

UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



“CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS, MARCARÁ- 2022”.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Bach. MALDONADO QUISPE Massyel Jackelin

ASESORA

Dra. MENDOZA RAMÍREZ Gina Dominga

HUARAZ - PERÚ

2022



UNIVERSIDAD NACIONAL "SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE GRADOS Y TÍTULOS
Av. Agustín Gamarra 1227
HUARAZ – ANCASH – PERÚ

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Los miembros del jurado que suscriben, se reunieron en acto público para calificar la Tesis Titulada:

“Conocimiento y adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en madres de niños menores a 3 años, Marcará - 2022”.


Presentada por la Bachiller en Enfermería:

Massyel Jackelin MALDONADO QUISPE

Después de haber escuchado la sustentación y las respuestas a las preguntas formuladas, lo declaran aprobada con el calificativo de *Dieciséis*..... (16) en consecuencia, la sustentante queda en condición de recibir el Título Profesional de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**; otorgado por el Consejo Universitario de la UNASAM en conformidad a las normas Estatutarias y la Ley Universitaria.

Huaraz, 20 de abril del 2023.


Dra. Makia Inés VELASQUEZ OSORIO
PRESIDENTA


Mag. Rosa Del Pilar Efigenia ATOCHE BENAVIDES
SECRETARIO


Mag. Soledad Verónica PATRICIO AYALA
VOCAL

NOMBRE DEL TRABAJO

**Massyel Maldonado Quispe- FINALE.doc
X**

AUTOR

ANIBAL MINAYA

RECUENTO DE PALABRAS

18791 Words

RECUENTO DE CARACTERES

105342 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

126 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

637.7KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 27, 2023 1:23 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 27, 2023 1:25 PM GMT-5**● 20% de similitud general**

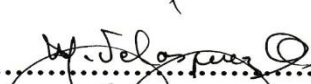
El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 14% Base de datos de trabajos entregados
- 8% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)

MIEMBROS DEL JURADO


.....

Dra. María Inés Velásquez Osorio

PRESIDENTA


.....

Mg. Rosa Del Pilar Efigenia Atoche Benavides

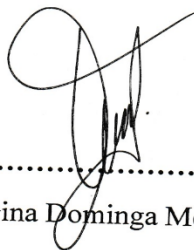
SECRETARIA


.....

Mg. Soledad Verónica Patricio Ayala

VOCAL

FIRMA DEL ASESOR



.....
Dra. Gina Dominga Mendoza Ramírez
ASESOR

Llena de alegría, de amor y cariño, dedico esta tesis a mis padres y hermanos, quienes han sido pilares en mi formación y cimiento para la construcción de mi vida profesional.

A mi abuelo (q.e.p.d) por ser el gran motivo para iniciar en esta hermosa y loable profesión.

A mis mascotas: Danna, Simba y Pirata, por sus divertidas ocurrencias, por acompañarme en las noches de estudio y sobre todo por alegrar a mi corazón y acompañarme en esta travesía.

Es para mí un honor y me llena de gran satisfacción dedicarles a ellos, que con mucho esfuerzo, dedicación y apoyo lo hemos logrado.



Mi principal agradecimiento a Dios, por estar presente en todo momento de mi vida, por guiar mis pasos e iluminar mi camino.

A mi madre, por su infinito amor, paciencia, comprensión y estímulo constante, por estar presente en cada logro y paso que doy, por confiar en mí y ser ese solcito en mis días grises.

A mi padre, por sus sabios consejos y apoyo.

A mis hermanos Jean, Xenia, Isabel y Yuri, por enseñarme el valor del esfuerzo y dedicación, por sus palabras de aliento y ánimo, por su respaldo y cariño que me impulsan para salir adelante y sobre todo por hacer nuestros días más divertidas y amenas.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
1. INTRODUCCIÓN	7
2. HIPÓTESIS	15
3. BASES TEÓRICAS	20
4. MATERIALES Y MÉTODOS	64
5. RESULTADOS	75
6. DISCUSIÓN	81
7. CONCLUSIONES	83
8. RECOMENDACIONES	84
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXOS	

RESUMEN

La presente investigación tuvo como problema de estudio ¿Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la adherencia al tratamiento, de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022?, siendo el objetivo general determinar la relación estadísticamente significativa entre conocimiento y adherencia al tratamiento, de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022. Investigación aplicada, correlacional, cuantitativa y transversal; con diseño de tipo no experimental y descriptivo correlacional, hipótesis: si existe relación estadísticamente significativa entre conocimiento y la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022. Técnica: entrevista, instrumentos: cuestionario y guía de observación. Resultados: para el nivel de conocimiento sobre la anemia ferropénica se obtuvo que el 58,2% de las madres presentan un nivel de conocimiento “regular” y el 7,3% un nivel “bajo”; en tanto para la adherencia al tratamiento se obtuvo que el 78,2% de las madres se han adherido al tratamiento y el 21,8% no se han adherido al tratamiento. Conclusiones: mediante la prueba estadística del chi cuadrado (0.734) y la prueba de V de Cramer (0.106), se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio.

Palabras claves: conocimiento, adherencia, anemia ferropénica, niños, salud pública.

ABSTRACT

The present investigation had as a study problem: Is there a statistically significant relationship between knowledge and adherence to treatment of iron deficiency anemia in mothers with children under 3 years of age, Marcará-2022? The general objective being to determine the statistically significant relationship between knowledge and adherence to treatment of iron deficiency anemia in mothers with children under 3 years of age, Marcará-2022. Applied, correlational, quantitative and transversal research; with a non-experimental and descriptive correlational design, hypothesis: if there is a statistically significant relationship between knowledge and adherence to treatment of iron deficiency anemia in mothers with children under 3 years of age, Marcará-2022. Technique: interview, instruments: questionnaire and observation guide. Results: for the level of knowledge about iron deficiency anemia, they show that 58.2% of the mothers have a “regular” level and 7.3%% have a “low” level; while for adherence, 782% have adhered to the treatment and 21.8% have not adhered to said treatment. Conclusions: using the chi square Stastical test (0.704) and Cramer V test (0.106), it is concluded that there is no relationship between the study variables.

Key words: knowledge, adherence, iron deficiency anemia, children, public health.

1. INTRODUCCIÓN

La anemia ferropénica sigue siendo considerada como una severa preocupación de la sanidad pública, afectando principalmente a los niños pequeños y mujeres embarazadas en todo el mundo, trayendo consigo mayor riesgo y vulnerabilidad de morbilidad y mortalidad materno-neonatal.^{1,2}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que alrededor de todo el mundo la anemia ferropénica daña al “42% de los niños menores de cinco años y al 40% de las mujeres embarazadas”.³ Siendo los más damnificados las naciones socioeconómicamente bajas o en vías de progreso, encontrándose la mayor prevalencia en la etapa infantil en los siguientes continentes, nombrados en orden de mayor a menor porcentaje: en el continente africano afecta al 67,6%, en el continente asiático Suroriental afecta al 65.5%, en el Mediterráneo Oriental al 23,1% y en nuestro continente, América afecta al 29.3% de este grupo poblacional.^{4,5}

En nuestro país, según los resultados obtenidos que muestra la Encuesta Demográfica y de la Salud Familiar del Instituto Nacional de Estadística e Informática (ENDES), para el año 2021 se registraron una prevalencia de 38.8% en menores de 36 meses,⁶ lo cual indica una ligera reducción del 1.3% con respecto al año anterior, considerándose a la anemia ferropénica como un “dilema de sanidad pública moderado” en nuestro país.⁴ Sin embargo, a pesar de la ligera reducción del índice nacional se pueden observar cifras alarmantes en

departamentos como Puno, que registró el 70.4%, Ucayali el 60.8% y Madre de Dios el 58.4% en menores de tres años, registrándose el mayor porcentaje de ocurrencia en el sector rural con el 48.7% de la población, en la región natural Sierra con el 49.8% y en aquellos o aquellas cuya madre se encuentra en el quintil mínimo de riqueza con el 50.2% y sin dejar de lado, en el departamento de Áncash se llegó a registrar una prevalencia de 40.9%, cifra que indica ligero retroceso con respecto al año anterior que fue del 38.0%.⁶ Y en lo que va del año, en la etapa de enero a agosto del 2022 se registraron 75 casos de niños y niñas con anemia por déficit férrico en menores de tres años en el área de estudio procedentes del mismo lugar, de los cuales 6 niños o niñas que recibieron el tratamiento llegaron a recuperarse de la anemia ferropénica y 14 de estos casos diagnosticados sus madres decidieron darle tratamiento particular a sus hijos o llevarlos a otro establecimiento de salud para el manejo de este problema.⁷

Se sabe que la anemia ferropénica es la periodo de desenlace de la carencia férrica, considerándose un serio problema si ocurre en edades tempranas y sin alguna intervención; de esta manera pudiendo provocar daños irreversibles, evitando que se alcance el óptimo desarrollo neurológico y trayendo consigo mayor susceptibilidad y vulnerabilidad a las infecciones y retraso en el crecimiento.⁴ Frente a este problema el Ministerio de Salud dispone de intervenciones y estrategias que buscan ayudar en la minoración de los índices de la anemia por carencia férrica infantil como la lactancia materna exclusiva, el corte tardío del cordón umbilical, captación temprana de gestantes, consejerías

nutricionales, diagnóstico y tratamiento oportuno de la anemia por carencia férrica, visitas domiciliarias para la demostración y supervisión del consumo del suplemento férrico, y otros.⁸ De esta manera, en la Norma Técnica de Salud N°134, con la modificación del 2020 indica que la realización del examen de hemoglobina o hematocrito será a partir de los seis meses de vida o en cuestión de no haberlo ejecutado a esta edad se debería hacer en el consecuente control, teniendo en cuenta el resultado ajustado del tamizaje y el tiempo de vida del niño para el diagnóstico de la anemia nutricional, conforme a los valores establecidos, teniendo los resultados obtenidos la niña o el niño estaría iniciando la suplementación férrica preventiva o terapéutica.⁹

Sin embargo, esta estrategia no tiene los efectos deseados por la baja adherencia al tratamiento férrico y la poca atención a otros factores como la situación socioeconómica de la familia, las condiciones sanitarias de la vivienda, el acceso a servicios de salud, el grado de instrucción o el conocimiento de la enfermedad por parte de las mamás, los hábitos de higiene, conocimiento de la alimentación complementaria cuando se inicia, entre otros.¹⁰ Evidenciándose en los resultados que mostró el Instituto Nacional de Estadística e Informática(INEI) en el año 2021, donde se contempla que el 36,2% de niñas y niños consumieron la suplementación férrica en los últimos días antes del estudio, apreciando la menor cifra en el área urbana con 35.3%, en la región natural selva con 34.7%, en aquellos niños o niñas cuya madre tiene el nivel de educación sin nivel/primaria con 35.4% y quienes pertenecen al quintil intermedio de bienestar con 35.9%; en

relación a los departamentos nacionales que evidenciaron menor índice de consumo, tenemos a al departamento de Madre de Dios con el 23.6%, Ica con 26.6% y en Ucayali el 26.7%; quienes a la vez registran las prevalencias superiores en el territorio peruano, y según la edad de 24 a 35 meses el 20.5% de los menores no consumió el suplemento férrico , indicando la existencia de menor adhesión al tratamiento férrico en este grupo etareo.¹¹

Diversos estudios muestran que existen agentes que limitan la adhesión como el saber de la patología que poseen las mamás o cuidadoras, lo cual incluye la necesidad de valorar la enseñanza-aprendizaje para impactar e instruir hacia una mejora en la adhesión al tratamiento férrico, trayendo consigo múltiples beneficios en la salud del menor y la intervención oportuna en la falta de adhesión, lo cual puede influir negativamente y así disminuir el riesgo de complicaciones a futuro.^{12,13}

Así en el periodo de las praxis comunitarias ejecutadas en el Centro de Salud Marcará, se ha escuchado en el servicio de Crecimiento y Desarrollo(CRED) por parte de las mamás con niños menores de tres años de vida , quienes reciben el tratamiento de la anemia ferropénica que no les daban o administraban porque les producía “estreñimiento o diarrea” , “tiñe los dientes de mi hijo”, “no le doy por qué no quiere abrir su boca”, “presenta heces oscuras”, “a veces me olvido de darlo”, “le hizo mal a mi hijo y mi esposo me dijo para ya no darle, me dijo que le llevaríamos al pediatra y que nos recetaría otro medicamento, pero no

tenemos dinero para comprar otro medicamento”, “mi hija acude a cuna más y ellos son los encargados de darle, porque me voy a trabajar”, “a veces no quiere abrir su boca y no le doy la dosis exacta”, “me han dicho que debo de quitarle la leche cuando empiece a comer porque se llena con la leche y ya no quiere comer”, “me han dicho que cuando presente algún malestar deje de darle” y “le doy los alimentos ricos en hierro pero mi hija los escupe o no los quiere comer”, entre otros; observando la falta de adherencia, el poco compromiso y responsabilidad en la administración correcta y de manera permanente, la falta de concientización de la magnitud y de los daños irreversibles que pueda provocar o traer consigo la anemia por carencia de hierro en edades tempranas, pese a que reciben orientación y consejería de manera continua, limitando la eficacia de la estrategia. Sin embargo, un indicador de buena o adecuada adhesión al tratamiento terapéutico es el aumento del resultado de hemoglobina en el primer tamizaje con respecto al resultado con fue diagnosticado, el cual se realiza al mes de iniciado el tratamiento, o el consumo del “75% a más de la dosis indicada”.⁸

Teniendo en cuenta la cantidad de niños y niñas que fueron diagnosticados con anemia por carencia férrica en la etapa de enero a agosto del presente año, se puede observar que en el 41.81% de niños y niñas sus niveles de hemoglobina se mantuvieron con respecto a los resultados del diagnóstico o disminuyeron,⁷ considerando un gran porcentaje de falta de adhesión al tratamiento terapéutico.

