

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE
LAS MADRES SOBRE LA PREVENCIÓN DE ANEMIA
FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN
EL DISTRITO DE MANANTAY, 2019”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR EL BACHILLER:

LUIS PABLO PONCE RAMIREZ

PUCALLPA – PERÚ

2022



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**


En Pucallpa, a los 31 días del mes de Marzo del dos mil veintidós, siendo las 11:30 horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominada **“CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MADRES SOBRE LA PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL DISTRITO DE MANANTAY, 2019”**, elaborado por el Bachiller **LUIS PABLO PONCE RAMIREZ**.

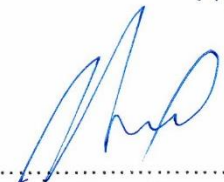
El Jurado Calificador de Tesis está conformado por los siguientes docentes:

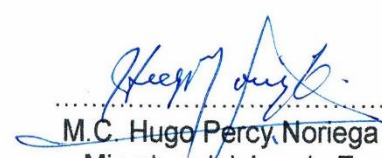
M.C. Mg. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL (Presidente)
M.C. HUMBERTO OMAR BOCANEGRA GUARDIA (Miembro)
M.C. HUGO PERCY NORIEGA TUESTA (Miembro)

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de Aprobado por Unanimidad con el calificativo de 16 (Dieciséis). Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el **TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**.

Pucallpa, 31 de Marzo del 2022.


M.C. Mg. Luis Enrique Ruiz Solsol
Presidente del Jurado Evaluador


M.C. Humberto Omar Bocanegra Guardia
Miembro del Jurado Evaluador


M.C. Hugo Percy Noriega Tuesta
Miembro del Jurado Evaluador



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

M.C. Mg. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. HUMBERTO O. BOCANEGRA GUARDIA
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. HUGO PERCY NORIEGA TUESTA
Miembro del Jurado Evaluador

Dr. ARTURO RAFAEL HEREDIA
ASESOR DE TESIS

BACH. LUIS PABLO PONCE RAMIREZ
TESISTA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCION DE PRODUCCION INTELECTUAL

CONSTANCIA
ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION
SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

N° V/0180-2021

La Dirección de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el INFORME FINAL de tesis,
Titulado:
"CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE LA PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL DISTRITO DE MANANTAY, 2019".

Cuyo autor (es) : PONCE RAMÍREZ, LUIS PABLO
Facultad : MEDICINA HUMANA
Escuela Profesional : MEDICINA HUMANA
Asesor(a) : Dr. RAFAEL HEREDIA, ARTURO

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un **porcentaje de similitud de 4 %**.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que SI se aprueba su originalidad.

En señal de conformidad y verificación se entrega la presente constancia.

Fecha: 07/05/2021



Dr. ABRAHAM ERMITANIO HUAMAN ALMIRON
Dirección de Producción Intelectual

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, LUIS PABLO PONCE RAMIREZ
Autor de la TESIS titulada:
"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES
SOBRE LA PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS EN EL DISTRITO DE MANANTAY,
2019"
Sustentada el año: 2022.
Con la asesoría de: Dr. ARTURO RAFAEL HEREDIA.
En la Facultad de: MEDICINA HUMANA.
Carrera Profesional de: MEDICINA HUMANA.

Autorizo la publicación:

- PARCIAL** Significa que se publicará en el repositorio institucional solo La caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar **si su tesis o documento presenta material patentable**, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPI cuando se lo solicite la DGPI UNU.
- TOTAL** Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la **tesis es una creación de mi autoría** y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali y del Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 31/03/2022.

Email: luispabloponceramirez@gmail.com

Firma: 

Teléfono: 947331075

DNI: 09482955

DEDICATORIA

A Dios, por brindarme fortaleza y sabiduría en este proceso para obtener el tan ansiado título universitario.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio durante todos estos años. Gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos.

A la memoria del Dr. Luis Gabriel Quintana Verástegui, por sus consejos y apoyo incondicional.

Al Dr. Hilario Francisco Mendoza Ferrer, por brindarnos sus enormes conocimientos y su entrega decidida a la profesión.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento a todas las personas que creyeron decididamente en mi persona y que me ayudaron a seguir desarrollando mi carrera y me enseñaron a nunca darme por vencido.

Al Dr. Paul Franz Solis Landeo, cuyo valioso y decidido apoyo ha sido fundamental para la consolidación de esta meta.

A la familia Rojas Vargas, en consideración especial a la Dra. Rosa María Rojas Vargas, por estar en los mejores momentos, pero sobre todo en los más complicados.

A la familia Canchanya Shuña.; al Dr. Jesús Estieber Figueroa Otaiza; Dr. Josh Gilberto Zegarra Reátegui; Q.F. Pedro Miguel González Espada; Dr. Hugo Percy Noriega Tuesta y a Maribel Ramírez Resurrección.

A mis compañeros de aula, por compartir día a día en este largo camino de la profesión médica.

A todo el personal del Hospital Amazónico de Yarinacocha (Sede de mi internado) y del Hospital Regional de Pucallpa, por contribuir en mi formación profesional.

Gracias a todos los amigos, maestros y seres queridos que creyeron en mi proyecto de vida, este logro es en gran parte gracias a ustedes, ya que me apoyaron en esta hermosa y larga experiencia al haber culminado con éxito mi más grande anhelo: Ser profesional de Medicina Humana.

PORTADA

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE LA PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL DISTRITO DE MANANTAY, 2019”.

2. ÁREA DE INVESTIGACIÓN:

PEDIATRÍA.

3. AUTOR:

LUIS PABLO POONCE RAMIREZ

Bachiller en Medicina de la Facultad de Medicina Humana – UNU.

4. ASESOR:

Dr. ARTURO RAFAEL HEREDIA

Docente de la Facultad de Medicina Humana – UNU.

5. INSTITUCIONES QUE FINANCIAN:

Ninguno.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	xv
CAPÍTULO I. PROBLEMA.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3. OBJETIVO: GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	5
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	6
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. ANTECEDENTES.....	8
2.2. BASES TEÓRICAS.....	13
2.3. HIPÓTESIS.....	35
2.3. VARIABLES DE ESTUDIO.....	35
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	37
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	37
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	37
3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	37
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	37
3.6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.....	37
3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	40
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	41
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	41
4.2. DISCUSIÓN.....	54

CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	57
ANEXO.....	63

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Conocimientos de las madres sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.....	41
Tabla 2. Actitud de las madres sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.....	43
Tabla 3. Prácticas de las madres sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.....	45
Tabla 4. Conocimientos y actitudes de las madres sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.....	47
Tabla 5. Conocimientos y Prácticas de las madres sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.....	49
Tabla 6. Actitudes y Prácticas de las madres sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.....	50
Tabla 7. Correlación entre conocimientos y prácticas sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.....	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Conocimientos de las madres sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.....	42
Gráfico 2. Actitud de las madres sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.....	44
Gráfico 3. Prácticas de las madres sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.....	46

RESUMEN

El presente trabajo fue del nivel correlacional, tuvo como objetivo general Determinar los conocimientos actitudes y prácticas de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años en el distrito de Manantay, 2019. Material y métodos, se trató de un estudio transversal y correlacional. Con los siguientes Resultados y conclusiones: 1. En relación al nivel de conocimientos de las madres sobre la prevención de anemia el 42% tuvo un buen nivel de conocimientos, el 35% regular y el 23% fue deficiente. 2. La actitud de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica, fue riesgosa en un 10%, buena en un 63% y excelente en un 25%. 3. Las prácticas de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica, fueron excelentes en un 37%, buenas en 46%, riesgosas en 14% y deficientes en 3%. 4. Con respecto a la correlación entre conocimientos, actitud y prácticas de las madres si existe correlación al encontrarse un p valor de 0.0001 y el coeficiente R de Pearson de 0.557. Así mismo podemos señalar que las madres con prácticas excelentes con buen conocimiento 62%, conocimiento regular 26% y conocimiento deficiente 9%. Las madres con práctica riesgosa con buen conocimiento 10%, regular 17% y deficiente 17%. Si relacionamos la actitud con la práctica; la actitud excelente y práctica excelente llegó a un 60%, practica buena 36% y práctica riesgosa 4%.

Palabras claves: Anemia ferropénica, conocimientos, actitudes y prácticas de prevención.

ABSTRACT

The present work is of the correlational level, its general objective was to determine the knowledge, attitudes and practices of mothers on the prevention of iron deficiency anemia in children under 5 years of age in the district of Manantay, 2019. Material and methods, it is a cross-sectional and correlational study. With the following results and conclusions: 1. In relation to the level of knowledge of the mothers about the prevention of anemia, 42% had a good level of knowledge, 35% fair and 23% were deficient. 2. The attitude of mothers regarding the prevention of iron deficiency anemia was risky in 10%, good in 63% and excellent in 25%. 3. The mothers' practices on the prevention of iron deficiency anemia were excellent in 37%, good in 46%, risky in 14% and poor in 3%. 4. Regarding the correlation between knowledge, attitude and mothers' practices if there is a correlation when finding a p value of 0.0001 and Pearson's R coefficient of 0.557. Likewise, we can point out that mothers with excellent practices with good knowledge 62%, regular knowledge 26% and poor knowledge 9%. Mothers with risky practice with good knowledge 10%, regular 17% and poor 17%. If we relate attitude to practice; excellent attitude and excellent practice reached 60%, good practice 36% and risky practice 4%.

Keywords: Iron deficiency anemia, knowledge, attitudes and prevention practices.

INTRODUCCIÓN

Las proyecciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que la anemia afecta a alrededor de 800 millones de niños y mujeres. De hecho, 528.7 millones de mujeres y 273.2 millones de niños menores de 5 años eran anémicos en 2011, y cerca del 50% de ellos también deficientes de hierro. La desnutrición y la malnutrición de micronutrientes tienen graves consecuencias económicas, con un costo estimado de US\$ 1.4 - 2.1 trillón o 2.3 por ciento del producto interno bruto (PIB) mundial por año. De acuerdo con Bailey RL et al. la inversión en prevención y tratamiento de malnutrición de micronutrientes resulta en una mejora del estado de salud, una reducción de la mortalidad infantil y materna, y mejores resultados con una "relación de costo - beneficio" de casi 1 a 13; al observar la tendencia en el tiempo vemos que se ha logrado una ligera mejora ya que en el 2008 la anemia afecta en todo el mundo a 1620 millones de personas (IC95%: 1500 a 1740 millones), lo que corresponde al 24,8% de la población (IC95%: 22,9% a 26,7%). La máxima prevalencia se da en los niños en edad preescolar (47,4%, IC95%: 45,7% a 49,1%), y la mínima en los varones (12,7%, IC95%: 8,6% a 16,9%). No obstante, el grupo de población que cuenta con el máximo número de personas afectadas es el de las mujeres no embarazadas (468,4 millones, IC95%: 446,2 a 490,6 millones) (2).

La presente investigación consta de 5 capítulos: En el capítulo I se aborda el problema de investigación: El distrito de Manantay es un distrito urbano de la ciudad de Pucallpa con una población aproximada de 87 525 habitantes. En el capítulo II se aborda el marco teórico, aquí podemos mencionar que se revisó la bibliografía relacionada con la anemia ferropénica, conocimientos, actitudes y prácticas. En el capítulo III, el marco metodológico se trata de un estudio retrospectivo, correlacional y transversal en una muestra de 100 madres.

En los capítulos IV y V se aborda los resultados, su discusión y las conclusiones siguientes: 1. En relación al nivel de conocimientos de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica, en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay, 2019, el 42% tuvo un buen nivel de conocimientos, el 35% regular y el 23% fue deficiente. 2. La actitud de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica, fue riesgosa en un

10%, buena en un 63% y excelente en un 25%. 3. Las prácticas de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay, 2019, fueron excelentes en un 37%, buenas en 46%, riesgosas en 14% y deficientes en 3%. 4. Con respecto a la correlación entre conocimientos, actitud y prácticas de las madres si existe correlación al encontrarse un p valor de 0.0001 y el coeficiente R de Pearson de 0.557. Así mismo, podemos señalar que las madres con prácticas excelentes con buen conocimiento 62%, conocimiento regular 26% y conocimiento deficiente 9%. Las madres con práctica riesgosa con buen conocimiento 10%, regular 17% y deficiente 17%. Si relacionamos la actitud con la práctica; la actitud excelente y práctica excelente llegó a un 60%, práctica buena 36% y práctica riesgosa 4%.

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el mundo la anemia ferropénica es uno de los problemas nutricionales más importantes, con altas tasas de prevalencia, a pesar de que se conoce su fisiopatología y las causas, el control es aún muy deficiente, con consecuencias graves en el desarrollo psicomotor y rendimiento académico de la población infantil (1).

La anemia por deficiencia de hierro afecta las habilidades para aprender de los niños, lo que compromete el futuro de los mismos y sus perspectivas de desarrollo personal y social, en términos agregados, dificulta el desarrollo de la población. Las proyecciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que la anemia afecta a alrededor de 800 millones de niños y mujeres. De hecho, 528.7 millones de mujeres y 273.2 millones de niños menores de 5 años eran anémicos en 2011, y cerca del 50% de ellos también deficientes de hierro. La desnutrición y la malnutrición de micronutrientes tienen graves consecuencias económicas, con un costo estimado de US\$ 1.4 - 2.1 trillón o 2.3 por ciento del producto interno bruto (PIB) mundial por año. De acuerdo con Bailey RL et al. la inversión en prevención y tratamiento de malnutrición de micronutrientes resulta en una mejora del estado de salud, una reducción de la mortalidad infantil y materna, y mejores resultados con una "relación de costo - beneficio" de casi 1 a 13; al observar la tendencia en el tiempo vemos que se ha logrado una ligera mejora ya que en el 2008 la anemia afecta en todo el mundo a 1620 millones de personas (IC95%: 1500 a 1740 millones), lo que corresponde al 24,8% de la población (IC95%: 22,9% a 26,7%). La máxima prevalencia se da en los niños en edad preescolar (47,4%, IC95%: 45,7% a 49,1%), y la mínima en los varones (12,7%, IC95%: 8,6% a 16,9%). No obstante, el grupo de población que cuenta con el

máximo número de personas afectadas es el de las mujeres no embarazadas (468,4 millones, IC95%: 446,2 a 490,6 millones) (2).

