5	2	4	29	5	5	3	5	5	4	5	4	36	106
22	2	2	3	1	1	2	1	2	4	4	5	4	4	4	4	4	2	5	42	4	4	4	4	3	4	4	31	4	3	4	4	2	4	4	4	29	102	
23	2	3	3	2	2	2	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	51	1	5	5	5	3	3	5	3	30	3	5	5	3	5	5	5	5	36	117
24	2	3	5	2	1	1	1	4	5	5	5	5	4	5	5	3	5	5	51	5	3	5	5	4	3	5	4	34	3	5	5	4	3	5	5	4	34	119
25	2	3	4	2	1	1	1	5	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5	47	4	1	1	1	4	4	5	2	22	4	4	5	5	5	5	5	1	34	103
26	2	3	3	2	2	1	1	4	5	3	5	4	5	5	5	5	5	5	51	5	5	4	4	5	5	3	1	32	1	4	5	5	5	5	5	5	35	118
27	2	1	5	2	1	2	1	4	5	4	5	4	2	5	5	5	5	5	49	4	5	3	4	2	5	5	5	33	5	5	5	5	5	4	5	5	39	121
28	2	2	4	1	1	1	1	2	5	5	3	5	3	5	5	5	3	5	46	5	4	5	5	5	5	4	2	35	1	5	5	5	5	5	5	4	35	116

29	2	3	3	1	1	2	1	4	5	4	5	2	4	5	3	3	4	5	44	5	2	5	1	2	4	5	2	26	4	4	4	4	5	4	5	4	34	104
30	2	3	3	2	1	1	2	4	5	4	5	5	4	4	4	3	4	5	47	3	3	5	3	5	4	4	4	31	5	5	5	4	4	4	4	4	35	113
31	2	3	4	2	3	2	1	4	5	4	5	2	2	5	3	3	4	4	41	5	2	5	2	4	4	5	2	29	4	4	5	4	5	4	4	4	34	104
32	2	2	3	1	3	1	1	1	5	4	5	5	5	5	5	4	2	5	46	5	5	5	4	3	4	5	1	32	4	4	5	4	5	4	4	3	33	111
33	2	3	3	1	1	1	1	3	4	4	5	3	3	5	5	3	4	2	41	3	3	5	5	2	5	2	4	29	5	5	4	5	5	4	5	3	36	106
34	1	3	3	1	1	2	1	5	4	5	5	4	4	4	5	4	5	47	3	3	5	3	4	3	5	3	32	4	5	5	4	4	4	3	1	30	112	
35	2	2	4	1	1	1	1	2	5	5	3	5	4	5	5	5	3	5	47	5	4	5	5	5	5	4	2	35	1	5	5	5	5	5	4	35	117	
36	2	2	4	2	2	2	1	4	5	4	5	4	2	5	5	5	5	5	49	4	5	3	4	2	5	5	5	33	5	5	5	5	5	4	5	5	39	121
37	2	3	3	2	2	1	1	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	54	5	5	5	4	5	5	5	1	35	2	3	5	5	5	5	5	5	35	124
38	2	3	4	2	1	1	1	5	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5	47	4	1	1	5	4	4	5	2	26	4	4	5	5	5	5	5	1	34	107
39	2	3	3	1	2	2	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	51	1	5	5	5	3	3	5	3	30	3	5	5	3	5	5	5	5	36	117
40	2	3	5	2	1	1	1	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	53	5	3	5	5	4	3	5	5	35	3	5	5	4	3	5	5	4	34	122
41	2	3	4	1	2	2	1	2	4	4	5	4	4	4	4	4	2	5	42	4	4	4	4	4	3	4	4	31	4	3	4	4	2	4	4	4	29	102
42	2	1	3	2	2	2	1	4	4	4	5	4	4	4	5	4	2	5	45	4	4	4	4	4	4	4	4	32	4	3	4	4	1	5	5	4	30	107
43	1	1	3	2	1	2	1	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	46	5	4	4	4	4	3	4	4	32	4	3	4	3	2	4	4	4	28	106
44	2	3	3	1	1	1	1	3	4	4	5	3	3	5	5	3	4	2	41	3	3	5	5	2	5	2	4	29	5	5	3	5	5	4	5	3	35	105
45	2	1	3	1	1	2	1	5	4	5	5	4	4	4	5	4	5	5	50	2	4	1	3	4	3	5	3	25	4	5	5	4	4	4	3	5	34	109
46	2	3	3	1	2	1	1	2	5	5	3	5	3	5	5	5	3	5	46	5	5	5	5	5	4	3	37	1	5	5	5	5	5	5	4	35	118	
47	2	2	3	1	2	2	1	4	5	4	3	4	3	5	5	5	3	5	46	5	4	5	5	5	5	4	2	35	1	5	5	5	5	5	5	4	35	116
48	2	1	3	2	1	2	1	4	5	4	5	4	2	5	5	4	5	5	48	4	5	3	4	2	3	5	5	31	5	5	5	5	5	5	5	4	39	118