Por consiguiente, se procura estudiar la relación entre el conocimiento de la anemia ferropénica por parte de las mamás y su adhesión al tratamiento férrico de la anemia que le brindan a sus hijos.

Teniendo en cuenta lo precedentemente mencionado, se procura proceder realizar el estudio mediante la siguiente formulación de problema: ¿Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la adhesión al tratamiento, de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022?, teniendo como objetivo general el determinar la relación estadísticamente significativa entre conocimiento y adherencia al tratamiento, de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022, y teniendo a los siguientes objetivos específicos: evaluar el nivel de conocimiento de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022, evaluar la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022 y evaluar la relación entre el conocimiento y la adherencia al tratamiento, de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.

El presente trabajo de investigación es conveniente porque permitirá determinar la relación estadística entre el grado de conocimiento de la anemia ferropénica por parte de las mamás y como este influye en la adhesión al tratamiento férrico que les brindan a sus hijos, de esta manera permitirá evaluar la disposición actual en la que se muestra el C.S. Marcará frente a este problema.

Tiene relevancia social, ya que los principales favorecidos son los niños menores de tres años que son llevados al C.S. Marcará para que reciban el tratamiento férrico, como también el personal de salud que trabaja, ya que favorecerá a la institución o a la organización sanitaria en la elaboración de una planificación exitosa para el seguimiento oportuno y minucioso del tratamiento férrico farmacológico y nutricional de la anemia ferropénica y su adherencia, enfocándose en la sensibilización y concientización a la mamá y/o papá con respecto a las graves repercusiones que pueda originar la anemia por carencia férrica si no se corrige y/o trata oportunamente en la niñez, la cual continua siendo un dilema social de primacía en la población infantil por su cuantiosa prevalencia.

Posee implicancia práctica, ya que ayudara a resolver el problema definido, buscando mejorar el conocimiento de la enfermedad y la adherencia del tratamiento férrico de las mamás, de esta manera contribuir en la reducción o minoración de la prevalencia infantil. Sin embargo, son pocos los estudios realizados referentes al tema, por ello el interés. Por tanto, considero que esta investigación tiene justificación teórica, puesto que permitirá determinar la relación existente entre ambas variables.

Con relación al valor teórico, se conoce que en el periodo temprano de la vida existe mayor riesgo o vulnerabilidad a causa de la rápida velocidad en el crecimiento y la alta necesidad de hierro en el organismo,¹⁴ siendo de suma

importancia para garantizar el óptimo crecimiento y desarrollo, físico y neurológico del menor. Se espera que la presente investigación ayude a establecer la relación entre las variables estudiadas para intervenir en sus causas.

Con los resultados de la investigación se adquirirán datos estadísticos reales que van a permitir percibir la realidad de la situación problemática, permitiendo planificar actividades preventivo promocionales, los cuales serán informados a los representantes del Centro de Salud Marcará, a fin de que ayude de antecedente y referencia para la realización de nuevas planificaciones.

Metodológicamente se justifica porque para la medición de las variables será necesaria la elaboración de instrumentos de recopilación de información como el cuestionario y la guía de observación, que serán aplicados a las mamás que llevan a sus hijos menores de tres años para su tratamiento férrico al C.S. Marcará, como también servirá como antecedente y referencia para futuras investigaciones.

Será viable dado que cuenta con recursos humanos, bibliográficos, materiales y tiempo suficiente para la elaboración de la investigación. En cuanto a la pertinencia, el tema a investigar se halla incluido en las líneas de investigación de la Escuela Profesional de Enfermería, admitido a través de la resolución de Consejo de Facultad N°077-2021-UNASAM-FCM, encontrándose incluida dentro de los temas de la línea de investigación: estudio del trinomio padre, madre y niño en sus diversos aspectos y en la sublínea de investigación: enfermedades prevalentes de la infancia.¹⁵

2. HIPÓTESIS

- **H₁:** Existe relación estadísticamente significativa entre conocimiento y adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.
- **H₀:** No existe relación estadísticamente significativa entre conocimiento y adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.

2.1. VARIABLES

- **Variable independiente**

Conocimiento de la anemia ferropénica

- **Variable dependiente**

Adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica

2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Conocimiento de la anemia ferropénica.	Es el total de información e interpresentaciones abstractas interrelacionadas que se han ido acumulando a través de las observaciones y las experiencias. ³¹	Conocimiento o información que tiene la madre sobre la anemia ferropénica en los niños.	Definición	Definición de la anemia ferropénica	Nivel alto Nivel Regular Nivel bajo	Nominal
			Etiología	Causas que producen la anemia ferropénica en los niños.		
			Factores de riesgo	Factores de riesgo que condicionan la aparición de la anemia ferropénica en los niños.		

			Sintomatología	Síntomas produce la anemia ferropénica.	Nivel muy bajo	
			Diagnóstico	Métodos de diagnóstico de la anemia ferropénica.		
			Tratamiento	Tratamiento dietético Tratamiento farmacológico Alimentos facilitadores e inhibidores de absorción.		
			Consecuencias	Consecuencias de la anemia ferropénica.		

			Medidas preventivas	Medidas preventivas que se deben de tener en cuenta para prevenir la anemia ferropénica en los niños.		
Adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica.	Es el nivel en que el paciente ejecuta el régimen de consumo del tratamiento prescrito, incluyendo la buena disposición para seguir el	Cumplimiento del tratamiento farmacológico y dietético de la anemia ferropénica evidenciado en el consumo y en la elevación de la hemoglobina del	Tratamiento dietético	<ul style="list-style-type: none"> • Contenido de la dieta rica en Hierro • Frecuencia de la dieta rica en Hierro • Consumo de alimentos que inhiben y 		

	tratamiento en la dosis, horario, y tiempo medicado, considerándose que la adherencia es adecuada cuando se consume el 75% a más de la	diagnóstico y el primer tamizaje.	Tratamiento Farmacológico	<p>facilitan la absorción del Hierro.</p> <p>Cumplimiento del tratamiento farmacológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dosis • Duración del 	Adherido No adherido	Nominal
--	--	-----------------------------------	---------------------------	--	-------------------------	---------



	dosis indicada".8			tratamiento. <ul style="list-style-type: none">• Frecuencia• Forma de administración• Facilidad de administración		
--	-------------------	--	--	---	--	--

3. BASES TEÓRICAS

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes internacionales

VARGAS, Mary (2021) realizó una investigación titulada **Frecuencia de anemia y adherencia a la suplementación con chispitas nutricionales en niños de 6 a 59 meses de edad que asisten al Centro de Salud Villa Cooperativa de la Red Lotes y Servicios, El Alto primer trimestre de gestión 2021**. Bolivia. Tesis de maestría. Cuyo propósito de investigación fue determinar la frecuencia de anemia por carencia férrica y la adhesión a la suplementación con chispitas nutricionales en niños de 6 a 59 meses de edad. El tipo de estudio fue descriptivo; los datos fueron recopilados por medio de la encuesta y planilla del llenado de hemoglobina. La población se encontró formada por 71 niños/as, siendo la muestra de tipo no probabilística. En los productos alcanzados se observa que el 66.21% del total de los niños muestran cierta condición de anemia, el 45% del total de las mamás tiene una mala adhesión, el 73,2% de las mamás interrumpió en algún momento la administración, el 45.1% de las mamás no conoce los beneficios de la administración, el 12.7% conoce el modo correcto de la preparación de las chispitas nutricionales, y el 39,45% de las mamás indica que es un procedimiento difícil de realizar y cumplir. Se concluye



que la reiteración de la anemia nutricional férrica, en niños de seis a cincuenta y nueve meses de vida se halló alto y que aproximadamente cinco de cada diez mamás no tienen una adecuada o buena adhesión al tratamiento férrico .¹⁶

PÉREZ, Cristina y otros (2020) realizaron una investigación titulada **Adherencia al tratamiento con agentes estimulantes de la eritropoyesis**. España. Artículo de revista. Cuyo propósito de investigación fue determinar la adhesión al tratamiento con agentes incitantes de la eritropoyesis en pacientes con anemia asociada a la patología renal crónica y valorar su relación con la respuesta frente a estos agentes estimulantes de la eritropoyesis. El tipo de estudio fue retrospectivo, observacional, de cohortes. La muestra se encontró constituida por 198 pacientes con enfermedad reniforme grave que empezaron con el tratamiento hace 2 años. Los resultados indican que la adherencia global fue de 89.6%. concluyendo que la adherencia al tratamiento fue buena.¹⁷

GISBERT, Elva (2018) realizó una investigación titulada **Factores que intervienen en el consumo de chispitas nutricionales en niños/as de 6 a 23 meses que asisten al Centro de Salud Villa Avaroa, del municipio Tarija de la provincia de Cercado del departamento de Tarija, de febrero a marzo de 2017**. Bolivia. Tesis de grado. Cuyo

propósito de estudio fue determinar los agentes que influyen en la ingesta de las Chispitas Nutricionales. El tipo de investigación fue transversal descriptivo y serie de casos, los datos fueron recopilados mediante una encuesta estructurada. La población estuvo integrada por 930 mamás, teniendo una muestra de 50 niñas y niños. Los productos alcanzados exponen que generalmente a las niñas y niños no se les brinda la medicación completa, un poco más del 50% de las mamás ignoran los beneficios y utilidades nutricionales, evidenciándose que 9 de cada 10 sabe la forma de preparación y administración de las Chispitas Nutricionales ya que observo en algún lugar o por cuenta personal y no por la instrucción percibida por parte del personal sanitario, la mayoría del personal de salud no proporciona información a causa de la carencia o privación de herramientas visuales, como maquetas y rotafolios, los cuales fomentan una práctica positiva. Concluyendo que los factores que intervienen en el consumo de las Chispitas Nutricionales son las formas de preparación y la temperatura que ofrecen al niño, desconocimiento de ellos beneficios, falta de material educativo y la falta de tiempo del personal de salud.¹⁸

TAPIA, Yadira (2018) realizó una investigación titulada **Anemia ferropénica en niños menores de 3 años**. Ecuador. Tesis de pregrado. Cuyo propósito de estudio fue determinar las etiologías de la anemia férrica en los niños menores de tres años de edad que son llevados al

Centro de atención integral III del cantón Milagro en el año 2017. El estudio fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal y de tipo descriptivo, los datos fueron seleccionados de las historias clínicas de los niños, lo cual permitió determinar el cuadro clínico, estado nutricional y tratamientos recibidos. La población se encontró integrada por la totalidad de pacientes menores de 3 años con diagnóstico de anemia férrica y teniendo como muestra a 100 niños. En los resultados obtenidos se muestra que la población de niños que son los más damnificados son cuyas edades es de 1 a 2 años, representando el 65% del total de la población en estudio, el 90 % tiene anemia nutricional férrica leve, siendo la dieta o alimentación inadecuada la causa más predominante entre los agentes causales, con una frecuencia de del 75%, seguido de la parasitosis con el 18%, la prematurez con 6% y el embarazo múltiple con 1% de la población.¹⁹

ESPINOZA, Adriana (2016) realizó una investigación titulada **Factores que influyen en el cumplimiento o no del consumo de Chispitas Nutricionales en niños y niñas de 6 a 59 meses en centros de salud de la Red de Salud Corea del Municipio de El Alto, Gestión 2014.** Bolivia. Tesis de maestría. Cuyo propósito de investigación fue determinar los agentes que influyen en la realización o no del consumo adecuado de las chispitas nutricionales en niños y niñas de seis a cincuenta y nueve meses de vida en los establecimientos de salud

anteriormente mencionados. El tipo de estudio fue de corte transversal y diseño analítico, la recopilación de datos fue mediante una encuesta a los padres o tutores. La población estuvo constituida por todos los padres o cuidadores con niños o niñas de 6 a 59 meses que son llevados a los establecimientos de salud de la Red de Salud Corea, teniendo una muestra incluida por 400 niñas y niños. En los resultados obtenidos se muestra que más del 50% de la muestra consumieron menos de 60 sobres de la chispita nutricional, con una aceptabilidad inapropiada manifestadas en diferentes efectos adversos, del 100% de los papás, mamás o cuidadores de los niños que recibieron las Chispitas Nutricionales percibieron mensajes por el personal de enfermería, más del 50% desconocía los beneficios nutricionales y la forma correcta de preparación. Concluyendo que los agentes relacionados que influyen en el consumo de las Chispitas Nutricionales son: la entrega y la tolerancia de las chispitas nutricionales, los mensajes impartidos por el personal de salud, el conocimiento por parte del papá, mamá o cuidador del niño sobre los múltiples beneficios nutricionales y la forma correcta de su preparación.²⁰