En el Perú, en el 2016 considerando el informe del estado nutricional (SIEN), indica que la prevalencia anual es mayor en las regiones del interior del país, si consideramos a los niños menores de 5 años, Puno alcanza una prevalencia de 62.1%, la libertad tiene una prevalencia de 55.8%, Ucayali tiene una cifra de 53.4%, Cusco 54.4%, Junín 50% y Pasco alcanza una prevalencia de anemia de anemia 46.3 % (1). Durante el año 2019 los mayores niveles de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses de edad se registraron en la Sierra (48,8%), seguido de la Selva (44,6%), Resto Costa (37,5%) y Lima Metropolitana (30,4%). Según el área de residencia, el porcentaje de las niñas y niños con anemia es mayor en los que residen en el área rural (49,0%) que en el área urbana (36,7%); así lo informó el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Asimismo, se registró la mayor prevalencia de anemia en Puno (69,9%), Cusco (57,4%), Huancavelica (54,2%), Ucayali (53,7%), Loreto (53,0%), Junín (52,6%), Madre de Dios (51,4%) y Pasco (50,2%). Por el contrario, se observó menor prevalencia de anemia en Cajamarca (28,7%), Provincia de Lima (29,8%), Tacna (32,7%), Moquegua (33,2%), Arequipa (33,9%) y La Libertad (34,2%). También, se informó que en el año 2019 el 34,5% de las niñas y niños de 6 a 35 meses de edad consumieron suplemento de hierro, aumentando en 3,2 puntos porcentuales con relación al año 2018; y entre los años 2014-2019, el consumo de suplemento de hierro se incrementó en 10,0 puntos porcentuales. Las regiones que registraron mayor cobertura en el consumo de este suplemento fueron Apurímac (49,8%) y Huancavelica (47,1%); mientras que el menor porcentaje se reportó en Ucayali (24,9%).

Es muy importante que, durante la alimentación complementaria a los niños menores de un año, la madre proporcione alimentos con alto contenido de hierro, hecho que repercutirá en la disminución de la prevalencia, si por el contrario no se cambia el patrón alimenticio de nuestros niños y no se apoya con suplementos a

todas las madres del país, la anemia seguirá causando graves daños sobre todo a los niños menores de 5 años. Las actitudes y las prácticas de todas las madres es muy determinante en el proceso de combatir a la anemia, pero estas decisiones están influenciadas por los consejos de los familiares, nivel de instrucción, tipo de religión, los patrones tradicionales, así también otras costumbres arraigadas del medio, todos estos factores tienen una influencia positiva o negativa en los resultados de la anemia (1).

Una alimentación balanceada en los primeros años de vida es fundamental para asegurar el crecimiento y mantener la salud durante la etapa adulta. A partir de los 6 meses de vida se debe iniciar una etapa conocida como alimentación complementaria (AC), donde se introduce alimentos diferentes a la leche materna de manera gradual y progresiva. La AC tiene como propósito cubrir las necesidades nutricionales del niño, facilitar la interrelación madre-hijo, ayudar a la transición del lactante de una dieta líquida a la del consumo familiar y favorecer el establecimiento de hábitos saludables de alimentación. Para lograr lo anterior es importante que la madre tenga conocimientos y prácticas adecuadas en alimentación. Por otro lado, las actitudes, definidas como estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la experiencia que incita a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones, pueden ser favorables o desfavorables, de rechazo o aceptación respecto a lactancia materna (LM), alimentación habitual del niño menor de 3 años y durante periodos de enfermedad. Asimismo, las percepciones (procesos cognitivos que consisten en el reconocimiento, interpretación y significación para elaborar juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social) sobre la alimentación del niño, creencias en relación a LM, consistencia de las comidas, cantidad, frecuencia y consumo de alimentos de origen animal (AOA), influirían en sus actitudes (4).

Investigar los conocimientos sobre anemia, actitudes y prácticas de las madres de niños menores de 5 años es muy importante, ya que depende de ellas la posibilidad de disminuir la alta tasa de prevalencia de la anemia en la Región Ucayali, de un

buen nivel de conocimientos, actitudes positivas y las prácticas adecuadas nos llevará a disminuir las cifras de prevalencia en la región que en el 2016 fue de 53.4% y 53.7 en el 2019, que en lugar de disminuir tuvo un ligero incremento, ya que la suplementación también fue la más baja del país llegando al 24.9% de niños comparado con Apurímac que llegó a 49.8 la más alta del país (3).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

- ¿Cuáles son los conocimientos actitudes y prácticas de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años en el distrito de Manantay, 2019?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los conocimientos de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay, 2019?
- ¿Cuál es la actitud de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay, 2019?
- ¿Cuáles son las prácticas de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay, 2019?
- ¿Cuál es la correlación entre conocimientos, actitud y prácticas de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay, 2019?

1.3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

1.3.1. Objetivo General

- Determinar los conocimientos actitudes y prácticas de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años en el distrito de Manantay, 2019.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Evaluar cuáles son los conocimientos de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay, 2019.
- Identificar cuál es la actitud de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay, 2019.
- Conocer cuáles son las prácticas de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay, 2019.
- Determinar cuál es la correlación entre conocimientos, actitud y prácticas de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay, 2019.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La justificación de la presente investigación de identificar el nivel de conocimientos actitudes y prácticas se justifica ya que la anemia es un problema de alta prevalencia en el mundo, en el Perú y por ende en Ucayali; hay más de un millón de niños menores de cinco años que tienen anemia y, a pesar de los avances logrados en los últimos años, aún hay más de 400 mil niños de esta edad que sufren de desnutrición crónica. Estos son niños que verán seriamente afectados su desarrollo y su futuro por esta causa. Ya que se afecta su desarrollo cognitivo, psicomotor y en la esfera social.

Justificación Social

La anemia ferropénica es un problema de salud de gran impacto social que afecta a los niños y madres gestantes, con muchas repercusiones en el futuro de las familias y del país; también debemos considerar que si cambia su estilo de vida podría tener un gran impacto en la disminución de la prevalencia, ya que se haría uso de alimentos con alto contenido de hierro como es las vísceras, sangrecita, galletas fortificadas, que son económicamente accesibles. y para ese cambio de estilo de vida se requiere un buen nivel de conocimientos, actitudes propositivas para la prevención y prácticas seguras para prevenir la anemia.

Justificación Práctica

Manantay es un distrito amazónico urbano de la provincia de Coronel Portillo, es muy accesible para el investigador y por tratarse de un tema que afecta a muchos niños las madres son muy colaboradoras y brindará una información muy valiosa para la correcta evaluación de este problema. En este momento la población hace uso de las redes sociales en una frecuencia mucho más que antes, esto facilitará el flujo de información.

Justificación Metodológica

Al tratarse de un estudio correlacional, observacional y transversal es muy factible de realizar, sobre todo si se trata de investigación básica que marca el inicio de una línea de investigación que nos permitirá en el futuro solucionar este flagelo como es la anemia.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Investigaciones Extranjeras

Martínez-Salgado Homero, et al. (6) (México – 2008). En su publicación titulada: La deficiencia de hierro y la anemia en niños mexicanos: Acciones para prevenirlas y corregirlas. Refiere que: La escasez de hierro es la deficiencia nutricia específica más común en el mundo. En 2006, la prevalencia de anemia entre los niños en México fue de 37.8% en menores de 2 años, 20.0% de 2 a 5 años y 16.6% de 6 a 11 años. Aunque la ingestión de hierro total en niños de 1 a 4 años es adecuada (\approx 6.2 mg/día), la de hierro hemínico es baja y la de inhibidores de la absorción de hierro es muy alta, por lo que la biodisponibilidad general del hierro en la dieta es pobre (3.85%). Para tratar y prevenir la anemia se puede aumentar la ingestión de hierro biodisponible, mitigar sus pérdidas, y aumentar su reserva mediante la ligadura tardía del cordón umbilical. La aplicación de diversas estrategias requiere la acción concertada de diferentes instituciones y sectores gubernamentales, así como de miembros activos de las comunidades, educadores, extensionistas, grupos de riesgo y sus familias, etc.

Coronel Santos Lizeth Jesenia y Trujillo Espinoza María Verónica (8) (Ecuador – 2016). En su tesis titulada, Prevalencia de anemia con sus factores asociados en niños/as de 12 a 59 meses de edad y capacitación a los padres de familia en el centro de desarrollo infantil de la universidad de cuenca. Cuenca, diciembre 2015 - mayo 2016, se plantearon como objetivo determinar la prevalencia de anemia en niños entre 1 y 5 años, cuales fueron esos factores asociados y la capacitación a los padres de familia, se efectuó pruebas de hemoglobina a 90 niños/as de 12 a 59 meses de edad y cuestionarios a los padres sobre factores de riesgo; a los mismos se les aplicó encuestas validadas para visualizar el grado de conocimientos,

actitudes y prácticas sobre la alimentación y nutrición respecto a la deficiencia de hierro. La prevalencia de anemia fue en total del 43,3%, el 30% de los niños/as presentó anemia leve y un 13,3% padeció de anemia moderada. La afección tuvo un asocio importante con respecto a la edad, género, lugar de residencia, condición socioeconómica, factores perinatales y estado nutricional actual. Sobre los conocimientos y prácticas en relación a la alimentación, se pudo señalar que gracias a las capacitaciones se mejoró del 31,4% a un 89,9% al finalizar el estudio.

Cardero Reyes Yusimy et al. (9) (Cuba – 2009). En su publicación titulada: Importancia del consumo de hierro y vitamina C para la prevención de anemia ferropénica, refiere que: El déficit de hierro ha sido señalado como la causa más frecuente de anemia en el mundo, tanto en países con bajo grado de desarrollo como en los altamente industrializados. En Cuba, la anemia ferropénica constituye un problema de salud que afecta fundamentalmente a lactantes mayores, adolescentes, mujeres en edad fértil y embarazadas. Se revisó la bibliografía especializada desde elementos nutricionales, balance y metabolismo del hierro hasta aspectos socioculturales que inciden directa e indirectamente en esa condición. Lo revisado y compilado en este artículo sentó pautas para una intervención educativa, durante la cual se demostró la validez de acciones específicas para enfrentar el problema identificado.

1.2.2. Investigaciones Nacionales

Gonzales Vargas Ruth Marlith (7). En su tesis titulada: relación entre conocimientos y prácticas sobre la prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses en un centro de salud Lima, 2019. La anemia se ha convertido en un problema sanitario de mayor envergadura a nivel mundial y nacional, pues existen diferentes factores que influyen en su repercusión afectando asiduamente de manera irreversible el crecimiento y desarrollo de la población infantil. Objetivo: Determinar la relación entre conocimientos y prácticas sobre la

prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses que acuden a un Centro de Salud. Metodología: Estudio cuantitativo, nivel aplicativo, según el alcance es correlacional, de corte transversal sobre una muestra de 48 madres obtenida por muestreo probabilístico con el método de poblaciones finitas y muestreo aleatorio simple, la técnica fue la entrevista y los instrumentos dos cuestionarios para medir los conocimientos y prácticas, sometidos a validez mediante juicio de expertos y confiabilidad por prueba piloto. Resultados: El 54.2% (26) conocen sobre la prevención de anemia ferropénica, mientras que un 45.8% (22) no conocen; el 64.6% (31) tienen prácticas inadecuadas mientras que 35.4% (17) tienen prácticas adecuadas sobre lo antes mencionado. Se determinó mediante la prueba de Chi cuadrado que no existe correlación entre las variables de estudio con un valor de $p= 0.091$. Conclusión: No existe relación significativa entre conocimientos y prácticas sobre la prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses de edad en un centro de salud.

Navarro Manay Ana Eimy Gabriela y Vargas Altuna Giovana Stefanni (10) (Trujillo – 2020). En su tesis titulada: programa educativo venciendo la anemia en el nivel de conocimientos de madres de preescolares refiere que: La deficiencia de hierro es el trastorno nutricional más amplio y frecuente en el mundo. Se aproxima que el 30% de la población mundial sufre de anemia ferropénica y la mayor incidencia de los afectados viven en países de subdesarrollo. Se consideran los niños y adolescentes el grupo de más alta susceptibilidad, que daña su crecimiento y desarrollo normal. De los cuales un 13 a 14% son lactantes, 47,4% preescolares; 25,4% escolares, 41,8% gestantes y 30,2% mujeres en edad fértil. En América Latina y el caribe en promedio el 39,5% de los preescolares presentan anemia; habitualmente alrededor de 75-80% es de origen ferropénico. Y solo en Latinoamérica se reporta que afecta a 50% de menores de 5 años, 75% de menores de 2 años; 10 a 30% de mujeres en edad reproductiva y al 40 a 70% de las mujeres embarazadas. Según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), 2018 en las Américas, la desnutrición crónica infantil está asociado a la anemia en menores de 5 años, alcanzó el 10.1%, siendo Haití el país que registra la

tasa de anemia infantil más elevada con 53.4%, Guatemala con 49%, Honduras con 29% y Bolivia con 27% (OMS/OPS, 2018). En el Perú, un problema de salud pública grave es la anemia, dada la aumentada prevalencia, en el 2016 el 43.6% de los niños de 6 a 35 meses y 59.3% de 6 y 12 meses, se encontraron con anemia. Se aproxima que hay 620 mil niños anémicos a nivel nacional y su incidencia, durante sus primeros años de vida y en la etapa posterior, está relacionada con la desnutrición infantil. A pesar que los 2 niveles de anemia a nivel nacional se han reducido de 60.9% al 43.6% en el año 2000 y 2016, sin embargo, se aprecia un estancamiento entre el 41.6% y 43.6% entre el 2011 y 2016. En ámbito urbano afecta al 39.9% de los niños(as) de 6 a 35 meses, mientras que en la zona rural alcanza al 53.4% (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES, 2014; MINSA, 2017).