ANEXO H
PRUEBA ESTADÍSTICA DE CONFIABILIDAD
COEFICIENTE ALFA DE CROMBACH

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

Dónde:

α = Alfa de Crombach

k= N° de ítems

$\sum V_i$ = Suma de las varianzas independientes

V_t = Varianza del total

Rangos de confiabilidad	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,02	Muy baja

Reemplazando los valores, resulta:

Para el cuestionario:

K	27
$\sum V_i$	23.0
V_t	75.0

$$\alpha = 1,038 [0.693]$$

$$\alpha = 0,720$$

ANEXO I

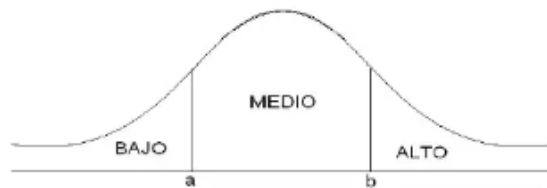
CATEGORIZACIÓN DE LA VARIABLE ACTITUD

Para la medición de la variable se procedió de la siguiente manera:

Se utilizó la campana de Gauss, donde se consideró una constante de 0,75 a través del siguiente procedimiento:

- a. Categorización de la variable actitud de las madres hacia el tratamiento de la anemia ferropénica

- 1- Se calculó el promedio X:115.5
- 2- Se calculó la desviación estándar (DS): 6.9



$$a = X - 0.75 (DS)$$

$$a = 111.5 - 0.75 (6.9) = 106.4 \\ = 116.6$$

$$b = X + 0.75 (DS)$$

$$b = 111.5 + 0.75 (6.9)$$

Puntajes:

Actitud favorable: 118- 135

Actitud indiferente: 106-117

Actitud desfavorable: 27-105

- b. Categorización de la variable actitud de las madres según el componente cognitivo hacia el tratamiento de la anemia ferropénica

- 1- Se calculó el promedio X:47
- 2- Se calculó la desviación estándar (DS): 4

$$a = X - 0.75 \text{ (DS)}$$

$$b = X + 0.75 \text{ (DS)}$$

Puntajes:

Actitud favorable: 51-55

Actitud indiferente: 44-50

Actitud desfavorable: 11-43

- c. Categorización de la variable actitud de las madres según el componente conductual hacia el tratamiento de la anemia ferropénica

1- Se calculó el promedio X: 31

2- Se calculó la desviación estándar (DS): 3.3

$$a = X - 0.75 \text{ (DS)}$$

$$b = X + 0.75 \text{ (DS)}$$

$$a = 31 - 0.75 (3.3) = 28.4 \\ = 33.4$$

$$b = 33 + 0.75 (3.3)$$

Puntajes:

Actitud favorable: 34-40

Actitud indiferente: 28-33

Actitud desfavorable: 8-27

- d. Categorización de la variable actitud de las madres según el componente afectivo hacia el tratamiento de la anemia ferropénica

1- Se calculó el promedio X: 34.1

2- Se calculó la desviación estándar (DS): 2.7

$$a = X - 0.75 \text{ (DS)}$$

$$b = X + 0.75 \text{ (DS)}$$

$$a = 34 - 0.75(2.7) = 31.9 \\ = 36.02$$

$$b = 34 + 0.75(2.7)$$

Puntajes:

Actitud favorable: 37-40

Actitud indiferente: 32-36

Actitud desfavorable: 8-31

ANEXO J

NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD CON ANEMIA QUE ASISTEN A UN CENTRO DE SALUD. LIMA ENERO – NOVIEMBRE. 2018

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre
N°	54	42	50	46	56	40	61	35	46	50	48

Media aritmética

Resulta de la siguiente operación:

$$- \quad 528 / 11 = 48$$

ANEXO K

MATRIZ DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	BASE TEÓRICA	METODOLOGÍA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS
<p>¿Cuál es la actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en un Centro de Salud? Lima. 2019?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en un Centro de Salud. Lima. 2019</p> <p>Objetivo específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar la actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en el componente cognitivo en un Centro de Salud. Lima. 2019 ▪ Identificar la actitud de las madres de niños 	<p>A. Aspectos teóricos conceptuales sobre anemia ferropénica</p> <p>A.1 Definición de anemia ferropénica A.2 Fisiopatología A.3 Causas A.4 Signos y síntomas A.5 Método diagnóstico A.6 Consecuencias A.7 Tratamiento A.8 Prevención A.9 Rol de la enfermera en el tratamiento y prevención de la anemia ferropénica</p> <p>B. Generalidades sobre actitud</p> <p>B.1 Definición de actitud B.2 Características</p>	<p>a. Tipo, nivel y método de investigación</p> <p>El presente estudio es de tipo cuantitativo, considerando que la variable es medible y cuantificable, es de nivel aplicativo, ya que parte de la realidad y contribuye a que las autoridades del centro de salud implementen programas preventivos promocionales a fin de disminuir el porcentaje de anemia infantil. El método es descriptivo, debido a que nos permite describir las características de la variable tal como se presentan, y de corte transversal porque nos concede la información en un periodo de tiempo y espacio determinado.</p> <p>b. Población</p>	<p>En la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista y el instrumento una escala tipo Lickert. Está compuesto de 4 partes; iniciando con la presentación, seguido de los datos generales, las instrucciones y el contenido propiamente dicho. El instrumento consta de un total de 27 preguntas que responden a las dimensiones establecidas; para la primera dimensión que responde al componente cognitivo hay 12 preguntas, para la segunda dimensión</p>