Antecedentes nacionales

PONCE, Pablo (2022) realizó una investigación 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. Tesis de pregrado. Cuyo propósito de estudio fue determinar los conocimientos, actitudes y praxis de las mamás acerca de las disposiciones preventivas de la anemia causada por la ferropenia en niños menores de cinco años en el distrito de Manantay, 2019. Siendo el diseño de estudio de tipo descriptivo, la recopilación de información fue mediante el cuestionario. La población estuvo incluida por 100 mamás, que por conveniencia se seleccionaron voluntariamente. Los productos alcanzados muestran que el 42% de las mamás tuvo un buen nivel de conocimientos sobre las medidas preventivas de la anemia nutricional férrica, el 63% de las mamás presentó una buena disposición para tener en cuenta y realizar las disposiciones preventivas, y en relación a la praxis de la mamá en función a las disposiciones preventivas fueron buenas o adecuadas el 46%. Concluyendo que existe correlación entre conocimientos, actitud y prácticas de las madres.²¹

MORALES, Olinda (2022) realizó una investigación titulada **Factores asociados y la adherencia al tratamiento de anemia en niños de 6-36 meses, Puesto de Salud Santa Elena, Barranca.** Tesis de pregrado. Cuyo propósito de estudio fue determinar los agentes que sea asocian a la adhesión del tratamiento férrico de la anemia nutricional en niños de seis a treinta y seis meses de vida, P.S. Santa Elena, Barranca. El tipo de estudio fue descriptivo, no experimental, de corte transversal, la

colección de información fue mediante una encuesta. Teniendo una población de 40 mamás con niños de seis a treinta y seis meses de vida. Cuyos productos alcanzados evidencian que el 70% de la población no se adhiere al tratamiento. Concluyendo que los agentes socioeconómicos, personal sanitario, la patología, tratamiento indicado y el responsable de administrar el suplemento están asociados a la adherencia.²²

ROQUE, Nay y Cierra, Mónica (2021) realizaron un estudio titulado **Adherencia al tratamiento de anemia ferropénica con hierro Polimaltosado en niños menores de 2 años en el Centro de Salud de Sapallanga, 2021**. Tesis de pregrado. Cuyo propósito de investigación fue determinar los agentes asociados a la adhesión del tratamiento con hierro Polimaltosado en niños menores de dos años de vida, que son llevados al establecimiento sanitario de Sapallanga, 2021. El tipo de diseño de investigación fue descriptivo, correlacional de corte transversal; la técnica conveniente a fin de la recopilación de información fue la encuesta y el instrumento de estudio el cuestionario. La población se conformó por treinta niños menores de dos años que se encuentran en tratamiento férrico de la anemia y la muestra por la totalidad poblacional de estudio. Los resultados obtenidos muestran que la vinculación del agente usuario con la adhesión al tratamiento fue elevada (73.33%), el agente suplemento evidenció una adhesión del

50% y el agente institucional con una adhesión de 56.67%. Concluyendo que los agentes: paciente, suplemento férrico e institucional se afilian a la adhesión de la suplementación férrica en un 5%, de esta manera, se admite la suposición del estudio.²³

MULLISACA, Mily (2019) realizó una investigación titulada **Nivel de conocimiento de las madres sobre la anemia en niños menores de 24 meses atendidos en el P.S. San José- Cayma, Arequipa-2017**. Tesis de pregrado. Cuyo propósito de estudio fue determinar el nivel de conocimiento de las mamás acerca de la anemia nutricional férrica en niños menores de veinticuatro meses de vida, atendidos en el P.S. San José-Cayma, Arequipa-2017. El tipo de estudio fue descriptivo transversal y la recolección de información de la muestra fue mediante un cuestionario tipo Likert. La población estuvo constituida por 80 mamás, teniendo la muestra integrada por el total poblacional. Los productos alcanzados evidencian que el 52% de las mamás atesoran un bajo nivel de conocimiento de la anemia, el 57% poseen un bajo nivel de conocimiento en relación a la prevención de la anemia ferropénica nutricional, el 60% de las mamás tiene un bajo nivel en relación a las consecuencias y el 65% de las mamás poseen un bajo grado de conocimiento en relación al diagnóstico y medicación. Concluyendo que se encontró en mayor porcentaje nivel bajo de conocimiento de la anemia nutricional férrica, observándose problemas en la dimensión del

diagnóstico y la medicación férrica, ya que se posee en elevado porcentaje un bajo nivel (65%).²⁴

MAMANI, Fanny y PALOMINO, Angie (2020) realizaron un estudio titulado **Factores asociados en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica con Hierro Polimaltosado en niños menores de 2 años**. Tesis de pregrado. Cuya intención de investigación fue determinar los factores asociados en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica con Hierro Polimaltosado en niños menores de 2 años en un Centro de Salud, Lima Este, 2020. Siendo la investigación de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal y de tipo correlacional; siendo el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo integrada por 116 madres con niños menores de 2 años. Los productos obtenidos mostraron que el 62.9% de las madres encuestadas tienen una percepción regular respecto al personal de salud, el 64.7% de las madres presentan conocimiento alto y el 68.1% de las madres con niños menores de 2 años son adherentes al tratamiento con Hierro Polimaltosado. Concluyendo que existe relación estadísticamente significativa entre el factor personal de salud y conocimiento con la adherencia.²⁵

SEDANO, Mabel (2018) realizó un estudio titulado **Nivel de conocimiento de las madres sobre anemia ferropénica y practicas alimenticias relacionado con la prevalencia de anemia en niños de 6**

a 35 meses en el Puesto de Salud Cocharcas-2017. Cuya intención de investigación fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las madres sobre anemia ferropénica y practicas alimenticias con la prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses en el Puesto de Salud Cocharcas durante el 2017. Siendo la investigación descriptiva, básica, seccional, cuantitativa y no empírica. La técnica de estudio que se usó fue la encuesta y el análisis documental; y el instrumento usado fue el cuestionario. La población estuvo integrada por las 26 madres que acuden al Puesto de Salud Cocharcas, la muestra fue de tipo no probabilístico por conveniencia, quedando integra por el total poblacional. Los productos obtenidos muestran que el 84.60% de las madres conocen sobre la anemia ferropénica y un 15.4% no conocen sobre la anemia ferropénica. Concluyendo que no existe correlación entre el nivel de conocimiento y prevalencia de la anemia.²⁶

Antecedentes locales

CONCO, Claudia y MONRROY, Katerin (2021) realizaron un estudio titulado **Conocimiento materno y adherencia al tratamiento contra la anemia en niños de Huanchac-Huaraz-2021.** Tesis de pregrado. Cuyo propósito del estudio fue determinar la relación que existe entre ambas variables. El tipo de estudio fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental. La recopilación de información fue a través de un

cuestionario y una ficha de recolección de datos. La población estuvo integrada por 100 mamás que tengan hijo/as menores de 5 años, estando la muestra integrada por 66 mamás. Los productos alcanzados muestran que el 64% de las mamás tiene un alto nivel de conocimiento en relación a la anemia nutricional férrica y el 92% de las mamás poseen un aumentado grado de adhesión al tratamiento férrico de la anemia. Concluyendo que existe vinculo significativo entre ambas variables de estudio.²⁷

MORENO, Wrayan (2021) realizó un trabajo de investigación titulado **Nivel de conocimientos sobre suplementación preventiva y terapéutica con Sulfato Ferroso en madres con niños de 6 a 36 meses de edad del Puesto de Salud Llupa, Huaraz, 2021.** Tesis de pregrado. Cuyo propósito de investigación fue determinar el grado de conocimiento acerca de la suplementación preventiva y terapéutica con sulfato ferroso de las mamás que tienen hijos/as de seis a treinta seis meses de vida, del P.S. Llupa, Huaraz, 2021. El tipo de estudio fue descriptivo prospectivo, con enfoque cuantitativo, no experimental, de corte transversal; la técnica conveniente para la recopilación de información fue mediante la encuesta y el instrumento de estudio fue el cuestionario. La población estuvo integrada por 70 mamás de niños de 6 a 36 meses de edad. Los productos alcanzados señalan que el 64.3% de las mamás poseen un grado de conocimiento sobre la suplementación

férrica preventiva y el 60 % posee deficiente información acerca del tratamiento con Sulfato Ferroso. Concluyendo que gran porcentaje de las mamás poseen escasa información de ambas variables en investigación.²⁸

3.2. BASES TEÓRICAS

A. Conocimiento de la anemia ferropénica

A.1. Conocimiento

Augusto Ramírez,²⁹ menciona que el conocimiento es un proceso que está en constante cambio y progresividad, es de naturaleza humana que se da a través del proceso del conocer, el cual es un acto consiente de la persona que le permite asimilar mentalmente las características del objeto.

Para Ribes- Iñesta,³⁰ el conocimiento es una habilidad humana que resulta del conocer, y se da mediante la experiencia, la percepción de los órganos sensoriales y la intuición.

Así mismo Alan y Cortez,³¹ lo definen como la aptitud con la que cuenta el ser humano para percibir las cosas que los circunda, sus relaciones y características a través del uso de la razón, como también el acervo o el conjunto de información y representaciones abstractas, que han sido acumulados en el transcurso de la vida mediante la observación y experiencia.

Por su parte la Real Academia Española³² da varias definiciones como “la actividad y el producto del proceso del conocer”, “comprensión, inteligencia o la capacidad del uso de la razón, el cual es propio del ser humano”.

Existen diferentes autores y teorías que buscan dar una definición más exacta que ayude entender lo que es el conocimiento, sin embargo, para nuestra investigación lo definiremos al conocimiento como el entendimiento o referencia que posee la mamá sobre la anemia ferropénica, que han sido adquiridos a través de la observación, charlas educativas e indicaciones brindadas por el personal sanitario mediante las pláticas y consejerías para el cuidado de la salud.

A.1.1. Características³¹

- El origen del conocimiento es el entendimiento humano.
- Su intención es explorar la veracidad ecuánime.
- El conocimiento es universal, ya que posee validez en todo lugar, momento y en todas las personas.
- Para conceptuar la información, el conocimiento se argumenta en la percepción, impresión y representación del objeto.
- El conocimiento es verificable, lo cual permite que tenga mayor confiabilidad.

A.1.2. Tipos de conocimiento³³

- **Conocimiento filosófico**

Este conocimiento se adquiere a través de la autorreflexión sobre la realidad, orientándose en la interpretación profunda del ser y el estar de la persona. Se caracteriza por que usa la razón, es analítico y crítico.

- **Conocimiento empírico**

Se adquiere mediante la experiencia y la percepción en el orden que ha sido vivido, se puede modificar por los valores culturales y éticos de la persona.

- **Conocimiento científico**

Este conocimiento es crítico, racional y objetivo, pudiendo ser demostrado y verificado universalmente, se apoya en teorías, leyes y fundamentos para comprobar la validez de la información.

- **Conocimiento religioso**

Este conocimiento es ancestral, ya que pasa de generación a generación, se basa en el dogma, la fe o en las creencias de la persona, va más allá de ser veraz o falso, ya que son aceptados sin cuestionamiento alguno.

A.2. Anemia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que la anemia como un síndrome sanguíneo que se caracteriza por el decrecimiento de los valores normales en la cantidad y el tamaño de los eritrocitos sanguíneos o hematíes, produciendo la disminución de la capacidad

sanguínea para el traslado del oxígeno en el cuerpo”.¹ La concentración de hemoglobina obligatoria para satisfacer óptimamente las necesidades fisiológicas varía en función a la edad, el sexo, la altitud en la que se encuentra ubicado el domicilio de la persona, el tabaquismo y el embarazo. Teniendo como principales causas a las carencias alimenticias (Hierro, Vitamina B₁₂ y Vitamina A), las hemoglobinopatías y enfermedades infecciosas (paludismo, tuberculosis y parasitosis).³

A.2.1. Anemia ferropénica

La anemia ferropénica es un síndrome hematológico que se caracteriza por la reducción de la concentración de la hemoglobina en el cuerpo,³⁴ el cual se produce debido a la carencia de hierro o por el incremento de los requerimientos férricos del cuerpo.³⁵ Afectando principalmente a los niños en edades tempranas y gestantes,³ el cual puede traer consigo graves consecuencias si no se interviene oportunamente.

Este tipo de anemia constituye la insuficiencia nutricional de considerable prevalencia que afecta principalmente a los niños pequeños en todo el mundo, considerándose como una gravísima preocupación de la salud pública y de realización de estudios de investigación en el país, el cual requiere una gran atención y

enfoque para la elaboración de estrategias o planificaciones que busque reducir su prevalencia.³⁶

A.2.1.1. Hierro

Es un elemento químico indispensable para la progresión y acrecentamiento del cuerpo de la persona, el cual se emplea en la generación y producción de la hemoglobina y la mioglobina, la primera es una proteína que se localiza en los hematíes, cuyo rol que cumple es el traslado del oxígeno desde los pulmones a todas las células del organismo, y la segunda es una proteína encargada de suministrar oxígeno a los tejidos musculares. El hierro en el cuerpo también es usado en la producción de células Diana y de tejido conectivo.³⁷

El cuerpo debe de mantener los valores normales de hierro para poder garantizar las funciones biológicas, sin la producción de daños; lo cual se logra a través de la regulación de su metabolismo y almacenamiento.³⁸

A.2.1.2. Requerimientos de Hierro

Los requerimientos de hierro hacen referencia a la porción de hierro necesaria en función a la edad.