Bravo Mascaró Evelyn Yuliana (11) (Lima – 2020). En su tesis titulada: la anemia y el desarrollo psicomotor en niños de 2 a 5 años de un colegio del distrito de La Victoria; Lima 2019. Refiere que: A nivel mundial, una de las causas más frecuentes de anemia se debe a la deficiencia de hierro en los alimentos. Otras posibles causas de esta enfermedad se asocian a las deficiencias del fósforo, vitamina A y vitamina B12. Así mismo, se suman a estos factores la intoxicación por metales pesados, las infecciones agudas o crónicas, enfermedades de tipo hereditarias o adquiridas, como también por parasitosis, lo que impide que la hemoglobina pueda sintetizarse y producir glóbulos rojos. La anemia se encuentra entre el 13 y 14% en países como Alemania, Reino Unido y Finlandia en niños entre las edades de 6 a 54 meses. Dentro de las considerables consecuencias que genera enfermedad, se pueden enumerar algunas como el aumento de complicaciones obstétricas, siendo una de ellas las hemorragias durante el parto y la mortalidad materna; la disminución de la transferencia de hierro al feto; el aumento del bajo peso al nacer y la mortalidad neonatal. También, se presentan otras como el bajo rendimiento escolar, el posible bajo nivel de desarrollo psicomotor, un decaimiento en el estado físico, y baja capacidad intelectual, física y de trabajo. En el Perú, la anemia representa un problema de salud pública grave. Se sabe que, en el año 2016, un

43.6% de niños entre las edades de 06 a 35 meses sufría de esta enfermedad, lo que significa que 6 de cada 10 niños(as) entre las edades de 6 a 12 meses presentan anemia en un 59,3%. En ese sentido, se considera que existe, al menos, 620 mil niños con anemia a nivel nacional y que esta enfermedad se mantiene durante sus primeros años de vida y en la etapa posterior.

2.1.3. Investigaciones Locales

López Taricuarima Tony (12) (Ucayali – 2019). En su tesis titulada: Nivel de conocimientos sobre la suplementación de multimicronutrientes en polvo y su relación con la práctica en madres con niños de 6 a 35 meses que acuden al C.S San José de Yarinacocha setiembre - noviembre 2018 refiere que: Del 100% de madres en estudio, el 56.8% de madres tienen un conocimiento bueno, el 40.9% de madres tienen un conocimiento regular y el 2.3% madres tienen un conocimiento bajo; con respecto a la práctica en la suplementa de multimicronutrientes se encontró, del 100% de madres, el 65.9% de las madres tienen una práctica inadecuada y el 34.1% de madres tienen una práctica adecuada. Para establecer la relación entre el nivel de conocimiento y la práctica en la suplementación de multimicronutrientes en polvo, se aplicó la prueba estadística de chi-cuadrado con un nivel de significancia de $p \leq 0.05$, encontrando un valor de $p = 0.254$, aceptando la hipótesis nula es decir: El nivel de conocimiento sobre la suplementación de multimicronutrientes en polvo no se relaciona significativamente con la práctica en madres con niños de 6 a 35 meses que acuden al C.S San José de Yarinacocha setiembre - noviembre 2018.

Conde Soria Brenda Gabriela, et al. (13) (Ucayali – 2014). En su tesis titulada: Características sociodemográficas, económicas y conocimiento sobre alimentación infantil de madres que acuden a centros de salud de Pucallpa, 2014. Refiere que en su estudio cuantitativo; descriptivo, comparativo, transversal. Diseño que permitió la comparación de hallazgos en tres poblaciones de madres que acuden a los Centros de Salud, tuvo como muestra 484 madres, se usó el formulario semiestructurado y

el análisis fue descriptivo. Conclusiones: las características socio-demográfico de las madres de familia que acuden al Centro de Salud 9 de Octubre, Centro de Salud San Fernando y Centro de Salud Nuevo Paraíso es caracterizado por proceder de zona rural, son adultas jóvenes, casadas, poseen primaria completa y viven en familias compuestas por 3 a 4 miembros (solteras). Las madres de familia que acuden al Centro de Salud 9 de Octubre, Centro de Salud San Fernando y Centro de Salud Nuevo Paraíso se dedican al comercio informal y a realizar trabajos en el hogar percibiendo menos de una salario mínimo (S/. 750.00). Las madres de familia carecen de conocimientos sobre alimentación infantil en lo referente a ablactancia, en la preparación de alimentos adecuados y en cómo prevenir diarreas en niños que la padecen.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CONOCIMIENTOS

Los conocimientos se refieren al conjunto de los datos o noticias relacionadas con algo, también se refiere al conjunto de saberes que un individuo tiene sobre una materia o ciencia concreta.

El conocimiento como problema ha sido abordado por filósofos y psicólogos, ya que es la base fundamental sobre la cual descansa la ciencia y la tecnología de las diferentes sociedades y su comprensión depende mucho de la cosmovisión del mundo que tenga cada grupo social. Cabe resaltar que el conocimiento no es innato, es la suma de los hechos y principios que se adquieren a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y el aprendizaje del sujeto (17).

Desde la perspectiva filosófica, Bondy A. define al conocimiento como un acto y contenido, dice que el conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho u objeto; entendiéndose como aprehensión al proceso mental

y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer, al producto de la operación mental de conocer, este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como: conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico. (17) (18).

Algunos autores señalan que el nivel de conocimientos de la madre es la suma de hechos y principios que se adquieren o retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje el que se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones y actividades de quien aprende y por ende puede orientarlo a cambiar las situación económica y social que lo rodea (1).

Según la Organización Mundial de la Salud el conocimiento de la madre sobre alimentación infantil, es la noción y experiencia, lograda y acumulada por las madres sobre alimentación que alcanza en el transcurso de vida mediante una buena recolección de datos e información, que ayudara a mantener la salud de sus hijos y prevenir enfermedades. El conocimiento depende de factores, como el grado de instrucción, experiencias previas en el cuidado de niños y conocimientos que se adquieran del profesional de salud, entre otros. También influyen los consejos de la familia que maneja un conjunto de creencias, muchas veces erróneas, profundamente arraigadas en nuestra cultura (2).

MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO

Es un proceso consensuado y permanente que hace uso de técnicas para evaluar el nivel de conocimientos y emitir un resultado. Es un proceso, a través del cual se observa, se recoge y analiza la información relacionada con el aprendizaje; con el propósito de reflexionar, emitir juicios de valor y tomar decisiones oportunas para mejorar las condiciones del educando. La medición del conocimiento tiene como objetivo las capacidades, conocimientos, valores y actitudes; es procesal, es decir

continuo, sistemático y participativo y flexible; toda actividad de evaluación es un proceso que consta de tres etapas: recolección de información, análisis de información y toma de decisiones (1).

NIVEL DE CONOCIMIENTO

Dentro del proceso de la evaluación algunas veces es necesario adjudicar un valor (una categoría) sobre los aprendizajes, para este propósito generalmente se emplean escalas con el fin de reportar los resultados obtenidos, para lo cual la escala numérica o sistema vigesimal es mucho más objetiva al momento de la calificación (19).

Para la calificación o valoración se aplica la escala numérica (sistema vigesimal), escala que permite valorar rasgos del conocimiento subjetivo, a través de escalas que indican el grado o intensidad en que un “conocimiento” se desarrolla, se estanca o degenera, al que se le asigna los valores de 0 a 20 puntos según como corresponde al nivel que llega el conocimiento. Este instrumento emite un juicio valorativo, como bueno, regular o deficiente, interpretada en base a la siguiente tabla valorativa.

- **Bueno:** Cuando la sumatoria de los puntajes están en el rango de 16 a 20 puntos, que corresponden al 80% a 100% del conocimiento sobre el tema.
- **Regular:** Cuando la sumatoria de los puntajes están en el rango de 11 a 15 puntos, que corresponden al 50% a 70% del conocimiento sobre el tema.
- **Deficiente:** Cuando la sumatoria de los puntajes están en el rango de 0 a 10 puntos, que corresponden a menos del 50% del conocimiento sobre el tema.

2.2.2. ACTITUDES

La actitud es la manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar. La actitud es el comportamiento que emplea un individuo frente a la vida. En este sentido, se

puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, también puede considerarse como cierta forma de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. En la psicología social, las actitudes constituyen maestro elementos para la predicción de conductas. La actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana o personal.

Basándose en diversas definiciones de actitudes, se ha definido la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente, pero sujetas a inferencias observables.

La palabra actitud proviene del latín *actitudo* y se define como la disposición de un ánimo que se manifiesta de algún modo (por ejemplo, una actitud amenazadora). La actitud es una predisposición aprendida de responder a las personas, a los objetos o a las instituciones de una manera favorable o desfavorable. La actitud también ha sido definida como un estado de disposición nerviosa y mental, que es organizado mediante la experiencia y que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo ofrece a los objetos y a las situaciones. Es decir, las actitudes se aprenden, se adquieren con la experiencia diaria, por otro lado, las actitudes se crean a través de los demás, del aprendizaje social, por medio de la interacción con los otros o de la observación de sus comportamientos, por otro lado, se pueden establecer a través de la comparación social.

COMPONENTES DE LAS ACTITUDES

- **Componente cognitivo:** Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva de objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información

que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

- **Componente afectivo:** Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo.
- **Componente conductual:** Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud.

MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES

Una característica de las actitudes es, que no son directamente observables, sino que es una variable que inferimos a través de la conducta de las declaraciones verbales de las personas lo cual dificulta el proceso de medida. Otro impedimento de la medida es probable que modifiquen sus respuestas o comportamientos sobre la base de lo que se considera socialmente deseable a lo que cree espera el investigador el fenómeno es conocido como reactividad. A pesar de estas dos grandes limitaciones son muchos los instrumentos diseñados para la medida y el análisis de las actitudes. Los cuales podrían clasificarse en dos grandes categorías, los procedimientos directos y los procedimientos indirectos. Los procedimientos directos consisten en preguntar directamente y explícitamente a las personas por las opiniones y evaluaciones que sustentan en relación a un determinado objeto de actitud. Los procedimientos indirectos tratan de conocer las evaluaciones de las personas sobre el objeto de actitud sin preguntar directamente por él.

Dentro de los procedimientos directos se pueden destacar los siguientes instrumentos de medida (20).

- El Diferencial Semántico (Osgood, Suci y Tannenbaum, 1957).
- La Escala de intervalos aparentemente iguales (Thurstone, 1928).
- La Escala de Likert (Likert, 1932).
- La Escala de clasificación de un solo ítem (La Piere, 1934).

ESCALA DE LIKERT

Es un tipo de escala que mide actitudes, es decir, que se emplea para medir el grado en que se da una actitud o disposición de los encuestados sujetos o individuos en los contextos sociales particulares. El objetivo es agrupar numéricamente los datos que se expresen en forma verbal, para poder luego operar con ellos, como si se tratará de datos cuantitativos para poder analizarlos correctamente. Medir es el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos, mediante la clasificación y/o cuantificación, un instrumento de medición debe cubrir los requisitos de confiabilidad y validez.

La escala de Likert es un método de medición utilizado por los investigadores con el objetivo de evaluar la opinión y actitudes de las personas. Existen varios tipos de escalas de medición enfocadas en el comportamiento de las personas, y la escala de Likert es una de las más utilizadas.

La Escala de Likert es una escala de calificación que se utiliza para cuestionar a una persona sobre su nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración. Es ideal para medir reacciones, actitudes y comportamientos de una persona. A diferencia de una simple pregunta de "sí" / "no", la escala de Likert permite a los encuestados calificar sus respuestas. Se le da este nombre por el psicólogo Rensis Likert. Likert distinguió entre una escala apropiada, la cual emerge de las respuestas colectivas a

un grupo de ítems (pueden ser 8 o más), y el formato en el cual las respuestas son puntuadas en un rango de valores.

La escala de Likert es uno de los tipos de escalas de medición utilizados principalmente en la investigación de mercados para la comprensión de las opiniones y actitudes de un consumidor hacia una marca, producto o mercado meta. Nos sirve principalmente para realizar mediciones y conocer sobre el grado de conformidad de una persona o encuestado hacia determinada oración afirmativa o negativa.

Cuando se responde a un ítem de la escala de Likert, el usuario responde específicamente en base a su nivel de acuerdo o desacuerdo. Las escalas de frecuencia con la de Likert utilizan formato de respuestas fijos que son utilizados para medir actitudes y opiniones. Estas escalas permiten determinar el nivel de acuerdo o desacuerdo de los encuestados. La escala de Likert asume que la fuerza e intensidad de la experiencia es lineal, por lo tanto, va desde un totalmente de acuerdo a un totalmente desacuerdo, asumiendo que las actitudes pueden ser medidas. Las respuestas pueden ser ofrecidas en diferentes niveles de medición, permitiendo escalas de 5, 7 y 9 elementos configurados previamente. Siempre se debe tener un elemento neutral para aquellos usuarios que ni de acuerdo ni en desacuerdo.

PRÁCTICA

En cuanto a las prácticas se le define como sinónimo de experiencia, para que el ser humano ponga en práctica su conocimiento sea este científico o vulgar; es necesario en primera instancia un contacto directo, mediante el uso de los sentidos y conducta psicomotriz. El cual constituirá la experiencia que será evaluada a través de la observación de las habilidades y destrezas psicomotoras del sujeto o mediante el uso del lenguaje.

PRÁCTICAS SALUDABLES

Se refiere a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto.

Estrategias basadas en la familia pueden influir en las prácticas de alimentación de los niños. El establecimiento de rutinas en torno a la hora de comer (por ejemplo, comer en el mismo lugar y al mismo tiempo); el asegurar que los niños estén sentados en una posición de apoyo y cómodo, sin distracciones (por ejemplo, la televisión), y modelar la conducta apropiada en la hora de comer (por ejemplo, opciones saludables que los niños puedan alimentarse por sí mismos), puede minimizar los problemas de alimentación. Los niños pequeños criados por cuidadores que modelan conductas alimentarias saludables, tales como una dieta rica en frutas y verduras además de otros alimentos nutritivos como son los productos de origen animal establecen patrones de conductas y preferencias alimentarias que incluyan frutas y verduras. Y madres con hábitos alimenticios poco saludables (es decir que consumen dietas altas en carbohidratos refinados y grasas saturadas) son propensas a desarrollar, en el futuro, dietas poco saludables por ellos mismos. Es muy importante que los programas nutricionales incorporen los conceptos relacionados con las prácticas y estilos de alimentación, además de los contenidos nutricionales, donde la promoción de una alimentación responsable, va a permitir una alimentación saludable y evitar que ocurra la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad.