	<p>de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en el componente conductual en un Centro de Salud. Lima. 2019.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar la actitud de las madres de niños de 6 a 24 meses de edad hacia el tratamiento de la anemia ferropénica en el componente afectivo en un Centro de Salud. Lima. 2019 	<p>B.3 Componentes B.4 Factores que influyen en la formación de actitudes B.5 Medición</p>	<p>Madres de familia que asisten con niños que tienen entre 6 y 24 meses de edad, al servicio de triaje de niños en el centro de salud “Juan Perez Carranza” y que respondan a los criterios de inclusión y exclusión, se estima un total de 96 madres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterios de inclusión <p>Madres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acepten de manera voluntaria participar del estudio previo consentimiento informado. - Primíparas - Tengan niños de 6 a 24 meses de edad con diagnóstico de anemia ferropénica. - Que hablen castellano <ul style="list-style-type: none"> • Criterios de exclusión <p>Madres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presenten limitaciones para comunicarse (sordo - mudos). - No se encuentren presente el día de la aplicación del instrumento. <p>c. Muestra</p> <p>La muestra es seleccionada mediante</p>	<p>sobre el componente conductual existen 8 preguntas y para la tercera dimensión sobre el componente afectivo hay 7 preguntas, todas ellas con una puntuación de 0 a 5.</p> <p>El instrumento es aplicado en forma personal a cada madre de familia en el servicio de Triage de niños, por parte de la investigadora. Para determinar la validez del instrumento se realiza mediante el juicio de 8 expertos.</p>
--	---	--	---	--

			<p>el muestro no probabilístico por conveniencia. La cual está conformada por madres de familia con niños entre 6 y 24 meses de edad, que cumplen con los criterios de inclusión y que asisten los días de aplicación del instrumento.</p> <p>d. Sede de estudio</p> <p>El presente trabajo de investigación se realizó en el Centro de Salud “Juan Perez Carranza”, ubicado en Jr. Cuzco 938, en el distrito de Cercado de Lima, Perú.</p> <p>Esta institución, es un establecimiento de primer nivel de atención del MINSA de categoría I-3, que brinda atención integral de salud a la persona por etapa de vida, en el contexto de su familia y comunidad con personal capacitado.</p>	
--	--	--	---	--

ANEXO L

DATOS GENERALES DE LAS MADRES Y LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD QUE ASISTEN A UN CENTRO DE SALUD. LIMA. 2019

DATOS DE LA MADRE			
Dato	Categoría	N°	%
Edad	12-17	2	4.2
	18-29	43	89.5
	30-59	3	6.3
Estado civil	Soltera	11	22.9
	Casada	10	20.8
	Conviviente	27	56.3
	Viuda	0	0
	Divorc /Separ	0	0
Grado de instrucción	Sin Instrucción	0	0
	Primaria	0	0
	Secundaria	32	66.6
	Superior Técnico	11	22.9
	Superior universitario	5	10.5
En la actualidad trabaja	Sí	21	43.7
	No	27	56.2
DATOS DEL NIÑO			
Edad	6-12 meses	31	64.6
	13-18 meses	13	27.1
	19-24 meses	4	8.3
Sexo	Femenino	26	54.1
	Masculino	22	45.9
Tipos de anemia	Leve	42	87.5
	Moderada	6	12.5
	Severa	0	0

ANEXO M

ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD HACIA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN UN CENTRO DE SALUD. LIMA. 2019

Actitud	N°	%
Favorable [118-135]	12	25
Indiferente [106-117]	22	45.8
Desfavorable [27-105]	14	29.2
TOTAL	48	100

ANEXO N

ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD SEGÚN EL COMPONENTE COGNITIVO HACIA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN UN CENTRO DE SALUD. LIMA. 2019

Actitud	N°	%
Favorable [51-55]	9	18.8
Indiferente [44-50]	27	56.2
Desfavorable [11-43]	12	25
TOTAL	48	100

ANEXO Ñ

ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD SEGÚN EL COMPONENTE CONDUCTUAL HACIA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN UN CENTRO DE SALUD. LIMA. 2019

Actitud	Nº	%
Favorable [34-40]	11	22.9
Indiferente [28-33]	31	64.6
Desfavorable [8-27]	6	12.5
TOTAL	48	100

ANEXO O

ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD SEGÚN EL COMPONENTE AFECTIVO HACIA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN UN CENTRO DE SALUD. LIMA. 2019

Actitud	Nº	%
Favorable [37-40]	6	12.5
Indiferente [32-36]	34	70.8
Desfavorable [8-31]	8	16.7
TOTAL	48	100