TABLA 1. Requerimientos férricos.

Requerimientos Férrico	Consumo férrico indicado	
	Mujeres	Varones
Niños/as de seis meses a ocho años de vida	Requerirán 11mg de Hierro al día.	

Fuente: MINSA. Norma Técnica N°134 1^{ra} edición.2017. Lima. Perú. ⁸

A.2.2. Etiología

La causa primordial que da origen a la aparición de la anemia nutricional es la carencia o deficiencia férrica en la alimentación, teniendo como etiología a las siguientes: alimentación con deficiencia férrica, ingesta de leche de ovino en niños menores de un año de vida, procesos intestinales inflamatorios (se presenta elevación de la Proteína C Reactiva que trae como consecuencia a la elevación de la ferritina), insatisfacción de los requerimientos nutricionales en el periodo del crecimiento acelerado, pérdida sanguínea, malaria e infecciones crónicas, nacimiento precedentemente a las 37 semanas de gestación y/o bajo peso en el nacimiento.³⁹

A.2.3. Factores de Riesgo asociados

- **Relacionados a la persona**

Niños/as: prematuros y pequeños para la EG, con corte inmediato del cordón umbilical, menores de dos años, nutrición carente de hierro, padecimiento recurrente de enfermedades infecciosas, no haber recibido LME hasta los seis meses, nacidos de embarazo múltiple, embarazo precoz adolescente, que el periodo intergenésico entre el nacimiento de los hijos sea corto, madre con anemia en la gestación y después del parto.³⁹

- **Relacionados al medio ambiente**

Áreas residenciales con: alta incertidumbre nutricional, permanente infestación de parasitosis y malaria, con carente saneamiento ambiental y exposición a minerales pesados como el plomo, cianuro, arsénico y mercurio.³⁹

A.2.4. Sintomatología

Antes de la manifestación clínica de la anemia se transita por tres etapas de progresión: ferropenia latente o larvada donde se da la movilización de los depósitos de hierro como medio compensatorio, observándose el descenso de la ferritina sérica; de no reconocer e intervenir oportunamente en los agentes que puedan producir riesgo de originar ferropenia, dándose reducción de la sideremia (cantidad de hierro circulante en el suero de la

sangre), potenciación del contenido global de saturación de la transferrina, ingresos insuficientes de hierro y continuación de las pérdidas férricas, el paciente comenzará a experimentar síntomas como anorexia, cansancio, irritabilidad a pesar de que los resultados de hemoglobina estén dentro de los valores normales. Y, por último, agotados los depósitos férricos se establece la anemia ferropénica, evidenciándose en síntomas como: palidez cutáneo-mucosa, alteraciones de uñas y cabellos, anorexia, cansancio, taquicardia, disminución de la capacidad de concentración y la memoria, trayendo consigo mayor riesgo de infección por estar comprometido el sistema inmunológico.⁴⁰

A.2.5. Diagnóstico

Debe de basarse en lo siguiente:

Interrogatorio

Poner interés a:

- Tipo de alimentación: ingesta carente o deficiente de alimentos ricos en hierro.
- Antecedentes de prematuridad, embarazos múltiples, anemia materna durante el embarazo.
- Antecedentes de patología perinatal procedencia geográfica: zonas de parasitosis endémicas.

- Pérdida de sangre, trastornos gastrointestinales.⁽⁴¹⁾

Examen físico

Considerar los siguientes aspectos en la evaluación:

- Pigmentación de la dermis, preferentemente evaluar la coloración de la palma de las manos.
- Blancura de las membranas oftálmicas.
- Sequedad dérmica, sobre todo enfocarse en el dorso de la zona de la muñeca y antebrazo.
- Desprendimiento de cabello y sequedad del cuero cabelludo.
- Pigmentación del lecho ungueal.⁸

Exámenes de laboratorio

- Hemograma: es un examen sanguíneo completo que se realiza para la medición de la proteína sanguínea encargada del transporte del oxígeno(hemoglobina), determinar la cantidad de hematíes presentes en la sangre (hematocrito) y la ferritina sérica.⁸

El tamizaje de la concentración de hemoglobina es un examen clínico que utiliza para determinar anemia, en aquellas áreas geográficas situadas a una altitud superior de los 1000 metros sobre el nivel del mar se debe de efectuarse el ajuste de la hemoglobina observada.⁸

TABLA 2. Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en Niños.

Población	Con anemia Según niveles de Hemoglobina(g/dL)	Sin anemia según niveles de Hemoglobina(g/dL)
Niños		
Niños nacidos antes de las 37 semanas de gestación.		
1 ^a semana de vida	Menor o igual a 13.0 g/dL	Mayor a 13.0 g/dL
2 ^a a 4 ^a semana de vida	Menor o igual a 10.0 g/dL	Mayor a 10.0 g/dL
5 ^a a 8 ^a semana de vida	Menor o igual a 8.0 g/dL	Mayor a 8.0 g/dL
Niños Nacidos a Término		
Menor de 2 meses	Menor a 13.5 g/dL	De 13.5-18.5 g/dL
Niños de 2 a 6 meses cumplidos	Menor de 9.5 g/dL	De 9.5-13.5 g/dL

	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	Menor de 7.0 g/dL	De 7.0-10.0 g/dL	De 10.0-10.9 g/dL	Mayor o igual a 11.0 g/dL
Niños de 5 a 11 años de edad	Menor de 8.0 g/dL	De 8.0-10.9 g/dL	De 11.0-11.4 g/dL	Mayor o igual a 11.5 g/dL

Fuente: MINSA. Norma Técnica N°134. 1ª edición. 2017. Lima. Perú. ⁸

Dosaje de hemoglobina

El tamizaje de hemoglobina para el descarte de anemia en los niños menores se realizará a partir de los seis meses de vida y de ahí hacia delante se realizará cada seis meses hasta que el niño/a cumpla dos años de vida. Y, a partir de los 2 años de vida se hará un tamizaje de hemoglobina de manera anual, en el caso de no haberse realizado el tamizaje de hemoglobina a la edad de los seis meses se hará en el próximo control. ⁹ Sin embargo en aquellos niños o niñas cuyo resultado del tamizaje de hemoglobina a los seis meses sea inferior a los 11mg/dL y que estén recibiendo tratamiento férrico para la anemia, su tamizaje de hemoglobina será en el primer mes, a los tres meses y seis

meses de iniciado el tratamiento férrico.⁸ Así mismo, la Organización Mundial de la Salud y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recomiendan ajustar el resultado del dosaje de hemoglobina en los pacientes que habitan a una altitud superior de los 1000 metros sobre el nivel del mar, basándose en que la concentración de hemoglobina se incrementa conforme la altitud de residencia aumenta.⁴³

A.2.6. Tratamiento

A.2.6.1. Tratamiento dietético

El tratamiento dietético se basa en el consumo de alimentos rico en hierro, el cual se encuentra presente en los alimentos bajo dos formas: el hierro hemo que se encuentra en nutrientes de naturaleza animal y el hierro no hemo que se encuentra en nutrientes de naturaleza vegetal:

- **Hierro no hemo:** su absorción es menor y depende de los depósitos de hierro de la persona, para su mejor absorción necesita de un medio ácido (estómago y duodeno) y se encuentre en forma ferrosa. Encontrándose en verduras de color verde (brócoli y espinaca), menestras (lenteja y frejol), otros.⁴⁴
- **Hierro hemo:** es de más rápida absorción y biodisponibilidad, solo se la encontramos en productos

dietéticos de origen animal, como carnes, sangrecita, bazo, hígado, bofe, charqui, pescados, cuy y aves.⁴⁴

TABLA 3. Contenido férrico en mg por porción de dos cucharitas en los diferentes nutrientes.

NUTRIENTES	CANTIDAD FÉRRICA EN mg POR PORCIÓN DE 2 CUCHARITAS (30 gr)
Sangrecita de pollo	8.9 mg
Bazo de res	8.6 mg
Riñón de res	3.4 mg
Hígado de pollo	2.6 mg
Charqui de res	2.0 mg
Bofe	2.0 mg
Hígado de res	1.6 mg
Carne seca de llama	1.2 mg

Corazón de res	1.1 mg
Carne de carnero	1.1 mg
Pavo	1.1 mg
Carne de res	1.0 mg
Pescado (jurel, corvina, trucha)	0.9 mg
Carne de pollo	0.5mg

Fuente: CENAN/INS/MINSA.2017. Tablas Peruanas de Composición de Alimentos.

10^{ma} edición. Lima. Perú.⁴⁵

A.2.6.2. Tratamiento Farmacológico

El inicio del tratamiento férrico se realizará tras la obtención del resultado ajustado del dosaje de hemoglobina, iniciando con la suplementación preventiva férrica o terapéutica en caso de presentarse algún grado de anemia. La Norma Técnica N°134 señala que la suplementación férrica es un apoyo en la nutrición del niño/a, el cual no reemplaza a la ingesta de nutrientes enriquecidos en hierro de naturaleza animal que los niños pequeños deban consumir”.⁸

El tratamiento de la anemia será de la siguiente manera:

TABLA 4. Tratamiento con hierro en niños con anemia.

CONDICIÓN	DOSIS (VÍA ORAL)	PRODUCTO	DURACIÓN	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niño prematuro y/o con bajo peso al nacer	4mg/K g/día	Gotas de SF o Gotas de CPF.	Por seis meses continuos.	A los tres meses y seis meses de iniciado el tratamiento férrico.
Niño a término y con bajo peso al nacer	3mg/K g/día	Gotas de SF o Gotas de CPF.	Por seis meses continuos.	Al mes, a los tres meses y seis meses de iniciado el tratamiento férrico.
Niños de 6 a 35 meses de edad	3mg/K g/día	Jarabe de SF o de CPF o Gotas de SF o de CPF.	Por seis meses continuos.	Al mes, a los tres meses y seis meses de iniciado el tratamiento férrico.

Niños de 3 a 5 años de edad	3mg/K g/día	Jarabe de SF o de CPF.	Por seis meses continuos.	Al mes, a los tres meses y seis meses de iniciado el tratamiento férrico.
Niños de 5 a 11 años	3mg/K g/día	Jarabe de SF o de CPF o 1 tableta de SF o CPF.	Por seis meses continuos.	Al mes, a los tres meses y seis meses de iniciado el tratamiento férrico.

Donde:	
SF: Sulfato Ferroso	CPF: Complejo Polimaltosado Férrico

Fuente: MINSA.2017. Norma Técnica N°134 – Manejo Terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. 1^{ra} edición. Lima. Perú. ⁸

A.2.6.2.1. Dosis, duración del tratamiento, frecuencia y forma adecuada de administración.

- Antes y después de la administración del tratamiento férrico se deberá realizar el correcto lavado de las manos con agua corriente y jabón, que dure al menos 30 segundos el procedimiento.
- La administración del tratamiento férrico será diaria.

- El tratamiento férrico debe darse en una sola porción diaria. Si caso de presentarse efectos adversos o malestar, es recomendable dividir la cantidad hasta en dos tomas o según el criterio del galeno.
- El tratamiento férrico debe administrarse durante seis meses continuos e ininterrumpidos.
- Para empezar la administración del tratamiento férrico, primero: abrir el frasco del tratamiento de hierro; segundo: administrar de acuerdo a la cantidad indicada de forma inmediata y directa en la boca del niño/a, en el cual no debe de haber alimentos.
- Emplear el gotero o la cucharita para la medición de la dosis del tratamiento.
- Tratar de ofrecer el tratamiento de hierro a la misma hora todos los días, preferentemente a horas tempranas del día.
- Brindar el tratamiento férrico espaciado de las comidas, al menos 1 a 2 horas antes o posteriores a las comidas.
- Preferentemente ofrecer el tratamiento de hierro acompañados con bebidas ricas en ácido ascórbico o vitamina C, como limonadas, naranjadas, piña, toronja, y otros.

- Cerciorarse que el niño o la niña tome rápidamente todo el tratamiento férrico para impedir la coloración oscura de los dientes.
- El tratamiento férrico no debe de administrarse junto con otros medicamentos(antibióticos).
- El tratamiento con hierro deberá ser interrumpido cuando el niño/a se encuentre en tratamiento con antibióticos, y se deberá de volver a empezar de forma inmediata al culminar dicho tratamiento.
- En el caso que pudiera presentarse constipación o estreñimiento en el niño/a, es recomendable la ingesta de alimentos ricos en fibras (frutas y verduras) y tomando agua.
- Los resultados de hemoglobina deben de incrementarse en el primer tamizaje con respecto al resultado del diagnóstico, el primer tamizaje se realiza después de un mes de iniciado el tratamiento, el cual permite evaluar la adhesión al tratamiento férrico (por ejemplo, si el niño empezó con el tratamiento férrico a la edad de los 7 meses, su primer examen de hemoglobina será a los 8 meses de vida).

- Posteriormente a la administración del tratamiento se debe lavar el dosificador (vasito, cucharita o gotero), enjuagar con agua hervida y conservar en una área o zona limpia y segura hasta la administración de la siguiente dosis.