Enseñar a comer adecuadamente es una tarea que los padres deben realizar con responsabilidad, tiempo y dedicación, pero también de manera divertida y didáctica, para captar la atención y el apoyo de sus hijos. Transmitir el mensaje educativo más importante: tener hábitos alimentarios sanos significa consumir una alimentación variada y equilibrada.

FACTORES DE LAS PRÁCTICAS PREVENTIVAS

Mientras que los beneficios de una nutrición adecuada son probabilísticos y a largo plazo, las constricciones materiales y simbólicas se juegan con carácter urgente, aquí y ahora. El seguimiento de una dieta idónea supone un control del entorno cotidiano unas condiciones sociales y materiales específicos muy alejados de las condiciones de vida de la mayoría de las clases populares.

PRÁCTICAS NUTRICIONALES

Definidas como toda práctica aplicada al desarrollo, proceso productivo de alimentos que tiene incidencia en un mejoramiento saludable de la alimentación global de las personas. Hay evidencia sólida sobre los patrones alimentarios poco saludables de la población; sus excesos y deficiencias nutricionales.

Se puede determinar la medida en que cada alimento o categoría de ellos, dependiendo de su composición, su frecuencia o modo de consumo y su proporcionalidad en la dieta total, incide en la dieta total (en sus deficiencias o en sus excesos) (21).

LA ANEMIA FERROPÉNICA

La anemia es altamente prevalente en el mundo, afecta a casi la mitad de los niños menores de cinco años, y a una tercera parte de las gestantes. En países de bajos y medianos ingresos, como el Perú, se estima que la causa principal de la anemia es la deficiencia de hierro. La anemia es la etapa más severa de la deficiencia de hierro en el individuo.

Los niños menores de dos años son particularmente vulnerables a la anemia, por su elevada velocidad de crecimiento y altos requerimientos de hierro, a lo que se suma las dietas bajas en hierro, mayores pérdidas de hierro por la presencia de parásitos, el bajo peso al nacer y episodios frecuentes de infecciones diarreicas.

Algunas de las consecuencias inmediatas de la anemia son el retraso en el crecimiento, la respuesta inmunológica disminuida, regulación de la temperatura alterada; algunos signos y síntomas como fatiga, debilidad y palidez; así como irritabilidad y déficit de atención. La presencia de anemia en los menores de dos años tiene un efecto no solo en el desarrollo psicomotor, sino que sus consecuencias pueden manifestarse a lo largo del ciclo de vida.

Las consecuencias de la anemia no solo están relacionadas a la hipoxia, sino que pueden ser el producto de las alteraciones en la función del sistema nervioso central, que incluyen procesos como el metabolismo de los neurotransmisores, la sinapsis y la mielinización. Es por eso que la anemia en la infancia podría afectar el desarrollo en el corto y largo plazo, limitando alcanzar el potencial de las personas afectadas.

La anemia es una enfermedad de la sangre que se define como la disminución de la concentración de hemoglobina en el organismo, siendo generalmente los valores normales por encima a los 12 gramos por decilitro en la mujer, y a 13,5 en el hombre.

La hemoglobina es una proteína que se encuentra dentro de los glóbulos rojos, a la que se une el oxígeno para su posterior transporte y utilización por los distintos tejidos del organismo. Los glóbulos rojos son los corpúsculos de la sangre encargados de transportar el oxígeno a los tejidos. Se originan en la médula ósea, un órgano que se halla dentro de algunos huesos y donde se fabrican la mayoría de los componentes sanguíneos.

Cuando desciende el nivel de la hemoglobina en la sangre aparecerán los síntomas: el individuo se notará cansado, pálido, irritable, con menor tolerancia al ejercicio y con aceleración del ritmo cardíaco.

EPIDEMIOLOGÍA

La anemia es el mayor problema de salud pública que afecta a la población en el mundo desarrollado y en desarrollo, no solo porque es el daño más común y el más ampliamente distribuido, sino porque es el más prevalente entre los grupos

vulnerables, como niños pequeños y mujeres en edad fértil. Afecta al 43% de los menores de 5 años, 38% de las gestantes y al 29% de las no gestantes.

En el Perú, en el año 2016, el 43,6% de los niños de 6 a 35 meses, el 62,1% de los niños de 6 a 8 meses tuvieron anemia. La prevalencia de anemia en los menores de cinco años es 33,3%, y desde hace años se mantienen en valores similares, por ejemplo, en el 2009 la prevalencia de anemia en el mismo grupo de edad fue de 37,2%. Por otro lado, en el 2016, tuvieron anemia el 20,8% de las mujeres entre 15 a 49 años residentes en nuestro país, el 27,9% de las gestantes y el 23,5% de las mujeres que dan de lactar.

CAUSAS DE ANEMIA

Existen múltiples causas de anemia, siendo la más frecuente la deficiencia de hierro, elemento fundamental sin el cual no se puede fabricar la hemoglobina. Cuando el médico establece que la causa de la anemia es el déficit de hierro tiene a su vez que investigar y establecer la razón de la disminución. Las causas pueden deberse a una baja ingesta de hierro (dietas vegetarianas estrictas), a una mala absorción en el tubo digestivo (enfermedad celiaca, resección de estómago o intestino), a un incremento de las necesidades de consumo (embarazo, infancia), a que se pierde en algún punto del organismo (sangrado menstrual, sangrado digestivo) o a la combinación de algunas de estas causas. Se estima que aproximadamente un 20% de las mujeres en edad fértil tiene déficit de los depósitos de hierro, y hasta un 7% dentro de este grupo, padece de anemia ferropénica en relación a las pérdidas menstruales. En ocasiones es preciso estudiar el tubo digestivo con endoscopia oral o colonoscopia para averiguar la causa del cuadro.

La anemia tiene diversas causas, así, en zonas de no malaria la deficiencia de hierro podría significar hasta el 60% de la causa de anemia (11). La inadecuada ingesta de hierro y otros nutrientes es una causa importante de anemia. Se han identificado otras causas de anemia, así en un estudio realizado en nuestro país en el año 2015, se determinó que las formas más frecuentes de anemia son las

relacionadas a parasitosis y aquellas que tienen al mismo tiempo dos o más causas.

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA

Una vez hecho el diagnóstico de anemia ferropénica y establecida su causa, se procederá a la corrección de esta y al tratamiento de la anemia propiamente dicha. Si la anemia es muy intensa, a veces se decide iniciar el tratamiento con una transfusión, pero esto no es necesario en la mayoría de los casos. Sólo será preciso dar hierro para que la médula ósea se recupere. Existen suplementos de hierro para ser administrados vía oral e intravenosa. Habitualmente se prefiere la ferroterapia por vía oral, habiendo en el mercado distintos preparados. Las sales ferrosas son las más baratas y efectivas, aunque algunas personas las toleran mal. Otros preparados (sales férricas, compuestos de ferritina) son en general mejor toleradas, aunque se absorben menos. Cuando se ingiere, el hierro es absorbido principalmente en las primeras porciones del intestino delgado (duodeno y yeyuno). Aunque el tratamiento puede iniciarse tomando la medicación con las comidas, para una absorción máxima debe tomarse, si se puede, por lo menos una hora separada de las comidas y dos horas de los antiácidos. La toma junto con vitamina C, como la contenida en el zumo de naranja, aumenta su absorción. El té, el café, los cereales, los antiácidos y las dietas con mucha fibra pueden disminuir la absorción de hierro. Es preciso saber que los preparados de hierro tiñen las heces de negro-gris.

EFFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO

Los síntomas más frecuentes son náuseas, molestias abdominales, pigmentación dentaria, vómitos, diarrea o estreñimiento. Menos frecuentemente puede haber reacciones alérgicas. La toma concomitante con alimentos, si bien disminuye la absorción, mejora la tolerancia del tratamiento. En casos de mala tolerancia digestiva, se puede intentar administrar junto con las comidas.

CONTROL DEL TRATAMIENTO

Luego de quince días de tratamiento se empiezan a ver resultados en los valores analíticos. Inicialmente, aumentan los reticulocitos, que son los glóbulos rojos más jóvenes e indican regeneración. Luego aumentan los niveles de hemoglobina, debiéndose mantener el tratamiento hasta alcanzar valores normales de hemoglobina. Habitualmente la terapia dura entre tres y cinco meses dependiendo de la gravedad del déficit inicial y de la tolerancia del paciente al tratamiento.

SITUACIONES EL HIERRO SE ADMINISTRA POR VÍA INTRAVENOSA

Cuando existe malabsorción por daño de la pared del intestino, cuando el paciente no tolera la medicación por vía oral o cuando la anemia es muy importante, el tratamiento se debe administrar en forma intravenosa. Esta vía de administración puede producir reacciones locales en la zona de punción como irritación o dolor, o síntomas generales como febrícula, malestar general, dolores articulares o abdominales o urticaria, todos estos muy infrecuentes. Cabe aclarar, que esta vía de administración no se relaciona con una mayor rapidez en la respuesta al tratamiento. En los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn), habitualmente el déficit de hierro se debe a la pérdida de sangre por el tubo digestivo, siendo más marcado cuando la enfermedad se encuentra activa. Debido a que el tratamiento con hierro por boca puede producir síntomas gastrointestinales, a menudo es preciso reponerlo en forma intravenosa.

SITUACIONES: ES NECESARIA LA TRASFUSIÓN DE CONCENTRADOS DE GLÓBULOS ROJOS

Cuando el paciente presenta una anemia grave o anemia con descompensación cardiovascular es necesaria una resolución rápida del cuadro que se logra con la transfusión de hematíes, mejorando así rápidamente la oxigenación de órganos vitales.

EFFECTOS DE LA ANEMIA EN EL LARGO PLAZO

POSIBLES MECANISMOS DEL IMPACTO DE LA ANEMIA EN EL DESARROLLO CEREBRAL

Muchos de los estudios sobre la asociación del estado del hierro en la primera infancia y el desarrollo psicomotor y conductual, no hacen diferenciación entre anemia por deficiencia de hierro y deficiencia de hierro. Se sabe que la carencia de hierro afecta negativamente el desarrollo cerebral, debido a que dicho proceso depende de enzimas y proteínas que contienen hierro. Se conoce mucho de los mecanismos de los efectos a largo plazo de la anemia y la deficiencia de hierro, gracias a los resultados de los modelos realizados en animales, sobre todo en ratas.

Aunque sabemos que el hierro corporal en su mayoría, forma parte de dos proteínas que se encargan del transporte del oxígeno, la hemoglobina y la mioglobina, un pequeño porcentaje –aunque importante– de hierro es parte de otras enzimas y compuestos clave. El hierro es un mineral contenido en enzimas que participan en la síntesis de lípidos que, a su vez, son insumo para las membranas celulares y para la síntesis de mielina en el cerebro y, por tanto, las funciones cognitivas y motoras se afectan negativamente ante un problema en la mielinización.

El hierro también es parte de los procesos metabólicos de neurotransmisores principalmente dopaminérgicos y serotoninérgicos que tendrían un impacto en la conducta. Todos estos procesos se llevan a cabo en el hipocampo, que es la región cerebral en la que se procesa el aprendizaje y la memoria, así como comportamientos afectivos como la depresión y ansiedad. La anemia y la deficiencia de hierro, en especial, en periodos de rápido crecimiento como la etapa fetal y la infancia, afecta el desarrollo del hipocampo y la corteza frontal, alterando el sistema de neurotransmisión dopaminérgico. Es por ello que las etapas fetal y neonatal son consideradas cada vez más importantes en el desarrollo de la persona.

POSIBLE MECANISMO DE LA ANEMIA EN EL DESARROLLO INFANTIL

El desarrollo infantil es un proceso de continuos cambios en el niño. En este análisis se centra la atención en solo tres de las áreas del desarrollo infantil, en las cuales se ha documentado ampliamente la asociación que existe con la anemia en las primeras etapas de vida; estas áreas son el desarrollo mental, motor y conductual del individuo.

Desde hace varias décadas se conoce que la deficiencia de hierro impacta negativamente en el desempeño psicomotor y conductual. Algunos estudios sugieren que estos efectos podrían tener un impacto a largo plazo, que no es posible revertir a pesar de haber superado la anemia, sin embargo, no hay consenso al respecto y se requieren más investigaciones.

EFEECTO DE LA ANEMIA EN EL DESARROLLO MOTOR

El área motora se relaciona a la habilidad de los niños para controlar el movimiento de sus músculos, clasificándose en habilidades motoras finas y gruesas. El desarrollo motor del niño es el resultado de muchos factores, propios del niño y otros de su entorno, siendo un riesgo muy importante la presencia de anemia durante el período crítico de los primeros años o meses de vida.

En una revisión sistemática del 2001, se encontró que los niños que fueron anémicos durante los primeros años de vida, tuvieron luego un bajo desarrollo motor, caracterizado por deficientes habilidades motoras finas y gruesas. Sin embargo, sus efectos no necesariamente fueron reversibles luego del tratamiento de suplementación y a pesar que dicha deficiencia de hierro se había disipado.

Con ese análisis se concluyó que, posiblemente, algunas variables ambientales expliquen parte o la totalidad de dichos resultados negativos, luego de la superación de la anemia.

Un metaanálisis realizado por Sachdev et al. (2005); en el que se controlan las variables ambientales, cuyo tratamiento con hierro incluyó suplementación oral y

parenteral, así como la inclusión de alimentos fortificados, no encontró evidencia que sustente que luego del tratamiento, se mejore el desarrollo motor en los niños. Una revisión sistemática, que buscó mejorar algunas de las limitaciones del metaanálisis previo, incluyó todos los estudios experimentales controlados y aleatorizados que compararon los efectos de la suplementación y la no suplementación, en madres gestantes no anémicas y niños saludables no anémicos, excluyendo a los sujetos con anemia. Se encontró que la suplementación de hierro en niños influye positivamente en su desarrollo psicomotor, pero no se encontró influencia en su desarrollo mental y su conducta. Cabe resaltar que el desarrollo motor es importante para posteriormente ejecutar funciones de lectura y escritura, que involucran tanto áreas cognitivas como motoras.