A.2.6.2.2. Efectos adversos de los suplementos de Hierro.⁸

Generalmente los efectos adversos desaparecen rápidamente y van a presentarse dependiendo del suplemento utilizado para el tratamiento:

- **Sulfato Ferroso**

El Sulfato Ferroso tiene una óptima absorción entre comidas, sin embargo, pueden incrementarse signos de intolerancia gástrica, como náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea y dolor abdominal; lo cual podría impedir o limitar su adhesión al tratamiento. Es recomendable que la administración de este suplemento sea posteriormente 1 a 2 horas de las comidas.⁸

- **Hierro Polimaltosado**

Los efectos adversos que pueda producir el Complejo Polimaltosado Férrico son menores que la del Sulfato Ferroso.⁸

A.2.6.2.3. Conservación del tratamiento de Hierro en gotas o jarabe:

- Se debe preservar el tratamiento férrico bien sellado y resguardados de la luz solar, calor y humedad, guardando en una zona fresca, segura, alejado del alcance de los niños y bien cerrado.
- El tratamiento de hierro debe conservarse lejos del alcance de los niños para impedir el consumo accidental que podría originar intoxicación.
- Debe ser resguardado dentro de su caja, en un lugar fresco, seguro, bien cerrado.⁸

Por ello es recomendable que brindemos estos consejos y pautas sobre la forma de administración del tratamiento, la dosis, frecuencia, los efectos adversos que se pueda producir y las acciones a tomar en tal caso, como también la conservación adecuada de los frascos del tratamiento, para que de esta manera se ayude a mejorar la absorción del hierro en el niño y su adherencia.

A.2.6.3. Absorción del hierro

A.2.6.3.1. Nutrientes potenciadores de la absorción del hierro:⁽⁴⁴⁾

- **Vitamina C:** es considerado como el mejor potenciador en la asimilación del hierro, principalmente se encuentran en los vegetales, puesto que disminuye la forma férrica del hierro a ferrosa, volviéndola más soluble y fácil de absorber. Es recomendable indicarle a la madre que al momento que ofrezca los alimentos ricos en hierro lo acompañe con ensaladas, naranjadas, limonadas u otros alimentos ricos en vitamina C.
- **Carnes, pescados y aves:** estos alimentos aparte de ayudar en la mejor absorción del hierro de origen animal ya que aportan hierro.

A.2.6.3.2. Nutrientes inhibidores de la absorción del hierro:⁴⁴

- **Fitatos:** leche, el queso y mantequilla.
- **Taninos:** té, café, mates y gaseosas.
- **Calcio:** legumbres y lácteos.

A.2.7. Consecuencias

La carencia de hierro produce diferentes trastornos funcionales, siendo las siguientes consecuencias las principales:

- **Capacidad de trabajo**

En estudios realizados se evidenciaron una disminución en la capacidad de trabajo en aquellos empleados anémicos en

relación con quienes que no tenían anemia, teniendo gran implicancia en naciones o estados que se encuentran en vías de desarrollo, donde se evidencia que la carencia de hierro es elevada y que la actividad de producción de la mano de obra está fuertemente influenciada por el trabajo físico de la población.⁴⁶

- **Regulación de la temperatura corporal**

Se da la ineptitud de conservar la temperatura corporal en un lugar frío, causada por los cambios de las hormonas tiroideas que se encargan de la termorregulación durante la anemia ferropénica.⁴⁶

- **Desarrollo psicomotor**

La anemia ferropénica produce alteraciones en la conducta y el desarrollo psicomotor, teniendo en cuenta que desde los 6 a los 24 meses de vida se da el crecimiento rápido del cerebro y la obtención de habilidades cognitivas y motrices, la alta necesidad férrica en el sistema nervioso es debido a que se interpone en procesos significativos como la elaboración y mantenimiento de la mielina, regulación del metabolismo de la dopamina y serotonina.⁴⁶

- **Impacto económico**

La anemia ferropénica trae consigo pérdidas económicas representadas en incapacidades y muertes, indicando que la prevención en esta deficiencia nutricional resulta menos costosa que la solución a las consecuencias que pueda producir.⁴⁶

A.2.8. Medidas preventivas

En la gestación⁸

- Instrucción alimentaria que fomente la ingesta de nutrientes ricos en hierro de origen animal.
- Suplementación preventiva a las mujeres embarazadas y puérperas con hierro y vitamina B₉, a partir de las 14 semanas de embarazo hasta los 30 días posteriores al alumbramiento.

En el parto⁸

- Pinzamiento tardío y corte del cordón umbilical.
- Comienzo de la lactancia materna exclusiva dentro de la 1 hora de vida.

Primera infancia, niñez y adolescencia⁸

- Inicio de la alimentación complementaria rica en Hierro a partir de los 6 meses de edad, durante la niñez y adolescencia.

- Suplementación preventiva con hierro.
- Charlas educativas y supervisión para afianzar la adhesión a la suplementación férrica preventiva o al tratamiento férrico, ya sea en el establecimiento de salud, casa u otras áreas de vivencia.

B. Adherencia al tratamiento de la anemia.

B.1. Adherencia al tratamiento

El Doctor Charles Everett Koop menciona en una frase, que los medicamentos no resultan beneficiosos en aquellos pacientes que no cumplen con la administración.⁴⁷

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adhesión al tratamiento es el nivel que corresponde al cumplimiento de las indicaciones y/o recomendaciones otorgadas por un proveedor sanitario, evidenciándose en la forma correcta de la administración de los medicamentos, el seguimiento estricto de una dieta alimentaria y/o la adaptación de cambios en su forma de vivencia.⁴⁸

El Ministerio de Salud,⁸ por su parte lo define como el grado en el cual el paciente sigue las instrucciones e indicaciones, y cumple con el régimen de consumo del tratamiento prescrito, incluyendo la buena disposición para continuar con el tratamiento en cantidad, cronología y tiempo indicado.

Contemplado que la adhesión será apropiada cuando se consuma el 75% o superior a la cantidad señalada”.

Así mismo Germán Silva, lo define como el comportamiento y las actitudes que muestra la persona frente a las recomendaciones dada por proveedor del cuidado de la salud, que incorpora a la capacidad del paciente para asistir a las citas programadas, tomar los fármacos según la prescripción, hacer cambios de calidad de vivencia y completar con todos los exámenes, pruebas o muestras solicitadas.⁴⁹

Entonces definimos a la adherencia como el grado en que la madre da cumplimiento o seguimiento de todas las indicaciones recomendadas por un proveedor de salud al momento de suministrar el tratamiento férrico de la anemia a su niña o niño, y el compromiso y buena actitud con la que asume dicha responsabilidad frente al problema.

B.1.2. No adherencia

La falta de adherencia se produce cuando hay falla en el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, evidenciándose en la falta de comienzo para la toma del suplemento, no tomarlo según las indicaciones dadas, no tomar una o más dosis, duplicar la dosis, tomarlo en un horario que no corresponde, tomar el suplemento junto con alimentos o bebidas que inhiban la absorción del hierro, no llevar un horario establecido para las

tomas, administrarlo junto con otros medicamentos o cuando el niño este recibiendo antibióticos.⁴⁹

B.1.3. Factores asociados que influyen en la adherencia.

Se conoce diversos factores que pueden reducir la adherencia al tratamiento, entre ellas encontramos a aquellas que se relacionan directamente con el paciente, como la edad, el nivel de escolaridad, la dieta alimentaria, estilos de vida y el conocimiento de la patología, otros se relacionan con la interacción de paciente- salud, como la información o conocimiento que se tiene acerca del tratamiento y la actitud para cumplirla.⁵⁰

C. Desarrollo infantil temprano

Es un proceso progresivo, multidimensional e integral que comprende desde la etapa prenatal hasta los primeros 5 años de vida, siendo fundamental en la construcción de capacidades complejas, que le van a permitir al niño o niña tener mayor independencia en función a su entorno social. Buscando alcanzar siete resultados:⁵¹

1. Nacimiento saludable
2. Apego seguro
3. Estado nutricional
4. Marcha estable y autonomía
5. Comunicación verbal efectiva

6. Regulación de emociones y comportamientos

7. Función simbólica

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado y en función a nuestro tema de investigación principalmente abordaremos los siguientes resultados:

- Nacimiento saludable

Asegurar un adecuado estado nutricional de la gestante (alimentación y suplementación), como también la captación temprana.

Brindar un ambiente saludable para evitar la prematuridad y bajo peso al nacer.⁵¹

- Adecuado estado nutricional

Consumo de alimentos ricos en hierro como sangrecita, cuy, bazo, e hígado, evitando la aparición de desnutrición y anemia en edades tempranas.

Asegurar practicas saludables y condiciones adecuadas en el hogar.⁵¹

D. Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad.

Conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse responden a las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad.⁵²

Cuidado integral a la persona con enfoque de curso de vida

- Cuidados periodo prenatal

OBJETIVO: reducir el riesgo de muertes maternas, controlar y manejar las exposiciones del feto para asegurar su desarrollo psicomotor, emocional y social en el curso de vida.

- ✓ Cuidados individuales: control nutricional, alimentación saludable, actividad física, controles prenatales, cuidados post parto, vacunación en la gestación, suplementación férrica, otros.⁵²
 - ✓ Cuidados familiares: instruir a la familia sobre la importancia de los controles prenatales, apoyo en el cuidado del bebé, planificación familiar y salud reproductiva, otros.⁵²
 - ✓ Cuidados comunitarios: lactarios institucionales, ambiente seguro, otros.⁵²
- Cuidados individuales por curso de vida niño

OBJETIVO: asegurar el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social.

- ✓ Cuidados individuales: atención inmediata del recién nacido, tamizaje neonatal, inmunizaciones, suplementación férrica, evaluación odontológica, otros.⁵²
- ✓ Cuidados familiares: lactancia materna exclusiva, higiene, entorno seguro, estimulación del lenguaje, identificación de signos de alarma, otros.⁵²
- ✓ Cuidados comunitarios: educar a la comunidad sobre el riesgo cardiovascular y su relación con el comportamiento, otros.⁵²

E. Teorías de enfermería que explican el estudio.

Modelo de promoción de la salud de Nola Pender

Nola Pender en su Modelo de Promoción de la Salud, sostiene que el comportamiento humano se encuentra motivado por la necesidad de obtener el bienestar sanitario y el potencial humano, además manifiesta de manera más extensa los aspectos relevantes que participan en la alteración de la conducta de las personas, sus actitudes y las motivaciones que orientan a promover la salud, permitiendo entender su comportamiento y orientándolos hacia la formación de conductas saludables. Este modelo explica cómo las características y las experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta conllevan al ser humano a participar o no el comportamiento de su salud.⁵³

- **Metaparadigmas**

Salud: es el estado de bienestar altamente positivo, dándole mayor importancia a esta definición.

Persona: es el humano o ser, el centro de la teorista, menciona que cada individuo está definido de una forma única y particular por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus agentes variables.

Entorno: representa la relación entre los agentes cognitivo-perceptuales y los agentes modificantes que afectan en el origen de nuevas conductas promotoras del cuidado de la salud en la persona.

Enfermera: principal agente para la enseñanza del cuidado de la salud de la persona, la enfermera es la principal encargada de motivar al ser humano para que mantenga su salud personal.⁵⁴

Abarca seis conceptos:

- Hace referencia a los beneficios que tiene el ser humano para iniciar e inclinarse hacia una buena conducta en su salud manifestados en efectos positivos.
- Hace referencia a los obstáculos y desventajas de la persona que puedan presentarse en el cuidado de su salud e interferir negativamente.
- Es la autoconfianza que tiene el ser humano para lograr los resultados esperados, mientras mayor sea el compromiso con la que asuma la acción del cuidado de su salud, existirá una influencia positiva en su conducta.
- Se enfoca en las emociones y las actitudes que muestra la persona frente al cuidado de su salud, ya que estas pueden influenciar de manera positiva o negativamente en la conducta y nos da entender lo siguiente: las personas son motivadas cuando adoptan nuevos comportamientos que están influenciadas por personas consideradas importantes para ellas.

- Se enfoca a los factores propios del entorno que influyen en las conductas sanitarias de la persona.⁵³

Teoría de las necesidades de Abraham Maslow

Abraham Maslow nos da a conocer la pirámide de las necesidades humanas en la cual los categoriza jerárquicamente, teniendo a la salud de la persona como una necesidad básica de seguridad, es por ello que la mamá cumple un rol primordial en el cuidado de su salud de sus hijos, ya que de los conocimientos que posee dependerá el comportamiento con el que asuma la atención y cuidado de la salud de sus hijos para restablecer, mejorar o mantener la salud. Si la madre conoce del problema, las medidas preventivas, la forma correcta del tratamiento férrico, las posibles complicaciones que pueda presentarse a largo plazo si es que no se llega a tratar a tiempo el problema de su hijo y no asume con responsabilidad y compromiso el tratamiento, no habrá mejoría y el problema puede agravarse, por ello es de suma importancia enseñar, retroalimentar y monitorizar las pautas indicadas para la administración del tratamiento férrico y sensibilizarla.⁵⁵

3.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- A. Adherencia:** es el grado en el cual el paciente sigue las instrucciones e indicaciones, y cumple con el régimen de consumo del tratamiento prescrito, incluyendo la buena disposición para continuar con el tratamiento en cantidad, cronología y tiempo indicado.⁸
- B. Anemia:** deficiencia de glóbulos rojos o hematíes en la sangre.⁵⁶
- C. Conocimiento:** proceso de adquisición de información que permite comprender la realidad a través del razonamiento.³³
- D. Dosis:** es la cantidad indicada a administrar del medicamento, el cual tiene la medida exacta del principio activo para que sea eficaz, efectivo e inocuo para el paciente, y le ayude a mejorar o resolver el problema de salud que aqueja.⁵⁷

Los siguientes términos comparten la misma bibliografía:⁸

- E. Hemoglobina:** proteína sanguínea que se encargada de la oxigenación de las células.
- F. Hierro:** es un metal que se encuentra en la sangre y es empleado para formar proteínas transportadoras como la hemoglobina y mioglobina.
- G. Medidas preventivas:** son las acciones o estrategias que permiten prevenir las enfermedades.
- H. Suplementación con Hierro:** es una intervención que busca reponer o mantener los valores normales de hierro en el cuerpo.

- I. Tratamiento:** es el conjunto de medidas o intervenciones (higiénicos, farmacológicos, físicos o quirúrgicos) que se indica para curar o mejorar la salud.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

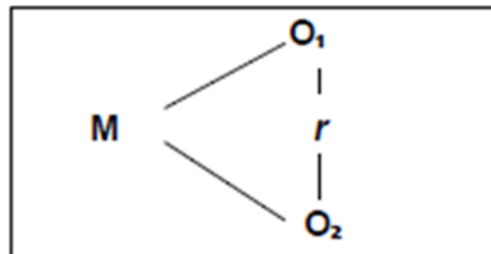
4.1. Tipo de estudio

El tipo de estudio según su finalidad fue de tipo aplicada ya que permitió resolver un problema práctico haciendo uso de fundamentos teóricos ya descriptos,⁵⁹ según su carácter de investigación fue de tipo correlacional ya que permitió conocer la relación de las dos variables en estudio,⁶⁰ según su naturaleza o enfoque fue de tipo cuantitativo ya que se usó datos numéricos e hizo uso de exámenes estadísticas para el análisis de los datos; y según su alcance temporal fue de tipo transversal, ya que la recolección de datos fue en un solo tiempo.⁶¹

4.2. Diseño de investigación

El diseño de investigación fue no experimental, puesto que no se manipularon las variables de estudio y de tipo descriptivo correlacional ya que permitió examinar la asociación existente entre las dos variables en la misma unidad de investigación.⁶¹

Cuyo diagrama es:



Donde:

M: muestra

O₁: conocimiento de la anemia (variable₁)

O₂: adherencia al tratamiento de la anemia (variable₂)

r: relación entre las variables de estudio.

4.3. Población o universo

El estudio se realizó en el C.S. Marcará, ubicado en el distrito de Marcará, Carhuaz, Ancash. La fuente de la cantidad poblacional de los niños/as que para la fecha de la recopilación de datos estaban recibiendo el tratamiento de la anemia ferropénica en dicho establecimiento de salud fue mediante la Matriz de seguimiento de anemia del consultorio de enfermería-CRED. La población estuvo integrada por todas las mamás de los niños menores de 3 años que llevaron a sus hijos al establecimiento de salud para el tratamiento de la anemia ferropénica en el periodo de enero a agosto, teniendo una población de 69 madres.

Para la elección de los elementos se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Madres de niños/as que aceptaron participar en el estudio (previo consentimiento informado firmado)

- Madres de niños menores de 3 años que estuvieron recibiendo tratamiento de anemia en el establecimiento de salud.
- Madres de niños menores de 3 años que llevaron a sus hijos/as al el C.S. Marcará para el tratamiento férrico.
- Madres de niños que acudieron puntualmente a sus controles para la entrega del tratamiento y dosaje de hemoglobina.
- Madres de niños menores de 3 años que residieron en Marcará.

Criterios de exclusión:

- Persona que no fue la madre del niño/a o tuvo otro tipo de parentesco con el menor.
- Madre que rechazó participar en la investigación.
- Madres de niños(as) menores de 3 años que no estuvieron recibiendo el tratamiento de anemia.
- Madres con niños(as) que tenían más de 3 años.
- Madres que no llevaron a sus niños a sus controles de forma regular.
- Madres de niños(as) que no vivían en Marcará.
- Madres que cuyos hijos(a)s estuvieron recibiendo tratamiento de anemia de manera particular o en otro establecimiento de salud.
- Madres cuyos hijos(a)s se han recuperado de la anemia ferropénica a la fecha de toma de muestra.

4.4.Unidad de análisis y muestra

Unidad de análisis

Madre con hijo o hija menor de 3 años que llevó al Centro de Salud Marcará para el tratamiento de la anemia de su niño o niña.

Muestra

Teniendo en cuenta la población y habiéndose considerado los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra de 55 madres que tenían hijos menores de 3 años que hayan estado recibiendo el tratamiento terapéutico de la anemia en el establecimiento de salud. (se excluyeron a 18 madres con los siguientes niños: 14 niños/as que sus madres decidieron darles tratamiento particular, 1 niño/a que reside en Copa Grande, 1 niño/a que se mudó a vivir a Lima, 2 niños/as que para la fecha de evaluación fueron dados de alta al tratamiento de la anemia ferropénica)

4.5. Instrumentos de recopilación de datos

La técnica de estudio para la recopilación de datos fue mediante la encuesta, el cual se seleccionó en función al diseño de investigación, y los instrumentos usados fueron: un cuestionario cerrado y una guía de observación, ya que estuvieron estructurados y tenían preguntas y respuestas alternativas, donde los encuestados recibieron “instrucciones normalizadas y ni la apariencia personal ni el estado de ánimo ni la conducta del examinador influyeron en los resultados finales”.⁶²

El cuestionario para medir el nivel de conocimiento de la madre acerca de la anemia ferropénica estuvo estructurado de la siguiente manera:

- I. Presentación
- II. Datos generales de la madre

III. Datos generales del niño

IV. Contenido

El cual contenía 20 preguntas sobre el tema y tres respuestas, de las cuales una era correcta y los dos restantes incorrectos, dándose la puntuación de correcto: 1 punto e incorrecto 0 puntos para cada respuesta. Para medir el nivel de conocimiento se hizo de acuerdo a las siguientes puntuaciones: 0-5(Nivel muy bajo), 5-10(Nivel bajo), 10-15(Nivel medio) y de 15-20(Nivel alto)

Por otro lado, la guía de observación para medir la adherencia al tratamiento (dietético y farmacológico) de la anemia ferropénica contenían 13 ítems y estuvieron estructurados de la siguiente manera:

- I. Cumplimiento del tratamiento según indicaciones
- II. Administración correcta del tratamiento
- III. Disponibilidad de seguir el tratamiento

Los cuales fueron evaluados mediante una escala tipo Likert (siempre, casi siempre, a veces y nunca), dándoles una puntuación de 1 a 4 según el ítem, ya que se encontraron dos ítems negativos. Para la evaluación de la adherencia por fines de investigación se determinó que quienes obtuvieron una puntuación mayor o igual a los 39 puntos, se adherían y quienes obtuvieron un resultado inferior a los 39 puntos, no se adherían al tratamiento.

La evaluación del resultado de los instrumentos de recopilación de datos fue a través de las siguientes puntuaciones: malo (0-20 puntos), regular (21-30 puntos), bueno (31-35 puntos) y excelente (36-40 puntos). Obteniendo una puntuación de 40 puntos, lo cual indica que el instrumento para la recolección de datos fue excelente. (Véase anexo 2)

4.6. Análisis estadístico e interpretación de la información

4.6.1. Análisis Descriptivo

Se hizo uso del análisis descriptivo de interés mediante los datos obtenidos en las frecuencias simples de los resultados. El procesamiento de los datos se llevó a cabo mediante el software Excel 2016 y el paquete estadístico SPSS versión 25.0 para Windows.

4.6.2. Contrastación de la hipótesis

Para la contrastación de la presunción se empleó la prueba estadística de chi cuadrado, con un nivel de significancia del 5% ($p < 0.05$), lo que nos permitió determinar la asociación entre las dos variables de estudio.

4.6.7. Validez

La validación de los instrumentos de recopilación de información (cuestionario y guía de observación) fue mediante el juicio de cinco jueces expertos en el tema de investigación de la especialidad de enfermería, mediante el llenado del formato de validación del instrumento de recolección de datos por juicio de expertos.

4.6.8. Confiabilidad

Las confiabilidades de los instrumentos de estudio (cuestionario y guía de observación) fue mediante la prueba piloto a una muestra de 11 encuestadas que

reunían características similares al objeto de estudio. Asimismo, para determinar la fiabilidad se sometió al cuestionario a la fórmula de Kuder Richardson ya que tenían respuestas dicotómicas (correcto e incorrecto), obteniéndose un resultado de 0,805; y a la guía de observación mediante la prueba alfa de Cronbach, ya que presentaba una escala tipo Likert (siempre, casi siempre, a veces y nunca), obteniéndose un resultado de 0,802; los cuales indicaron que los instrumentos eran confiables para la ejecución. (Véase anexo 3)

ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La justificación ética en la que se basa la realización de investigaciones relacionadas al campo de la salud en la que participen los seres humanos radica principalmente en su valor social y científico: la perspectiva o forma de generar o conceptualizar conocimientos e informaciones, a través de los medios necesarios para la protección y promoción de la sanidad de los seres humanos”.⁶³

Para los propósitos del estudio se contó con los subsiguientes principios bioéticos de investigación:

Autonomía

Este principio se tomó en cuenta de forma que las participantes del estudio serán tratadas como personas autónomas, brindándoles información clara y concisa de lo que se trata el trabajo de investigación, así mismo se valoró la decisión autónoma de las mamás en caso que se nieguen a participar en la investigación.

Justicia

Se consideró este principio en el sentido que todas las participantes en todo momento que duró el estudio recibieron un trato igualitario y respetuoso, manteniendo la cordialidad, anonimato y privacidad.

Respeto a las personas

Todas las participantes fueron tratadas como personas autónomas, se respetó la decisión de participar o no en el trabajo de investigación.⁶⁴

Consentimiento voluntario

A través del consentimiento informado se indica que la persona en estudio tiene la capacidad legal para dar su consentimiento o no, ejerciéndola con total libertad, para teniendo toda información necesaria y conocimientos previos acerca del estudio de investigación, de modo que pueda elegir voluntariamente y de manera informada.⁶⁵

Principios éticos de investigación de la UNASAM:

Protección de la persona y de los diferentes grupos étnicoculturales

“El ser humano en toda investigación es el fin y no el medio”, por ello se mantuvo la necesidad de respetar la dignidad humana, identidad, libertad y protección en aquellos cuya autonomía este disminuida.⁶⁶

La recopilación de datos e información fue por medio de un cuestionario en la cual no se exhibió la privacidad del objeto de estudio, ya que fue de forma anónima, puesto que no se tomó en cuenta el lugar de residencia o ninguna otra información

que puedo dañar o denigrar la integridad de las personas que participaron en la investigación.

Beneficencia

Este valor ético hace referencia a que el investigador o responsable de la investigación tiene como deber asegurar el bienestar de las personas que participan en las investigaciones, deberá de velar para que su conducta no cause daños a los participantes, e incluso a terceros”.⁶⁶

Los principales beneficiarios fueron los niños menores de 3 años que fueron llevados al C.S. Marcará para el tratamiento terapéutico de la anemia, ya que los resultados permitieron desarrollar planificaciones que ayudaron a aumentar la adhesión al tratamiento, y así recibir una mejor atención; y proveedores sanitarios que trabajan en el establecimiento de salud, ya que fueron beneficiados al saber la correspondencia significativa existente entre ambas variables, sin haber producido daños ni física ni psicológicamente al objeto de estudio.

Integridad y rigor científico

Se aseguró la acción honesta de la validación, la confiabilidad y credibilidad de sus métodos, fuentes de información y datos.⁶⁶

Divulgación

La difusión y propagación de los productos del estudio se dará en un ambiente ético, entregando los resultados a los encargados del establecimiento de salud para que puedan elaborar nuevas estrategias y tomen medidas al respecto.⁶⁶

Se dispuso de la norma cosmopolita de la Declaración de Helsinki en los subsiguientes principios:

- **Principio 4:** el deber del investigador es promover y asegurar la integridad de la persona, velar por la salud y los derechos de los participantes del estudio, incluidos los que no participan en investigación médica.⁶⁷
- **Principio 7:** el trabajo de investigación médica se encuentra sujeta a principios éticos que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos en la protección de su salud y sus derechos individuales.⁶⁷
- **Principio 8:** a pesar de que el principal propósito de la investigación sea generar nuevos conocimientos, este propósito jamás debe tener mayor grado de primacía que los derechos y los intereses de la persona que participa en el estudio.⁶⁷
- **Principio 9:** es función del investigador velar por la protección de la vida, la sanidad, la dignidad humana, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participen en investigación.⁶⁷
- **Principio 24:** deberá de tomarse toda clase de precauciones para resguardar la privacidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.⁶⁷
- **Principio 25:** la participación o no de las personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación deberá ser voluntaria.⁶⁷

Todos los principios anteriormente mencionados fueron respetados estrictamente, manifestándose mediante:

- El consentimiento informado y firmado por las participantes en estudio.
- Los resultados obtenidos fueron empleados exclusivamente para propósitos de investigación.
- Por medio del presente trabajo de investigación no se infringió de ninguna manera la integridad de la persona.