EFFECTOS DE LA ANEMIA EN EL DESARROLLO MENTAL

El desarrollo mental o cognitivo incluye funciones de ejecución del pensamiento, memoria, razonamiento, atención, procesamiento visual, así como solución de problemas. De manera similar que, con el desarrollo motor, la anemia en la infancia reduce las habilidades cognitivas de los niños. Sin embargo, una revisión sistemática, precisa que no está claro si el bajo desarrollo cognitivo y pobre desempeño escolar está asociado con la deficiencia de hierro en la infancia o se debe a un posible efecto de variables ambientales. Por otro lado, en un metaanálisis del 2005 se reportó que luego de la suplementación con hierro, hubo una mejora leve del desarrollo mental, siendo mayor entre quienes estaban inicialmente anémicos. En otro metaanálisis, del 2010, que cuenta con menos limitaciones metodológicas, se encontró que la suplementación de hierro en niños de 0 a 3 años podría no influenciar positivamente en su desarrollo mental. En base a una revisión sistemática del 2014, se sabe que tanto la deficiencia de hierro, como la anemia con o sin deficiencia de hierro causan algún déficit cognitivo.

En una cohorte de Costa Rica se observó que los individuos con anemia en la infancia no alcanzan el mismo nivel de desarrollo cognitivo que aquellos con un

adecuado nivel del hierro, y aquellos que pertenecían a niveles socioeconómicos más bajos presentaron una brecha de desempeño cognitivo de 10 puntos menos que en la niñez, esta se hizo mayor a los 19 años con una brecha de 25 puntos. Esta cohorte evaluó a 185 niños enrolados entre los 12 y 23 meses de edad, cuyos datos se han analizado a los 5, 11 a 14, 15 a 18 y 19 años de edad.

Por otro lado, en una cohorte realizada en Chile, se encontró que en adultos que tuvieron anemia en su primer año de vida y que luego fue corregida mediante suplementación, se presentaron patrones alterados de la conectividad cerebral a la edad promedio de 21,5 años, lo que sugiere que la anemia produce algún efecto en el desarrollo mental a largo plazo, a pesar de la corrección de los niveles de hemoglobina.

EFFECTOS DE LA ANEMIA EN LA CONDUCTA

La conducta socioemocional es otra de las áreas del desarrollo infantil, y comprende el establecimiento de relaciones con otras personas usando sus emociones, así como la regulación de sí mismo y su interés hacia el exterior. En niños que tuvieron anemia en el primer año de vida (a los 6, 12 y 18 meses), y que luego fue corregida mediante suplementación, se encontró que a los 10 años de seguimiento, tuvieron tiempos de reacción más lentos y menor capacidad para controlar respuestas impulsivas, lo que se le denomina como pobre control inhibitorio. Esta dificultad es uno de los déficits conductuales que se relaciona con trastornos como déficit de atención e hiperactividad, entre otros. Estos comportamientos no deseados y problemas de conducta tienen un impacto no solo dentro de cada hogar, sino también en las escuelas, y posiblemente, con el tiempo, generen algún tipo de problema social mayor.

Por otro lado, un estudio en China encontró que los niveles bajos de hemoglobina en niños de cuatro años, estuvieron asociados a problemas de conducta externalizada a los 6 años, asociación que no se vio afectada con problemas de adversidad social. Hubo, además, una diferencia según sexo en la manifestación conductual a los seis años, los niños tenían más problemas de atención, mientras

que las niñas presentaron mayor agresión. Este estudio presenta algunas limitaciones como el poco tamaño de muestra, se reporta solo niveles bajos de hemoglobina y no anemia, y no mencionan otras medidas que evalúan la malnutrición como el peso y talla. Entre las limitaciones de las revisiones sistemáticas podemos mencionar que combinaban muchos tipos de evaluaciones (mental y motora), otros no consideraron las diferencias de edad, ni los instrumentos con los cuales se evaluó el desarrollo mental o motor (20). Cabe señalar que se asumió en todos los casos, que la anemia fue por deficiencia de hierro cuando no necesariamente es así. Finalmente, no se incluyeron trabajos no publicados (sesgo de publicación), lo que puede significar que justamente esos trabajos no publicados son los que reportan resultados “no favorables” a la hipótesis que puede ser la deseada.

EFFECTOS DE LA ANEMIA A LARGO PLAZO EN SALUD, EDUCACIÓN Y OTROS

La anemia genera al Estado Peruano un costo alto. En un estudio en Perú se describió que la anemia genera una pérdida del 0,62% del producto bruto interno (PBI), lo que para el año 2009-2010 significó un aproximado de USD 857 millones (valor estimado a partir del tipo de cambio del dólar del día 1 de septiembre de 2017 [1 USD = 3,239 soles]), cifra que representó cerca del 40% del presupuesto del sector Salud de ese mismo año (28). Casi la mitad del costo que genera la anemia al Estado peruano (46,3%) es por pérdida cognitiva, un 12,7 y 18,2% por pérdidas de escolaridad y productividad en el adulto, respectivamente.

Esto afecta, principalmente, a los sectores de Educación, Empleo, Producción, Agricultura y Minería, ya que la anemia resta capacidades en el trabajo, ocasionando pérdidas en la productividad, lo que se traduce en un menor acceso a puestos de trabajo, o en un menor salario. Todo ello va a influir en la cantidad de dinero que el Estado recauda a través del pago de impuestos.

Algunos autores describen que el 13% del costo de éstas pérdidas por anemia corresponden a la atención de partos prematuros, 9% debido al retraso escolar, y

0,6 y 0,2% por el tratamiento de la anemia de menores de 6 a 36 meses y en gestantes, respectivamente. Esto puede generar costos elevados en el sector Salud, lo que resta la posibilidad de brindar servicios de calidad, o que no se mejore la cobertura en las prestaciones de salud.

Considerando que cada año se reportan aproximadamente 600 mil nacimientos en el Perú, se estima que 404 938 niños tienen anemia en el primer año de vida, los cuales estarían en riesgo de no alcanzar su potencial de desarrollo infantil a causa de esta enfermedad. Se hace necesario, fortalecer las acciones para alcanzar una mayor adherencia y efectividad de la suplementación con hierro a la madre y al niño, promover la alimentación adecuada tanto en el niño como en la gestante y mejorar la atención sanitaria para reducir la carga de enfermedad infantil y así contribuir a prevenir la anemia en el primer año de vida.

ANEMIA INFANTIL: RETOS Y OPORTUNIDADES AL 2021

En el Perú, la anemia afecta al 43,6% de los niños menores de tres años constituyendo un problema de salud pública, esta cifra ha permanecido sin mayores cambios en los últimos cinco años a pesar de los esfuerzos del gobierno por reducirla. Existen varios estudios observacionales, longitudinales y experimentales que demuestran que la anemia en los infantes afecta el desarrollo psicomotor y que este efecto en el desarrollo permanecería, a pesar de corregirse la anemia, observándose, a largo plazo, un menor desempeño en las áreas cognitiva, social y emocional. Existen bases fisiológicas que explican los mecanismos de las consecuencias de la anemia en el desarrollo. Por otro lado, también hay investigaciones que documentan el costo social y económico de la anemia, ya que esta produce una disminución de la capacidad física y de la productividad. La inadecuada ingesta de hierro y otros nutrientes puede llevar a la deficiencia de hierro y que esta deficiencia en su fase más severa y prolongada ocasiona la anemia. A ello se suman los altos requerimientos de hierro y nutrientes de los infantes, debido a su elevada velocidad de crecimiento, por ejemplo, en el primer año de vida, el niño triplica su peso al nacer; por otro lado, la alta carga de

enfermedades como la diarrea, parasitosis y malaria, contribuye a la alta prevalencia de anemia observada. Dentro de este marco de causalidad, el enfoque de la anemia debe darse de una manera integral, para lograr no solo mejorar la ingesta de hierro y micronutrientes en el niño, sino reducir la carga de parasitosis, diarrea, y malaria.

Considerando la alta prevalencia de anemia en niños y sus consecuencias, el Gobierno ha aprobado en el presente año el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú. Este Plan incluye diversas estrategias como la suplementación con hierro a niños, gestantes y adolescentes, la consejería nutricional a madres, el desarrollo de alimentos fortificados, la ligadura tardía del cordón umbilical, la desparasitación, entre otras acciones. Este Plan Nacional tiene como meta reducir la anemia al 19% en el 2021.

Este objetivo nacional tiene el respaldo de las altas autoridades de Gobierno a nivel nacional y cuenta con una asignación presupuestal, asimismo, cuenta con el respaldo y compromiso de las autoridades regionales y locales. Este respaldo político y económico constituye una oportunidad para la meta de reducir la anemia. Sin embargo, a la suplementación con hierro y micronutrientes, se requiere darle un nuevo impulso y abordaje para poder lograr una adherencia y efectividad adecuada. También es una limitante, la insuficiente cobertura de los servicios de salud para atender a la población objetivo, situación que se observa tanto en las áreas urbanas como rurales, por lo que hay que llegar a la población a través de otros servicios de salud, como los privados o de la seguridad social, que complementan la atención que ofrece el Ministerio de Salud; de tal manera que permita mejorar la efectividad de la suplementación y los servicios de consejería nutricional y de atención de los niños. En ese sentido el MINSA debe mantener el rol rector de la salud a nivel nacional, regional y local.

Otra limitante, a nivel de la población, es la baja priorización del problema de la anemia al ser una condición generalmente asintomática; donde los padres de familia y autoridades no logran sensibilizarse sobre el impacto que tiene en el desarrollo de los niños, por ello es preciso trabajar el tema con las organizaciones sociales para movilizar a la sociedad en la realización de acciones efectivas y sostenibles para prevenir y tratar la anemia. También es necesario que estas acciones tengan un adecuado abordaje intercultural, de género y por regiones geográficas.

Quedan aún varios temas a fortalecer en la lucha contra la anemia, uno de ellos está relacionado al diagnóstico y al empleo de biomarcadores del metabolismo y estado de hierro y de otros nutrientes. Es necesario considerar una capacitación adecuada al personal de salud y, el empleo de equipos calibrados en la medición de la anemia, tanto en los establecimientos de salud, como a nivel poblacional. Sería muy útil contar con métodos validados que empleen tecnologías no invasivas para medir la hemoglobina. El empleo de puntos de corte de anemia en condiciones fisiológicas de salud y de enfermedad, las causas de la alta prevalencia de anemia en los primeros seis meses de edad y los mecanismos de adaptación de la hemoglobina a la altura son todavía asuntos por investigar. Es necesario definir los puntos de corte en poblaciones residentes a distintos niveles de altitud y medir la efectividad de las intervenciones contra la anemia en dichas poblaciones.

También es importante el poder contar, a la brevedad, con más revisiones sistemáticas sobre las consecuencias de la anemia en la salud de la gestante, del niño, escolar y adolescente, ya que esta información permitirá hacer incidencia a nivel de las autoridades, líderes de opinión y población en general sobre la importancia de la prevención de la anemia. Es necesario que los programas cuenten con un adecuado monitoreo y medición del impacto de las intervenciones. La implementación de la estrategia de fortificación de alimentos de consumo masivo, como el arroz y alimentos complementarios dirigidos a los niños menores de dos años, son también acciones que han demostrado eficacia y efectividad en

otros países de América Latina como Chile, Costa Rica, Brasil y México y que requiere evaluar su implementación en el Perú. La promoción de una alimentación saludable, que incluya el consumo de alimentos ricos en hierro disponibles en la zona, es una estrategia importante a nivel poblacional, por lo que se hace necesario la divulgación de la Guías Alimentarias para la población peruana. En este enfoque integral de la anemia hay que considerar la incorporación de acciones para favorecer el consumo de agua segura y la adecuada eliminación de excretas, como medidas de salud pública de alto impacto en la salud de la población y que contribuyen a reducir la anemia. El enfoque de ciclo de vida es necesario en la prevención de la anemia, considerando la prevención desde la etapa prenatal. Particular atención amerita la gestante adolescente, ya que se observa un mayor riesgo de anemia en los niños de madres adolescentes.

El Instituto Nacional de Salud, como una institución líder en la investigación e innovación de los principales problemas de salud del Perú, tiene un reto muy importante en contribuir con las evidencias y las propuestas de política pública para la meta de reducir la anemia al 19% en niños menores de tres años, en el año 2021.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Anemia ferropénica:** La anemia es una afección en la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. Los glóbulos rojos proporcionan el oxígeno a los tejidos corporales. Existen muchos tipos de anemia. La anemia ferropénica ocurre cuando el cuerpo no tiene suficiente cantidad de hierro. El hierro ayuda a producir glóbulos rojos. La anemia por deficiencia de hierro es la forma más común de anemia.
- **Hemoglobina:** Pigmento rojo contenido en los hematíes de la sangre de los vertebrados, cuya función consiste en captar el oxígeno de los alveolos pulmonares y comunicarlo a los tejidos, y en tomar el dióxido de carbono de estos y transportarlo de nuevo a los pulmones para expulsarlo.

- **Nivel de conocimientos:** Los niveles de conocimiento se derivan del avance en la producción del saber y representan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad.
- **Actitudes:** Recibe el nombre de actitud al efecto del conjunto de creencias y valores relativamente estables a lo largo del tiempo en la disposición o tendencia a actuar de determinada manera o acometer algún tipo de acción.
- **Prevención de anemia:** El objetivo de la prevención primaria de la anemia ferropénica es identificar a los grupos de población que tienen más riesgo de padecerla y asegurar su ingesta adecuada de hierro. Los colectivos de mayor riesgo son las mujeres en edad fértil (por las pérdidas menstruales), las embarazadas y los niños menores de 5 años.

2.3. HIPÓTESIS

- H0: no existe correlación entre los conocimientos, la actitud y prácticas de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en niños menores de 5 años en el distrito de Manantay, 2019.
- H1: si existe correlación entre los conocimientos, la actitud y prácticas de las madres sobre la prevención de la anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay, 2019.

2.4. VARIABLES DE ESTUDIO

2.4.1. Variables Independiente

- Los conocimientos y la actitud sobre la prevención de la anemia ferropénica en niños menores de 5 años en el distrito de Manantay, 2019.

2.4.2. Variable Dependiente

- Las prácticas de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en niños menores de 5 años en el distrito de Manantay, 2019.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

Distrito de Manantay, provincia de Coronel Portillo, ciudad de Pucallpa.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo a la naturaleza del problema, los objetivos formulados y la hipótesis planteada en la investigación fue un tipo de estudio cuantitativo.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Relacional.

3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método cuantitativo, hipotético deductivo, no experimental descriptivo que hizo uso de la estadística descriptiva.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño fue descriptivo ya que nos permitió mostrar la información tal como se obtuvo de acuerdo a la realidad, correlacional, de corte transversal porque la información se obtuvo en un determinado tiempo.