5. RESULTADOS

Con respecto a los datos básicos de las madres con niños menores de 3 años que estuvieron recibiendo el tratamiento de la anemia ferropénica, se pudo mencionar que todas tienen más de 18 años de edad; y su grado de instrucción del 65,5% es secundaria y solo el 5,5% no tiene ningún grado de instrucción; el 67,3% tiene de “2 a 3 hijos” y solo el 12,7 “más de 3 hijos”; en cuanto al estado civil el 58,2% son casadas y solo el 1,8% divorciadas. Con respecto a los datos del niño, el 60% tiene de “1 a 2 años de edad” y solo el 18,2% es “menor de 3 años”; el 50,9% es de sexo masculino y el 49,1% de sexo femenino; con respecto al tipo de anemia que tienen los niños, el 43,6% es moderada y el 56,4 es leve; en relación al aumento de Hemoglobina de 0,5 mg/dL entre el diagnóstico y el primer tamizaje el 50,9% no tuvo aumento y el 49,1% si tuvo aumento.

Tabla 1. Nivel de conocimiento y adherencia al tratamiento, de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.

		ADHERENCIA			
		No adherido	Adherido	Total	
NIVEL DE CONOCIMIENTO	Bajo	Frecuencia	1	3	4
		%	1,8%	5,5%	7,3%
	Regular	Frecuencia	8	24	32
		%	14,5%	43,6%	58,1%
	Alto	Frecuencia	3	16	19
		%	5,5%	29,1%	34,6%
		Total	12	43	55
			21,8%	78,2%	100,0%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres con niños menores de 3 años que estén recibiendo tratamiento de la anemia ferropénica, Marcará-2022.

$$X^2 = 0,618$$

$$p=0,734$$

H_i: Existe relación estadísticamente significativa entre conocimiento y adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre conocimiento y adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.

En la tabla se observó que del 100% de las madres que manifestaron un nivel de conocimiento “regular”, el 14,5% no se han adherido y el 43,6% si se han adherido, en tanto que del 100% de las madres que manifestaron un nivel de conocimiento “bajo”, el 1,8% no se han adherido y el 5,5% si se han adherido. Realizando el análisis

estadístico con la prueba chi-cuadrado se obtuvo una significancia ($p > 0,05$), llegando a confirmar que no existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento, de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años que están recibiendo tratamiento de la anemia ferropénica, Marcará-2022.

Tabla 2. Nivel de conocimiento de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.

NIVEL DE CONOCIMIENTO		
Nivel	Frecuencia	%
Bajo	4	7,3
Regular	32	58,2
Alto	19	34,5
Total	55	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las madres con niños menores de 3 años que estén recibiendo tratamiento de la anemia ferropénica, Marcará-2022.

$$X^2 = 21,418$$

$$p=0,000$$

En la tabla se observó que el 58,2% de las madres presentaron un nivel de conocimiento “regular” sobre la anemia ferropénica, el 34,5% un nivel de conocimiento “alto” y solo el 7,3% presentan “bajo” niveles de conocimiento.

Tabla 3: Adherencia del tratamiento de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.

ADHERENCIA		
	Frecuencia	%
No adherido	12	21,8
Adherido	43	78,2
Total	55	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las madres con niños menores de 3 años que estén recibiendo tratamiento de la anemia ferropénica, Marcará-2022.

$$X^2=17,473$$

$$p=0,000$$

En la tabla se observó que el 78,2% de las madres si se han adherido al tratamiento de la anemia ferropénica y solo el 21,8% no se han adherido a dicho tratamiento.

Tabla 4: Relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento, de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.

		Valor	Significación aproximada
Nominal por	Phi	,106	,734
Nominal	V de Cramer	,106	,734
N de casos válidos		55	

Realizando el análisis estadístico con la prueba V de Cramer, se obtuvo un valor de 0,106. Llegando a confirmar que existe una muy baja relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento, de la anemia ferropénica.

6. DISCUSIÓN

Habiendo realizado el procesamiento de los datos y los análisis estadísticos con sus respectivas pruebas de hipótesis que le brindan rigor científico a los resultados encontrados en el trabajo de investigación, se exponen las evidencias teniendo en cuenta los objetivos (generales y específicos) y la hipótesis planteada al inicio del estudio:

Los resultados del presente trabajo de investigación, con respecto al objetivo general que está orientado en determinar si existe relación estadísticamente significativa entre conocimiento y adherencia al tratamiento, de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022; tras haberse realizado el análisis estadístico con la prueba chi-cuadrado se obtuvo una significancia de p mayor de 0,05; lo cual indica que no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables de estudio, corroborando el resultado con la del tercer objetivo específico que está orientado en evaluar la relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento, de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022; para ello se realizó el análisis estadístico con la prueba V de Cramer, en el cual se obtuvo un valor de 0,106; llegando a confirmar que existe una muy baja relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento, de la anemia ferropénica, y a la vez reafirmar el resultado del objetivo general; no encontrando resultados similares con los antecedentes de estudios, sin embargo encontrando resultados contradictorios con los resultados obtenidos

en la investigación de Conco y Monrroy, que dan a conocer que si existe vinculo significativo entre el conocimiento y la adherencia al tratamiento, de la anemia ferropénica,²⁷ y en el de Mamani y Palomino, que dan conocer que existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y la adherencia.²⁵

En cuanto al resultado del primer objetivo específico que está orientado en evaluar el nivel de conocimiento de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022. En la tabla 2 se muestra que el 58,2% de las madres presentan un nivel de conocimiento “regular” sobre la anemia ferropénica, el 34,5% un nivel de conocimiento “alto” y solo el 7,3% presentan “bajo” niveles de conocimiento, resultados parecidos encontrados en los estudios de: Conco y Monrroy, donde se muestra que el 64% de las madres poseen conocimiento alto;²⁷ Sedano quien obtuvo que el 84.60% de las madres conocen sobre la anemia ferropénica y el 15.4% no conoce;²⁶ el resultado de Mamani y Palomino muestra que el 64, 7% de las madres poseen conocimiento alto;²⁵ Ponce obtuvo que el 42% de las madres poseen conocimiento alto sobre el tema,²¹ y resultado contradictorio encontrado en la investigación de Mullisaca quien obtuvo que el 52% de las madres poseen bajo nivel de conocimiento con respecto a la prevención de la anemia ferropénica, el 60% de las madres poseen bajo nivel de conocimiento con respecto a las consecuencias de la anemia y el 65% de las madres poseen bajo nivel de conocimiento con respecto al diagnóstico y tratamiento ferroso.²⁴

En cuanto al resultado del segundo objetivo específico que está orientado en evaluar la adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años. En la tabla 3 se observa que el 78,2% de las madres si se han adherido al tratamiento de la anemia ferropénica y solo el 21,8% no se han adherido a dicho tratamiento, resultados parecidos encontrados en el estudio de investigación realizado por Roque y Sierra el cual muestra que el 50,0% de las madres tiene “adherencia alta”, el 26,67% “adherencia medio” y el 23,3% “adherencia baja”,²³ Conco y Monroy, el cual indica que el 92% posee “adherencia medio” y el 8% “adherencia baja”,²⁷ y en el resultado del estudio de Mamani y Palomino donde se obtuvo que el 68,1% de las madres son adherentes al tratamiento con Hierro Polimaltosado, y resultado contradictorio encontrado en la investigación de Morales donde se muestra que el 70% de las madres no se han adherido al tratamiento.²²

7. CONCLUSIONES

1. No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento, de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años que están recibiendo tratamiento de la anemia ferropénica, Marcará-2022.
2. El 58,2% de las madres poseen un nivel de conocimiento “regular” sobre la anemia ferropénica en los niños menores de 3 años.

3. El 78,2% de las madres si se han adherido al tratamiento de la anemia ferropénica.
4. El resultado de la prueba V de Cramer confirma que existe una muy baja relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento, de la anemia ferropénica.

8. RECOMENDACIONES

1. A nuestra casa superior de estudios, a los educadores de los futuros enfermeros: motivar, mejorar y tomar medidas para la realización de charlas o talleres sobre temas relacionados de la salud pública como la anemia en edades tempranas, que apoyen en la detección temprana y el diagnóstico oportuno de dicha patología sanitaria, en los estudiantes.
2. A los dirigentes del Centro de Salud de Marcará, continuar con el arduo trabajo que realizan por mejorar, velar y conservar la salud de nuestros niños, seguir con las visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, charlas educativas y sesiones demostrativas sobre el inicio de la alimentación complementaria a los 6 meses de edad, el lavado de manos, la importancia de una alimentación saludable, anemia en los niños, etc.
3. A los sectorista encargados de la jurisdicción de Marcará, en las guardias comunitarias verificar el consumo de la suplementación o tratamiento para ayudar a asegurar su administración, y notificar en caso no estén cumpliendo correctamente.

4. Hacer llegar a todas las madres la forma correcta de la administración y su conservación de los suplementos y tratamientos de la anemia ferropénica.
5. Evaluar el conocimiento de la madre y/o familia acerca de la anemia ferropénica en los niños mediante la realización de preguntas de retroalimentación en las charlas o talleres.
6. Sensibilizar a las familias sobre el problema que implica la anemia en edades tempranas y sin alguna intervención; e incluir al padre y a todos los integrantes de la familia en la participación del cuidado de su salud y la del niño.
7. Realizar spot publicitario mediante las redes sociales (Facebook, Instagram, you tube, etc), programas radiales, etc; sobre la anemia y las consecuencias de no tratarse oportunamente.
8. Crear grupos de WhatsApp con las madres de los niños y sectoristas para llevar el seguimiento del consumo del tratamiento o responder a alguna duda que surgiera con el tratamiento u otro problema de salud

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Metas Mundiales de nutrición 2025. Documento normativo sobre anemia. Who/Nmh/Nhd/147.2017;14(4):1–8. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255734/WHO_NMH_NHD_14.4_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Vásquez E. La anemia en la infancia. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal. 2003;13(6):349–51. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2003.v13n6/349-351/es>
3. Organización mundial de la salud. Anemia. Sitio web. 2022 [cited 2022 Aug 20]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/anaemia#tab=tab_1
4. Castro J y Chirinos D. Prevalencia de anemia infantil y su asociación con factores socioeconómicos y productivos en una comunidad altoandina del Perú. Rev Esp Nutr Comunitaria. 2019;25(3):1–11. Disponible en: https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2019_3_01._J_Castro_Prevalencia_anemia_ninos_pequenos.pdf
5. López D, Artega-Erazo CF, González-Hilamo IC y Montero-Carvajal JB. Consideraciones Generales para estudiar el Síndrome. Anémico, Revisión Descriptiva. Arch Med. 2021;21(1):165–81. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1148442/15-consideraciones-generales.pdf>

6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 - Nacional y Departamental. Sitio web. Lima; 2022. p. 230–1. Disponible en:

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3098348/Lactancia%20y%20nutrici%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1as%20y%20ni%C3%B1os%20y%20mujeres%20%28Parte%20%29.pdf>

7. Centro de Salud Marcará. Consultorio de Crecimiento y Desarrollo(CRED). Matriz de anemia. Marcará.2022.

8. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica - Manejo Terapéutico y Preventivo de la anemia en niños, adolescentes y puérperas. Primera. Lima; 2017. Disponible en:

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>

9. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial-229-2020-Minsa. Lima; 2020.

Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/662720/RM_229-2020-MINSA.PDF

10. Ceriani F, Thumé E y Nedel F. Determinación social en la ocurrencia de anemia ferropénica en niños: una revisión sistemática. Rev Uruguaya Enfermería.2022;17(1):0 –

2. Disponible en: <https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/338/406>

11. Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud familiar, ENDES 2021. Nacional y departamental. 2022 [cited 2022 Aug 21]. p. 230–1. Disponible en:

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3098348/Lactancia%20y%20nutrici%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1as%2C%20ni%C3%B1os%20y%20mujeres%20%28Parte%202%29.pdf>

12. Padilla-Vinueza V y Morales-Solís J. Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas en adultos mayores. Rev Científica Dominio las Ciencias.2020;6(4):68–80. Disponible en : <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/1550>

13. Ramírez M, Anlehu A y, Rodríguez A. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. Horiz Sanit.2019;18(3):383–92. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592019000300383

14. Zavaleta N y Astete- Robillieard L. Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;34(4):716. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000400020

15. Universidad Nacional Santiago Antunez de Mayolo. Resolución de Consejo de Facultad N° 077-2021-UNASAM-FCM Huaraz , 23 de Abril de 2021. 2021.