3.6. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO

La población con la cual se trabajó fueron las madres del distrito de Manantay de las cuales por conveniencia se seleccionaron 100 madres que voluntariamente

respondieron los 3 cuestionarios en forma completa: cuestionario de conocimientos, de actitudes y prácticas de prevención de la anemia ferropénica.

UNIVERSO O POBLACIÓN DE MUESTRA, UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN

Las madres del distrito de Manantay, se seleccionó por conveniencia a 100 madres que contestaron los tres cuestionarios en forma completa.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- **Criterios de inclusión:** Toda madre que contestó todos los cuestionarios.
- **Criterios de exclusión:** Toda madre que contestó en forma incompleta los cuestionarios.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó como instrumento el cuestionario, que fue elaborado por el investigador para la recolección de datos sobre las variables de estudio, que constó de dos partes:

Primera parte: Datos generales de la madre y su respectivo niño menor de 5 años de edad.

Segunda parte: Interrogantes para determinar el nivel de conocimiento, actitud y prácticas respecto a la prevención de la anemia ferropénica, constó de 10 ítems de conocimiento, 10 ítems de actitud y 10 ítems de prácticas con preguntas cerradas con alternativa múltiple, La aplicación del cuestionario se realizó al primer contacto con la madre, el tiempo que se dedicó para la aplicación del cuestionario fue de 20 a 30 minutos por cada madre.

A. Escala de Calificación para conocimientos

Las respuestas de la madre de familia fueron calificadas en dos categorías:

- Correcta: 2 puntos (cuando la madre marcó la respuesta correcta).
- Incorrecta: 0 puntos (cuando la madre marcó la respuesta cerrada).

Posteriormente se realizó sumatoria de las categorías, considerando el valor obtenido en cada interrogante y el puntaje total 20 (sumatoria del puntaje de las 10 preguntas) se le asignó a la categoría que pertenece.

La suma de los puntos obtenidos por cada madre de familia fue categorizada y comparada con la siguiente escala vigesimal de calificación:

- **Conocimiento bueno:** Cuando la sumatoria de los puntajes estuvieron en el rango de 16 a 20 puntos, que correspondieron al 80% a 100% de conocimiento sobre el tema.
- **Conocimiento regular:** Cuando la sumatoria de los puntajes obtenidos fue de 10 a 14 puntos, que correspondieron al 50% a 70% de conocimiento.
- **Conocimiento deficiente:** Cuando la sumatoria de los puntajes obtenidos fue de 0 a 10 puntos, que correspondieron a menos de 50% del conocimiento sobre el tema.

B. Escala de calificación para actitud por el test de Likert

Totalmente de acuerdo 5 puntos, De acuerdo 4 puntos, Indiferente 3 puntos, En desacuerdo 2 puntos, Totalmente en desacuerdo 1 punto.

El grado de Actitud fue medido de la siguiente manera:

46 a 50 puntos: actitud excelente.

38 a 45 puntos: actitud buena.

30 a 37 puntos: actitud riesgosa.

22 a 29 puntos: actitudes deficientes.

10 a 21 puntos: actitud crítica.

C. Escala de calificación para las prácticas por test de Likert

Siempre 5 puntos, Casi siempre 4 puntos, A veces 3 puntos, Casi nunca 2 puntos, Nunca 1 punto.

El grado de prácticas fue medido de la siguiente manera:

- 46 a 50 puntos prácticas excelentes.
- 38 a 45 puntos: prácticas buenas.
- 30 a 37 puntos prácticas riesgosas.
- 22 a 29 puntos: prácticas deficientes.
- 10 a 21 puntos: prácticas críticas.

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Vía redes sociales se aplicaron los cuestionarios para luego ser procesados en el programa SPSS.

3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se hizo uso de la estadística descriptiva para evaluar frecuencias y de las medidas de tendencia central, la información se presentó en tablas y gráficos. También se usó la estadística inferencial para evaluar la correlación entre variables con el estadístico R de Pearson.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

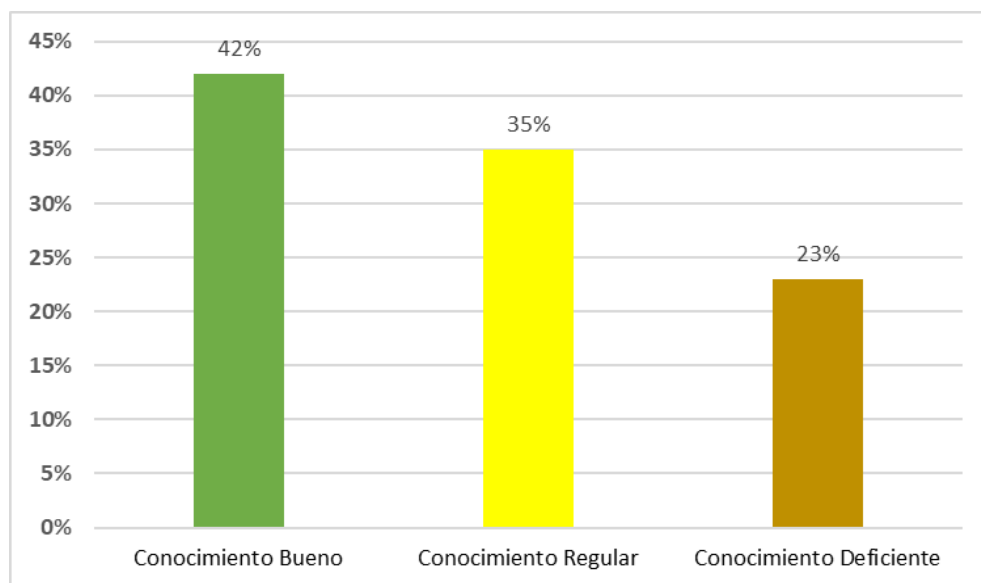
4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1: Conocimientos de las madres sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.

Nivel	Frecuencia	Probabilidad	Porcentaje
Conocimiento Bueno	42	0.42	42%
Conocimiento Regular	35	0.35	35%
Conocimiento Deficiente	23	0.23	23%
Total	100	1	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En la tabla 1, podemos observar que un 42% de las madres presentan conocimientos buenos; el 35% de las madres obtienen conocimientos regulares y finalmente el 23% de las madres obtienen conocimientos deficientes, en donde la madre como principal responsable del niño, cumple un rol predominante en su cuidado y por ende en la prevención de la anemia, de acuerdo a los conocimientos que tiene de la enfermedad, entendiéndose como conocimiento a toda información que posee el individuo por medio de una educación formal o informal, los cuales muchas veces pudieron ser adquiridos por creencias costumbres y prácticas. El conocimiento de las madres sobre las diferentes medidas de prevención de diversas enfermedades prevalentes de la infancia es básico, debido a que de ello va a depender la calidad de vida futura en el niño.



Fuente: Tabla 1.

Gráfico 1: Conocimientos de las madres sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.

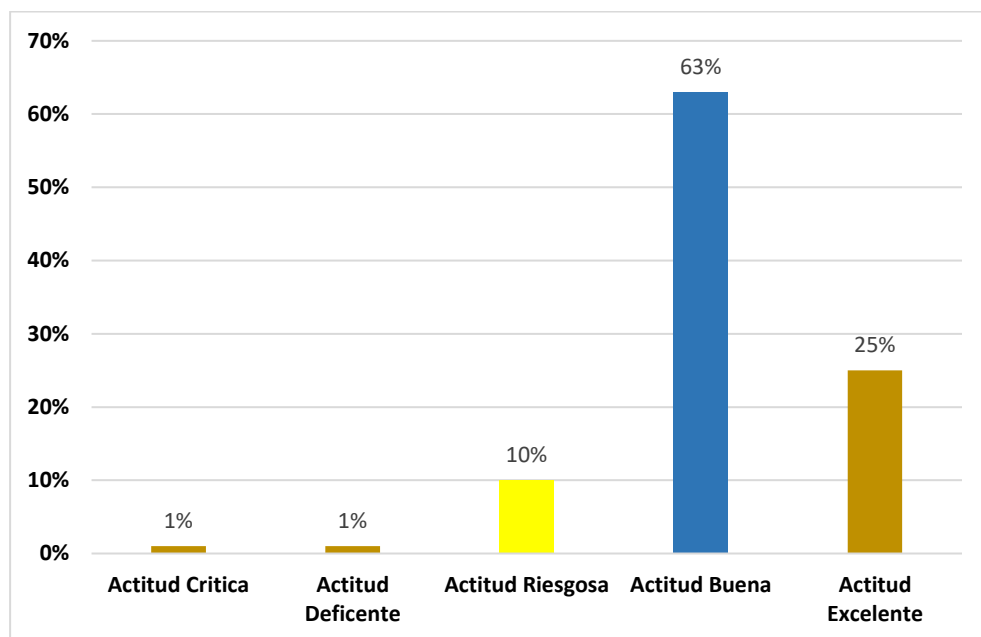
En el gráfico 1, podemos observar que un 42% de las madres presentan conocimientos buenos; el 35% de las madres obtienen conocimientos regulares y finalmente el 23% de las madres obtienen conocimientos deficientes, en donde la madre como principal responsable del niño, cumple un rol predominante en su cuidado y por ende en la prevención de la anemia, de acuerdo a los conocimientos que tiene de la enfermedad, entendiéndose como conocimiento a toda información que posee el individuo por medio de una educación formal o informal, los cuales muchas veces pudieron ser adquiridos por creencias costumbres y prácticas. El conocimiento de las madres sobre las diferentes medidas de prevención de diversas enfermedades prevalentes de la infancia es básico, debido a que de ello va a depender la calidad de vida futura en el niño.

Tabla 2: Actitud de las madres sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.

Nivel	Frecuencia	Probabilidad	Porcentaje
Actitud Crítica	1	0.01	1%
Actitud Deficiente	1	0.01	1%
Actitud Riesgosa	10	0.1	10%
Actitud Buena	63	0.63	63%
Actitud Excelente	25	0.25	25%
Total	100	1	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En La tabla 2, según los resultados de la investigación se muestra las actitudes de las madres que se calificó mediante la escala de Likert en donde el 25% de madres mantienen una actitud excelente, el 63% de las madres mantienen actitud buena, el 10% de madres mantiene actitud riesgosa y el 1% actitud deficiente y crítica, se puede deducir que las madres al tener conocimientos buenos en su mayoría (42%) tienen actitudes favorables en el momento de la alimentación de sus niños. Así mismo también se puede afirmar que una de las desventajas de utilizar la escala de Likert como instrumento para medir las actitudes de las madres muchas veces hace que la madre o las personas evaluadas mediante este sistema tiendan a dar respuestas positivas.



Fuente: Tabla 2.

Gráfico 2: Actitud de las madres sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.

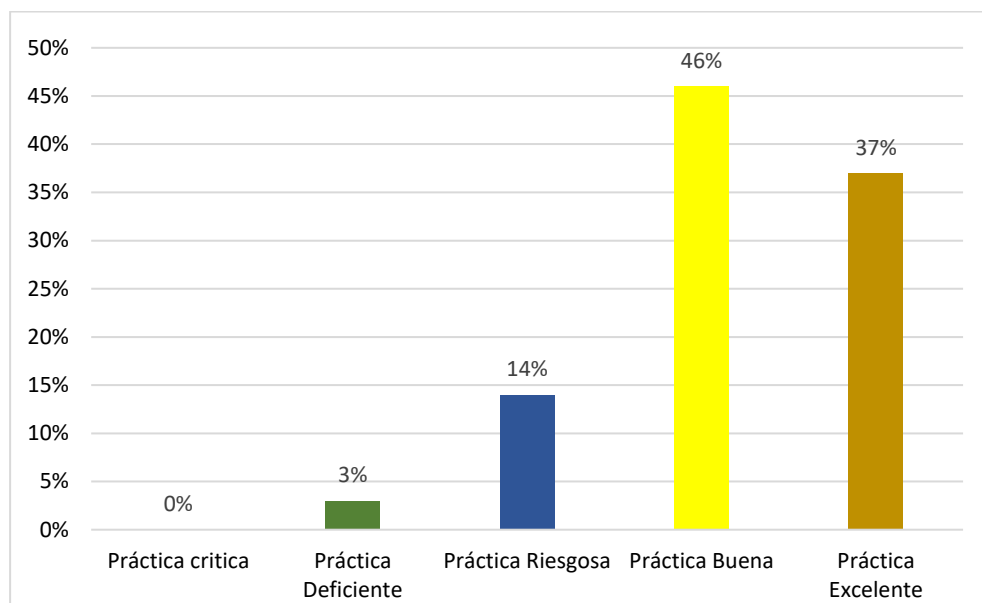
En el gráfico 2, según los resultados de la investigación se muestra las actitudes de las madres que se calificó mediante la escala de Likert en donde el 25% de madres mantienen una actitud excelente, el 63% de las madres mantienen actitud buena, el 10% de madres mantiene actitud riesgosa y el 1% actitud deficiente y crítica, se puede deducir que las madres al tener conocimientos buenos en su mayoría (42%) tienen actitudes favorables en el momento de la alimentación de sus niños. Así mismo también se puede afirmar que una de las desventajas de utilizar la escala de Likert como instrumento para medir las actitudes de las madres muchas veces hace que la madre o las personas evaluadas mediante este sistema tiendan a dar respuestas positivas.

Tabla 3: Prácticas de las madres sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.

Nivel	Frecuencia	Probabilidad	Porcentaje
Práctica Crítica	0	0	0%
Práctica Deficiente	3	0.03	3%
Práctica Riesgosa	14	0.14	14%
Práctica Buena	46	0.46	46%
Práctica Excelente	37	0.37	37%
Total	100	1	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En la Tabla 3, con respecto a las prácticas se observa que, 37% de madres mantienen prácticas excelentes; el 46% de madres mantiene prácticas buenas; el 14% de madres, prácticas riesgosas y el 3% de madres presentan prácticas deficientes sobre medidas preventivas de anemia ferropenia.



Fuente: Tabla 3.

Gráfico 3: Prácticas de las madres sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.

En el gráfico 3, con respecto a las practicas se observa que, 37% de madres mantienen prácticas excelentes; el 46% de madres mantiene practicas buenas; el 14% de madres practicas riesgosas y el 3% de madres presentan practicas deficientes sobre medidas preventivas de anemia ferropenia.

TABLAS DE DOBLE ENTRADA

Tabla 4: Conocimientos y actitudes de las madres sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.

Actitud sobre la prevención de anemia	Conocimiento							
	Buena		Regular		Deficiente		Total	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi	fi	hi
Actitud excelente	9	21%	11	31%	5	22%	25	25%
Actitud buena	31	74%	18	51%	14	61%	63	63%
Actitud riesgosa	2	5%	5	14%	3	13%	10	10%
Actitud deficiente	0	0%	0	0%	1	4%	1	1%
Actitud crítica	0	0%	1	3%	0	0%	1	1%
Total	42	100%	35	100%	23	100%	100	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En la tabla 4; se muestra que 42 madres tienen conocimientos buenos que corresponde al 100%, de las cuales el 21% presentan una actitud excelente, el 74% actitud buena y el 5% actitud riesgosa sobre la prevención de anemia ferropénica; seguidamente 35 madres presentan conocimientos regulares que concierne al 100%; de las cuales el 31% presentan actitud excelente, el 51% actitud buena y el 14% actitud riesgosa; finalmente 23 madres presentan un conocimiento deficiente que corresponde al 100% de las cuales el 22% de madres presentan actitud excelente, 61% actitud buena y 13% presentan actitud riesgosa que puede influir negativamente sobre la prevención de anemia siendo un problema de salud pública en los niños menores de 5 años de edad.

En cuanto a los resultados de nuestra investigación podemos ver que gran parte de las madres presentan conocimientos buenos que puede deberse al nivel de educación que poseen y así mismo tienen actitudes buenas. Por lo tanto, podemos deducir que las madres al presentar conocimientos buenos tienen una actitud igualmente buena que es muy importante para prevenir la anemia en los niños menores de 5 años.

Tabla 5: Conocimientos y Prácticas de las madres sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.

Prácticas sobre la prevención de anemia	Conocimiento							
	Buena		Regular		Deficiente		Total	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi	fi	hi
Práctica excelente	26	62%	9	26%	2	9%	37	37%
Práctica buena	12	29%	19	54%	15	65%	46	46%
Práctica riesgosa	4	10%	6	17%	4	17%	14	14%
Práctica deficiente	0	0%	1	3%	2	9%	3	3%
Práctica Crítica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	42	100%	35	100%	23	100%	100	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En la tabla 5, nos muestra que 42 de las madres tienen un conocimiento bueno que representan el 100%; de las cuales el 62% de madres tiene prácticas alimentarias excelentes, el 29% tiene una práctica alimentaria buena y el 10% tiene una práctica alimentaria riesgosa; además se tiene un total de 35 madres con un conocimiento regular que representa al 100%; de las cuales el 26% tiene practicas excelentes , el 54% tiene una prácticas buenas y el 17% tiene una práctica riesgosa y finalmente 23 madres presentan conocimientos deficientes que representa al 100%; de las cuales el 65% tiene practicas buenas, el 17% tiene una práctica riesgosa y el 9% tiene una práctica deficiente.

De los resultados obtenidos se reflejan que la mayoría de madres presenta un conocimiento bueno y practicas excelentes, lo que significa que el grado de conocimiento es significativo para las prácticas es decir que los conocimientos repercuten en las prácticas, para lo cual los programas de capacitación y educación deben de orientar e incrementar los conocimientos de las madres, y mejorar las prácticas alimentarias y con ella se da la calidad de salud y nutrición para así prevenir la anemia.

Tabla 6: Actitudes y Prácticas de las madres sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.

Prácticas sobre la prevención de anemia	Actitud sobre prevención de anemia ferropénica											
	Actitud excelente		Actitud Buena		Actitud Riesgosa		Actitud Deficiente		Actitud Crítica		Total	
	fi	hi	fi	hi	fi	hi	fi	hi	fi	hi	fi	hi
Práctica excelente	15	60%	21	33%	1	10%	0	0%	0	0%	37	37%
Práctica buena	9	36%	31	49%	4	40%	1	100%	1	100%	46	46%
Práctica riesgosa	1	4%	9	14%	4	40%	0	0%	0	0%	14	14%
Práctica deficiente	0	0%	2	3%	1	10%	0	0%	0	0%	3	3%
Práctica crítica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	25	100%	63	100%	10	100%	1	100%	1	100%	100	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En la tabla 6; se observa que 25 madres presentan actitud excelente sobre la prevención de anemia ferropénica, que corresponde al 100%, de las cuales el 60% tienen practicas excelentes, 36% prácticas buenas y el 4% prácticas riesgosas; seguidamente 63 madres tienen actitud buena sobre la prevención de anemia ferropénica que concierne al 100%, de las cuales el 33% de madres tienen prácticas excelentes, 49% practicas buenas y 14% practicas riesgosas; finalmente 10 madres tienen un actitud riesgosa sobre la prevención de anemia ferropénica que corresponde al 100%; de los cuales el 4% de madres presentan prácticas buenas, el 4% prácticas alimentarias riesgosas y 1% de madres presentan prácticas deficientes.

Los resultados de la investigación indican que existe relación significativa entre las actitudes y prácticas sobre la prevención de anemia, es decir, al presentar actitudes buenas y riesgosas también presentan prácticas buenas y riesgosas, en tal sentido los profesionales implicados en disminuir los índices de anemia tienen una ardua labor en concientizar y hacer conocer a las madres de cuáles son las actitudes y prácticas correctas que deben tener en el cuidado y alimentación de los niños en donde las actitudes y prácticas son la pieza clave para lograr cambios significativos para prevenir la anemia ferropénica en las madres con hijos.

Tabla 7: Correlación entre conocimientos y prácticas sobre la prevención de anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.

		Conocimiento sobre prevención de anemia ferropénica	Prácticas sobre prevención de anemia ferropénica
Conocimiento sobre prevención de anemia ferropénica	Correlación de Pearson	1	0,557**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	100	100
Prácticas sobre prevención de anemia ferropénica	Correlación de Pearson	0,557**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	100	100

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En la tabla 7, se tiene que $P = 0,000$, Tenemos que $P = 0,000 < 0,05$; por lo tanto, dado que el valor de P es menor a $0,05$; rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna; por lo tanto “si existe correlación entre los conocimientos, la actitud y prácticas de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay”.

Por otra parte, el coeficiente de correlación de Pearson = $0,557$; lo cual indica que existe una correlación positiva moderada entre las variables de conocimientos y prácticas de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad; es decir que mientras mayor es el nivel de conocimientos mejoran las prácticas alimentarias de las madres en cuanto a la prevención de la anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Pasos para probar las hipótesis

Paso 1: Formulación de las hipótesis

Ho: No existe correlación entre los conocimientos y prácticas de las madres sobre la prevención de la anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.

H1: Si existe correlación entre los conocimientos, la actitud y prácticas de las madres sobre la prevención de la anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.

Paso 2: Nivel de significancia

Alpha = 0.05 (nivel de error) nivel estándar.

Paso 3: Estadístico de prueba

Como la variable es de nivel ordinal (actitud y prácticas) y la otra variable de nivel discreto (conocimiento). Además, la investigación es de tipo transversal se decidió emplear la R de Pearson.

Paso 4: Cálculo de la correlación

La corrida estadística se realizará con SPSS 25.

Como el p-value es menor que alfa; es decir, $0.000 < 0.05$ entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Paso 5: Cálculo de la correlación

Si existe correlación entre los conocimientos, la actitud y prácticas de las madres sobre la prevención de la anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.

4.2. DISCUSIÓN

Mamani Díaz Y (1). en puno en el 2017 encontró un nivel de conocimientos bueno en 27.7% de las madres, regular 52.3% y deficiente en el 20%, en nuestra investigación en el distrito de Manantay que el 42% tuvo un buen nivel de conocimientos, el 35% regular y el 23% fue deficiente, solo se observó cifras similares en el nivel deficiente. Coincidiendo en parte con otros autores como Gamarra-Atero et al. (4).

En relación a la actitud Mamani Díaz Y (1) encontró una actitud riesgosa en 20% de las madres, buena en 55.4% y excelente en 24.6%, difiere con nuestros hallazgos, la actitud en las madres de Manantay, fue riesgosa en un 10%, buena en un 63% y excelente en un 25%. Con algunas discordancias con otros autores como Martínez Salgado (6), Gonzales Vargas Ruth (7).

Las prácticas de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay, 2019, fueron excelentes en un 37%, buenas en 46%, riesgosas en 14% y deficientes en 3%. Mamani Díaz Y encontró prácticas excelentes en 9.2% de madres, 53.8 prácticas buenas, 33.8 prácticas riesgosas y 3.1 prácticas deficientes coincidiendo en parte con otros autores como Coronel Santos Lizeth et al. (8).

Con respecto a la correlación entre conocimientos, actitud y prácticas de las madres si existe correlación al encontrarse un p valor de 0.0001 y el coeficiente R de Pearson de 0.557. Así mismo, podemos señalar que las madres con prácticas excelentes con buen conocimiento 62%, conocimiento regular 26% y conocimiento deficiente 9%. Las madres con práctica riesgosa con buen conocimiento 10%, regular 17% y deficiente 17%. Si relacionamos la actitud con la práctica; la actitud excelente y práctica excelente llegó a un 60%, practica buena 36% y práctica riesgosa 4%. Hay coincidencias y discordancias con Navarro Nanay Ana (10) y López Taricuarima Tony (12).

CONCLUSIONES

1. En relación al nivel de conocimientos de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica, en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay, 2019, el 42% tuvo un buen nivel de conocimientos, el 35% regular y el 23% fue deficiente.
2. La actitud de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica, fue riesgosa en un 10%, buena en un 63% y excelente en un 25%.
3. Las prácticas de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay, 2019, fueron excelentes en un 37%, buenas en 46%, riesgosas en 14% y deficientes en 3%.
4. Con respecto a la correlación entre conocimientos, actitud y prácticas de las madres si existe correlación al encontrarse un p valor de 0.0001 y el coeficiente R de Pearson de 0.557. Así mismo podemos señalar que las madres con prácticas excelentes con buen conocimiento 62%, conocimiento regular 26% y conocimiento deficiente 9%. Las madres con práctica riesgosa con buen conocimiento 10%, regular 17% y deficiente 17%. Si relacionamos la actitud con la práctica; la actitud excelente y práctica excelente llegó a un 60%, práctica buena 36% y práctica riesgosa 4%.

RECOMENDACIONES

1. Se debe continuar con programas de capacitación a las madres ya que el 58% tiene un nivel de conocimientos entre regular y deficiente. Las madres son actores claves para controlar a la anemia ferropénica, en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.
2. Se debe continuar con estrategias de intervención en la comunidad ya que existen madres con actitud riesgosa en un 10% y buena en un 63% para lograr una actitud excelente en el 100% de madres y así derrotar a la anemia.
3. Las prácticas de las madres fueron deficientes 3%, riesgosas 14% esto amerita campañas de sensibilización sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay.
4. Al existir correlación entre conocimientos, actitud y prácticas en la prevención de la anemia en niños se debe programar cursos de capacitación a todo nivel, incluso desde los colegios secundarios para elevar el nivel de conocimientos y lograr buena actitud y buenas prácticas de alimentación de los niños.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Mamani Diaz Yemy Elizabeth. 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 Jae-Puno, setiembre-diciembre del 2017, [Pregrado]. Universidad Nacional del Altiplano. Disponible:
<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/7916>.
2. Organización Mundial de Salud (OMS). Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales (VMNIS) Prevalencia mundial de la anemia y número de personas afectadas. [citado 23 de marzo del 2021]. Disponible en:
https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). La Sierra presenta los mayores niveles de anemia del país en el año. Publicado Enero 2019. [Citado, 23 de Marzo del 2021]. Disponible en: <http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/la-sierra-presenta-los-mayores-niveles-de-anemia-del-pais-en-el-ano-12223/>.
4. Gamarra-Atero Raquel, Porroa-Jacobo Mayra, Quintana-Salinas Margot. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. *An Fac med.* 2010;71(3):179-83.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n3/a07v71n3.pdf>.
5. Bastos Oreiro M. Anemia ferropénica: Tratamiento. *Rev. esp. enferm. dig.* [Internet]. 2009 Ene [citado 2021 Mar 23]; 101(1): 70-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082009000100010&lng=es.
6. Martínez-Salgado Homero, Casanueva Esther, Rivera-Dommarco Juan, Viteri Fernando E., Bourges-Rodríguez Héctor. La deficiencia de hierro y la anemia en niños mexicanos: Acciones para prevenirlas y corregirlas. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [revista en la Internet]. 2008 Abr [citado 2021 Mar 26]; 65(2): 86-99. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000200003&lng=es.
7. Gonzales Vargas Ruth Marlith, Relación entre conocimientos y prácticas sobre la prevención de anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 36 meses en un

centro de salud Lima, 2019. [Pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima 2020.

8. Coronel Santos Lizeth Jesenia y Trujillo Espinoza María Verónica. Prevalencia de anemia con sus factores asociados en niños/as de 12 a 59 meses de edad y capacitación a los padres de familia en el centro de desarrollo infantil de la universidad de cuenca. Cuenca, diciembre 2015 - mayo 2016 [pregrado]. Universidad de Cuenca. Ecuador, 2016.
9. Cardero Reyes Yusimy, Sarmiento González Rodolfo, Selva Capdesuñer Ana. Importancia del consumo de hierro y vitamina C para la prevención de anemia ferropénica. MEDISAN [Internet]. 2009 Dic [citado 2021 Mar 28] ; 13(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000600014&lng=es.
10. Navarro Manay Ana Eimy Gabriela y Vargas Altuna Giovana Stefanni. Programa educativo venciendo la anemia en el nivel de conocimientos de madres de preescolares [pregrado]. Universidad Nacional de Trujillo, 2020. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/15935/1917.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Bravo Mascaró Evelyn Yuliana. La anemia y el desarrollo psicomotor en niños de 2 a 5 años de un colegio del distrito de La Victoria; Lima2019 [pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú 2020. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/15607/Bravo_me.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
12. López Taricuarima Tony. Nivel de conocimientos sobre la suplementación de multimicronutrientes en polvo y su relación con la práctica en madres con niños de 6 a 35 meses que acuden al C.S San José de Yarinacocha setiembre - noviembre 2018 [Pregrado]. Universidad Nacional de Ucayali. 2019. Disponible en: <http://www.repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/4245/000004179T-ENFERMERIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Conde Soria Brenda Gabriela, Mozombite Tananta Kenia y Tuesta Maldonado Linda Helen. Características sociodemográficas, económicas y conocimiento sobre alimentación infantil de madres que acuden a centros de salud de Pucallpa, 2014

- [pregrado]. Universidad Nacional de Ucayali. 2014. Disponible en: <http://181.176.160.68/bitstream/handle/UNU/1997/000001130T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
14. Casellas-Jordá Francesc, Vera-Mendoza Isabel, Barreiro-de-Acosta Manuel, Vázquez-Morón Juan-María, López-Román Javier, Júdez-Gutiérrez Javier. Manejo del déficit de hierro y la anemia ferropénica en la enfermedad inflamatoria intestinal. Resultados de la encuesta "Gestiona Hierro-EII". Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2018 [citado 2021 Mar 28]; 110(3): 172-178. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082018000300007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2018.5354/2017>.
 15. Alcaraz López Gloria Margarita, Bernal Parra Carlos, Aristizábal Gil María Adelaida, Ruiz Villa María Beatriz, & Fox Quintana Javier Enrique. (2006). Anemia y anemia por déficit de hierro en niños menores de cinco años y su relación con el consumo de hierro en la alimentación. Turbo, Antioquia, Colombia. Investigación y Educación en Enfermería, 24(2), 16-29. Retrieved March 28, 2021, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000200002&lng=en&tlng=es.
 16. Zavaleta Nelly, Astete-Robilliard Laura. Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2017 Oct [citado 2021 Mar 28]; 34(4): 716-722. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000400020&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2017.344.3251>.
 17. Salazar A. El punto de vista filosófico. Ediciones el Alce Lima-Perú 1988.
 18. Representación del conocimiento. [en línea] 2007 [fecha de acceso 28 de marzo del 2021] Disponible en: <http://www.http://psisuerga.inf.ubu.es/cgosorio/SExInArt/UD4/introKR.pdf>.
 19. Mabhel C. Nivel de Conocimiento de las Madres Sobre Anemia Ferropénica Y Prácticas alimenticias relacionado con la prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses en el Puesto de Salud Cocharcas, Huancayo 2017.

20. Dapcich V, Salvador C, Ribas L, Pérez C, Aranceta J, Serra L. Guía de la alimentación saludable. [En línea] 2004. [Citado el: 29 de marzo del 2021]. Disponible en:
http://aesan.msssi.gob.es/AESAN/docs/docs/publicaciones_estudios/nutricion/guia_alimentacion.pdf.
21. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo. Capítulo 13: Carencia de hierro y otras anemias nutricionales. [Internet]. Depósitos de documentos de la FAO. [citado 29 de diciembre del 2021]. Disponible en:
<http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0h.htm>.
22. Vegh Z, Kurti Z, Gonczi L, et al. Association of extraintestinal manifestations and anaemia with disease outcomes in patients with inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 2016;51:848-54. DOI: 10.3109/00365521.2016.1140807 [Links]
23. Koutroubakis IE, Ramos-Rivers C, Regueiro M, et al. Persistent or recurrent anemia is associated with severe and disabling inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2015;13(10):1760-6. DOI: 10.1016/j.cgh.2015.03.029 [Links]
24. Herrera-de Guise C, Casellas F, Robles V, et al. Iron deficiency in the absence of anemia impairs the perception of health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2016;22:1450-5. DOI: 10.1097/MIB.0000000000000768 [Links]
25. Vallée L. Fer et neurodéveloppement. *Arch Pediatr*. 2017;24(5S):5S18-5S22. doi: 10.1016/S0929-693X(17)24005-6. [Links]
26. Miller JL. Iron deficiency anemia: a common and curable disease. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2013;3(7). pii: a011866. doi: 10.1101/cshperspect.a011866. [Links]
27. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2017 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Resultados Preliminares al 50% de la muestra) [Internet]. Lima: INEI; 2017. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/ppr.asp>. [Links]
28. Gonzales E, Huamán-Espino L, Gutiérrez C, Aparco JP, Pillaca J. Caracterización de la anemia en niños menores de cinco años de zonas urbanas de Huancavelica y Ucayali en el Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2015;32(3):431-9. [Links]

29. Velásquez-Hurtado JE, Rodríguez Y, Gonzáles M, Astete-Robilliard L, Loyola-Romaní J, Vigo WE, et al. Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2007-2013. *Biomedica*. 2016;36(2):220-9. doi: 10.7705/biomedica.v36i2.2896. [Links]
30. Murray-Kolb LE. Iron and brain functions. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2013;16(6):703-7. doi: 10.1097/MCO.0b013e3283653ef8. [Links]
31. Hermoso M, Vucic V, Vollhardt C, Arsic A, Roman-Viñas B, Iglesia-Altaba I, et al. The effect of iron on cognitive development and function in infants, children and adolescents: a systematic review. *Ann Nutr Metab*. 2011;59(2-4):154-65. doi: 10.1159/000334490. [Links]
32. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 Nacional y Regional (ENDES 2016) [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/resultados.asp>. [Links]
33. Zavaleta N. Anemia infantil: retos y oportunidades al 2021. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34(4):588-89. doi: 10.17843/rpmesp.2017.344.3281. [Links]
34. Walter T. Effect of Iron-Deficiency Anemia on Cognitive Skills and Neuromaturation in Infancy and Childhood. *Food Nutr Bull Food Nutr Bull*. 2003;24(4 Suppl):S104-10. [Links]
35. Lozoff B. Iron Deficiency and Child Development. *Food Nutr Bull*. 2007;28(4 Suppl):S560-71. doi: 10.1177/15648265070284S409. [Links]
36. Alcázar L. Impacto Económico de la anemia en el Perú [Internet]. Lima: GRADE, Acción contra el Hambre; 2012. Disponible en: http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/LIBROGRADE_ANEMIA.pdf. [Links]
37. Aparco JP, Huamán-Espino L. Recomendaciones para intervenciones con suplementos de hierro: lecciones aprendidas en un ensayo comunitario en cuatro regiones del Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Publica*. 2017;34(4): 709-15. doi: 10.17843/rpmesp.2017.344.3237. [Links]

- 38.** Sermini CG, Acevedo MJ, Arredondo M. Biomarcadores del metabolismo y nutrición de hierro. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2017;34(4):690-8. doi: 10.17843/rpmesp.2017.344.3182. [Links]
- 39.** Gonzales GF, Fano D, Vásquez-Velásquez C. Necesidades de investigación para el diagnóstico de anemia en poblaciones de altura. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2017;34(4):699-708. doi: 10.17843/rpmesp.2017.344.3208. [Links]

ANEXO

ANEXO 1: CONOCIMIENTOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

"CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE LA PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL DISTRITO DE MANANTAY, 2019"

Estimado (a) Señor (a), como ya es de su conocimiento, esta entrevista tiene como Objetivo recolectar información sobre algunos aspectos relacionados con la prevención de la anemia de su hijo(a) que se encuentra entre las edades menores de 5 años; manifestándole una vez más que será información confidencial y de manejo exclusivo por el tesista con fines de investigación.

Agradezco anticipadamente su gentil colaboración, así como la sinceridad de sus respuestas.

I. DATOS GENERALES

De la madre o tutor:

1. Edad..... años Sexo: (M) (F)
2. Grado de instrucción: primaria () secundaria () superior()

Del niño:

1. Edad.....años Sexo: (M) (F)

II. CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA

1. La anemia es una enfermedad que consiste en:

- a. Que los niños son muy intranquilos.
- b. Su sangre no es suficiente y por eso se siente cansado y no aprende fácilmente.

- c. Su sangre es espesa.
- d. El aumento de la azúcar en el cuerpo.

2. La causa principal de la anemia es por falta de alimentos ricos en:

- a. Calcio.
- b. Hierro.
- c. Magnesio.
- d. fosforo

3. ¿Para prevenir la anemia en su niño que alimentos le daría?

- a. Cereales, frutas y verduras
- b. Menestras.
- c. Vísceras y carnes rojas.
- d. Leche, queso y yogurt.

4. Los signos y síntomas de un niño con anemia son:

- a. Niño activo y con mucha energía.
- b. Crece y sube de peso rápidamente.
- c. Piel pálida, no quiere comer y con mucho sueño.
- d. Niño irritable y juega todo el día.

5. ¿Cuánto tiempo debe darle el medicamento para tratar la anemia de su niño?

- a. 2 meses.
- b. 4 meses.
- c. 6 meses.
- d. Más de 6 meses.

6. ¿Con qué frecuencia se le debe dar el medicamento a su niño para tratar la anemia?

- a. Semanal.

- b. Interdiario.
- c. Diario.
- d. Quincenal.

7. ¿Con qué frecuencia debe consumir un niño, alimentos ricos en hierro?

- a. 1 vez por semana.
- b. 2 veces por semana.
- c. Diario.
- d. Interdiario.

8. Durante el día. ¿Cuántas comidas principales le da de comer a su niño?

- a. 1 sola vez.
- b. 2 veces.
- c. 3 veces.
- d. 5 veces

9. ¿Con qué frecuencia debe dar a su niño, alimentos como: hígado, sangrecita, bofe, bazo, pescado, carnes rojas?

- a. 1 vez por semana.
- b. 2 veces por semana.
- c. 3 a más veces por semana.
- d. No le gusta las vísceras.

10. ¿Con qué frecuencia debe dar a su niño, alimentos como: lentejas, pallares, frejoles, arvejas, habas?

- a. 1 vez por semana.
- b. 2 veces por semana.
- c. 3 a más veces por semana.
- d. No le gusta las menestras.

ANEXO 2: ACTITUDES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

"CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE LA PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL DISTRITO DE MANANTAY, 2019"

Este cuestionario presenta una serie de frases. Lea cada una de ellas. Por favor, responda cada frase colocando una (X).

Ítems a evaluar: Totalmente en desacuerdo - En desacuerdo - Indiferente -
De acuerdo - Totalmente de acuerdo

II. ACTITUDES

N°	Ítems a evaluar	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Un niño con anemia se identifica en el establecimiento de salud y debe tratarse haciendo caso de las orientaciones del personal del establecimiento de salud.					
2	Los niños que presentan anemia es por el consumo insuficiente de alimentos ricos en hierro (hígado, bazo, sangrecita, bofe y carnes rojas).					
3	Los niños deben consumir hígado, sangrecita, bazo y carnes rojas y se debe tener ensalada o jugos de fruta.					

4	Las mamás o las personas que cuidan a los niños deben estar atentos a las cosas en su cuerpo porque si están más pálido, cansado y sueño, puede tener anemia.					
5	Un niño con anemia se debe tratar con medicamentos recetados por el personal de salud y se debe cumplir con el tiempo de tratamiento.					
6	Los medicamentos que receta el personal de salud a un niño con anemia se deben tomar diariamente para su pronta recuperación.					
7	Los niños deben comer diariamente alimentos ricos en hierro (hígado, sangrecita, bazo, y carnes rojas en agregación de frutas cítricas).					
8	Un niño debe comer tres comidas principales para tener un adecuado crecimiento y desarrollo cognoscitivo.					
9	Toda mamá tiene la obligación de darle 3 a más veces por semana alimentos como: hígado, sangrecita, bofe, bazo, pescado carnes rojas.					
10	Los niños deben consumir 2 veces por semana alimentos como: lenteja, pallares, frejoles, arvejas y habas.					

ANEXO 3: PRÁCTICAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

"CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE LA PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL DISTRITO DE MANANTAY, 2019"

III. AUTORREPORTE DE PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA

N°	ÍTEMS	Nunca (a)	Casi nunca (b)	A veces (c)	Casi siempre (d)	Siempre (e)
1	Llevo a mi hijo(a) al centro de salud de acuerdo a sus controles y me preocupo por saber si tiene anemia y como tratarlo.					
2	En mi casa se consume carnes blancas y rojas todos los días e hígado una vez a la semana.					
3	Le doy a mi niño principalmente viseras por el alto contenido de hierro juntamente con limón para su mejor absorción.					
4	En mi casa vigilo que mi hijo(a) este aprendiendo habilidades y pueda estudiar porque si no lo hace podría tener anemia.					
5	Le doy a mi niño el medicamento que se le receta en el centro de salud con jugos de frutas.					
6	El medicamento (micronutrientes) que me receta para mi niño le doy por el tiempo que me indica el personal del Centro de Salud todos los días.					

7	A mi niño le doy a diario alimentos ricos en hierro tales como, hígado, bazo, sangrecita y pescado y sus micronutrientes (chispitas) todos los días.					
8	Estoy al pendiente si mi niño se come lastrescomidasprincipales, sino lo come puede ser que tenga anemia o un malestar.					
9	A mi niño le doy 3 veces a la semana alimentos como: hígado, bazo, sangrecita y carnes rojas.					
10	Cuando en mi casa se cocina lenteja, pallar, frejol siempre tiene que ir acompañado con gotas de limón y ensalada.					

ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
¿Cuáles son los conocimientos actitudes y prácticas de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años en el distrito de Manantay, 2019?	Determinar los conocimientos actitudes y prácticas de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años en el distrito de Manantay, 2019.	<p>Evaluar cuáles son los conocimientos de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay, 2019.</p> <p>Identificar cuál es la actitud de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay, 2019.</p> <p>Conocer cuáles son las prácticas de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay, 2019.</p> <p>Determinar cuál es la correlación entre conocimientos, actitud y prácticas de las madres sobre la prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay, 2019.</p>	<p>H0: No existe correlación entre los conocimientos, la actitud y prácticas de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en niños menores de 5 años en el distrito de Manantay, 2019.</p> <p>H1: Si existe correlación entre los conocimientos, la actitud y prácticas de las madres sobre la prevención de la anemia en niños menores de 5 años de edad en el distrito de Manantay, 2019.</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Los conocimientos y la actitud sobre la prevención de la anemia ferropénica en niños menores de 5 años en el distrito de Manantay, 2019.</p> <p>Variable Dependiente</p> <p>Las prácticas de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en niños menores de 5 años en el distrito de Manantay, 2019.</p>