16. Mary. V. Frecuencia de anemia y adherencia a la suplementación con chispitas nutricionales en niños de 6 a 59 meses de edad que asisten al Centro de Salud Villa Cooperativa de la Red Lotes y Servicios , El Alto primer trimestre gestión 2021 Trabajo de Grado presen. Tesis.Universidad Mayor de San Andrés; 2021. Disponible en:

<https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/28927/TE-1894.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

17. Pérez C, Navarro H y Lou L. Adherencia al tratamiento con agentes estimulantes de la eritropoyesis. Anales Sis San Navarra. 2020. 34(1):81-85. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272020000100009&lang=es

18. Gisbert E. Factores que intervienen en el consumo de chispitas nutricionales en niños/as de 6 a 23 meses que asisten al Centro de Salud Villa Avaroa, del municipio Tarija de la provincia de Cercado del departamento de Tarija, de febrero a marzo de 2017. Universidad Mayor de San Andrés; 2018. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/21041/TE-1401.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19. Tapia Y. Anemia Ferropénica en niños menores de 3 años. Tesis. Universidad de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31174/1/CD-2656-TAPIA JURADO.pdf>

20. Espinoza A. Factores que influyen en el cumplimiento o no del consumo de Chispitas Nutricionales en niños y niñas de 6 a 59 meses en centros de salud de la Red de Salud Corea del Municipio de El Alto, Gestión 2014. Universidad Mayor de San Andrés; 2016. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/10420/TM-1193.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

21. Ponce P. 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. .
Universidad Nacional de Ucayali; 2022. Disponible en :
http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/5350/B5_2022_UNU_MEDICINA_2022_T_LUIS-PONCE-RAMIREZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Morales O. Factores asociados y la adherencia al tratamiento de anemia en niños de 6-36 meses, Puesto de Salud Santa Elena, Barranca. Tesis. Universidad Nacional de Barranca; 2022. Disponible en :
<https://repositorio.unab.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12935/119/Tesis%20%20Olinda%20Morales%20Ortiz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Roque N y Cierra M. Adherencia al tratamiento de anemia ferropénica con hierro Polimaltosado en niños menores de 2 años en el Centro de Salud de Sapallanga, 2021. Tesis. Universidad Roosevelt; 2021. Available from:
<https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/523/TESI%20HELLEN%20Y%20MONICA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Mullisaca M. Nivel de conocimiento de las madres sobre la anemia en niños menores de 24 meses atendidos en el P.S. San José- Cayma, Arequipa-2017. Tesis. Universidad Alas Peruanas; 2019. Disponible en:
https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/6107/Tesis_Nivel_Conocimiento_Madres_Anemia_Niños.pdf?sequence=1&isAllowed=y

25. Mamani F y Palomino A. Factores asociados en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica con hierro polimaltosado en niños menores de 2 años. Tesis. Universidad Peruana Unión; 2020. Disponible en: <https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/r-Muro-investigaion/article/view/1640/1923>

26. Sedano M. Nivel de conocimiento de las madres sobre anemia ferropénica y practicas alimenticias relacionado con la prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses en el Puesto de Salud Cocharcas-2017.Tesis. Universidad Roosevelt;2018. Disponible en: [http://50.18.8.108/bitstream/handle/20.500.14140/95/Nivel%20de%20conocimiento%20de%20las%20madres%20sobre%20anemia%20ferrop% c3%a9nica%20y%20pr% c3%a1cticas%20alimenticias%20relacionado%20con%20la%20prevalencia%20de%20anemia%20en%20ni% c3%bl%20os%20de%206%20a%2035%20meses%20en%20el%20puesto%20de%20salud%20Cocharcas-%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://50.18.8.108/bitstream/handle/20.500.14140/95/Nivel%20de%20conocimiento%20de%20las%20madres%20sobre%20anemia%20ferrop%c3%a9nica%20y%20pr%c3%a1cticas%20alimenticias%20relacionado%20con%20la%20prevalencia%20de%20anemia%20en%20ni%c3%bl%20os%20de%206%20a%2035%20meses%20en%20el%20puesto%20de%20salud%20Cocharcas-%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

27. Roque R. Conocimiento y prácticas del uso de multimicronutrientes por madres de niños de 6 a 59 meses de edad con anemia atendidos en puesto de salud Vilcabamba Ancash, 2019. Universidad Nacional Santiago Antunes de Mayolo; 2021. Disponible en: http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/4924/T033_32612153_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

28. Moreno W. Nivel de conocimientos sobre suplementación preventiva y terapéutica con Sulfato Ferroso en madres con niños de 6 a 36 meses de edad del Puesto de Salud Llupa, Huaraz, 202. Universidad Nacional Santiago Antunez de Mayolo; 2021. Disponible en:

http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/5065/T033_70114781_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

29. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica. Am Coll Occup Environ Med. 2009;70(3):217–24. Disponible en :

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832009000300011&script=sci_arttext

30. Ribes-Iñesta E. Lenguaje, aprendizaje y conocimiento. Rev Mex Psicol. 2007;24(1):7–

14. Disponible en : <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243020635002.pdf>

31. Alan D y Cotez L. Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica. Primera.

Machala: Editorial UTMACH, 2018; 2018. Disponible en:

[http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14231/1/Cap.3-Niveles del conocimiento.pdf](http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14231/1/Cap.3-Niveles_del_conocimiento.pdf)

32. Real Academia Española. Conocimiento. Diccionario de la lengua española. 2022

[cited 2022 Sep 5]. Disponible en : <https://dle.rae.es/conocimiento?m=form>

33. “Conocimiento”. Significados.com. [cited 2022 Sep 6]. Disponible en:

<https://www.significados.com/conocimiento/>

34. Moreira V y López A. B. Anemia ferropénica. Tratamiento. Rev Esp Enfermedades

Dig. 2009;101(1):70. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v101n1/paciente.pdf>

35. Pavo M, Muñoz M y Baro M. Anemia en la edad pediátrica. Form Act Pediatr Aten

Prim. 2016;9(4):149–55. Disponible en : <https://archivos.fapap.es/files/639-1437->

[RUTA/02_Anemia_pediatica.pdf](#)

36. Fernández N y Aguirrez B. Anemias en la infancia. Anemia ferropénica. Bol La Soc Pediatr Astur Y Cantab Castilla Y Leon. 2006;46:311–7. Disponible en: https://www.sccalp.org/boletin/46_supl2/BolPediatr2006_46_supl2_311-317.pdf

37. National Institute of Health. Datos sobre el hierro. Nih [Internet]. 2019;1(10):1–3. Available from: <https://ods.od.nih.gov/pdf/factsheets/Iron-DatosEnEspañol.pdf>

38. García N, Eandi S FA y MA. Conceptos actuales sobre fisiología y patología del hierro. Hematología. 2010;14(2):48–57. Disponible en : <http://www.sah.org.ar/docs/sah2-3.pdf>

39. Ministerio de Salud de Perú. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención. Primera. S.r.l. Katergrafa, editor. Guía Técnica. Lima; 2016. 28 p. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3932.pdf>

40. Gigato E. La Anemia Ferropénica. Diagnóstico, tratamiento y prevención. Rev Cuba Aliment y Nutr. 2015;25(2):371–89. Disponible en : <http://www.revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/140>

41. Donato H, Rosso A, Buys Rossi, Buys C, Rossi N, Repetti C y Matus M. Anemia ferropénica. Normas de diagnóstico y tratamiento. Pediatr Integr [Internet]. 2001;99(2). Disponible en : https://www.srmcursos.com/pdf/Anemia_Ferropenica.pdf

42. Organización Mundial de la salud. El uso clínico de la sangre en medicina, obstetricia, pediatría y neonatología, cirugía y anestesia, trauma y quemaduras. Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 2001. 381–44 p. Disponible en: http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/Manual_S.pdf
43. Gozales G, Olavegoya P, Vásquez-Velásquez C, -VC y Alarcón-Yaquetto. Anemia en niños menores de cinco años. ¿Estamos ando el criterio diagnóstico correcto? Rev Soc Peru Med Int. 2018;31(3). Disponible en: <http://www.revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/24/23>
44. Ruiz de Eguílaz M, Panizo C, Navas-Carretero S y Martínez H. Anemia ferrópenica: estrategias para su prevención. Act Dietética. 2010;14(2):67–71. Disponible en : <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-nutricion-humana-dietetica-283-pdf-X2173129210523373>
45. Centro Nacional de Nutrición y alimentación. Tablas peruanas de composición de alimentos. 10^{ma} edición. 2017. Disponible en: <https://repositorio.ins.gob.pe/xmlui/bitstream/handle/INS/1034/tablas-peruanas-QR.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
46. Boccio J, Concepción M, Zubillaga M, Salguero J, Goldman C, Barrado D et al. Causas y consecuencias de la deficiencia de hierro sobre la salud humana. Arch Latinoam Nutr. 2004;54(2):165–73. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222004000200005

47. Ortega J, Sánchez D, Rodríguez O y Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. SciELO. 2018;16(3). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226
48. Hernandez I, Sarmiento N, Gonzales I, Galarza S, De la Bastida A, Terán S et al. Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito. Rev Metro cienc. 2018;26(1):7–11. Disponible en : <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/981555/adherencia-al-tratamiento.pdf>
49. Silva G, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. Acta Médica Colomb. 2005;30:268–73. Disponible en : <https://www.redalyc.org/pdf/1631/163113820004.pdf>
50. Martínez-Domínguez GI, Martínez- Sánchez L, Lopera-Valle JS y vargas-grisales N. La importancia de la adherencia terapéutica. Rev Venez Endocrinol y Metab. 2016;14(2):107–16. Disponible en : http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102016000200003
51. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Lineamientos para la Gestión Articulada e Intergubernamental Orientada en Promover el Desarrollo Infantil Temprano. Primera. Lima-, 2019. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343252/LINEAMIENTOS-DIT.pdf>

52. Ministerio de Salud del Perú. Documento Técnico: Modelo de Cuidado Integral de Salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad(MCM). L.ima;2020. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1050369/mci.pdf>
53. Castro-Molina FJ. Abraham Maslow, las necesidades humanas y su relación con los cuidadores profesionales. Cult los Cuid. 2018;22(52):102–8. Disponible en : https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/85314/1/CultCuid_52-102-108.pdf
54. Saldaña E. Manual de Terminología Médica. Primera. Lima; 2012. 38 p. Disponible en: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/7e/Manual_de_terminologia_medica_Nº2.pdf
55. Estrada M. Dosificación y márgenes terapéuticos. Offarm. 2006;25:76–80. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-dosificacion-margenes-terapeuticos-13088618#:~:text=La%20dosis%20es%20la%20cantidad,el%20que%20ha%20estado%20indicado>
56. Turabián J y Pérez B. El concepto de tratamiento en medicina de familia: contextualizado y contextual. Mapa de una ciudad apenas vista. Aten Primaria. 2010;42(5):253–4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656710000259>

57. Nicomedes E. Tipos de investigación. 2018;1-4. Disponible en: <http://repositorio.usdg.edu.pe/bitstream/USDG/34/1/Tipos-de-Investigacion.pdf>
58. Rivas-Tovar L. Elaboración de tesis. Estructura y metodología. [Internet]. Primera. Trillas E, editor. Vol. 1999. México; 2017. Available from: https://www.researchgate.net/publication/318969826_Elaboracion_de_Tesis_Estructura_y_Metodologia
59. Cabezas E. Andrade D. y Torres J. Introducción a la metodología de la investigación Científica. Primera. David Andrade Aguirre, editor. Vol. 1999. Sangolquí; 2018. Disponible en: <http://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/15424/1/Introduccion%20a%20la%20Metodologia%20de%20la%20investigacion%20cientifica.pdf>
60. Mejía E. Tecnicas e instrumentos de investigación. [Internet]. Primera. Lima; 2005. 7 p. Disponible en: <http://online.aliat.edu.mx/adistancia/InvCuantitativa/LecturasU6/tecnicas.pdf>
61. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones internacionales de Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Cuarta. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra; 2017. 150 p. Disponible en : https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf

62. Parc Científic de Barcelona. Informe belmont principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. Obs Bioética i Dret. 1979; Disponible en : <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
63. Andruet A e Hiruela M. El código de Nuremberg y su vinculación con el consentimiento informado. Anu Derecho Civil. 2012;6:179–196. Disponible en: <http://revistas.bibdigital.uccor.edu.ar/index.php/ADC/article/view/946>
64. Universidad Nacional Santiago Antunez de Mayolo. Código de Ética de Investigación. Aporte Santiaguino. 2017. Disponible en: https://investigacion.unasam.edu.pe/archivos/documentos/publicaciones/norma_17.pdf
65. Mundial. AM. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2017 [cited 2022 Sep 5]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Anexos



ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“Conocimiento y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará- 2022”.				
VARIABLES	OBJETIVO	PROBLEMA	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
Variable independiente Conocimiento de la anemia	Objetivo general Determinar si existe relación estadísticamente significativa entre conocimiento y adherencia al tratamiento de la	¿Existe relación estadísticamente significativa entre conocimiento y adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en madres con niños	Hipótesis de Investigación H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre conocimiento y adherencia al tratamiento de la	Tipo de estudio Aplicada, correlacional, cuantitativo y transversal. Diseño de investigación No experimental, de tipo descriptivo correlacional.



	anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.	menores de 3 años, Marcará-2022?	anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.	<p>Población</p> <p>La población estará conformada por todas las madres que tengan niños menores de 3 años que estén recibiendo tratamiento para la anemia en el Centro de Salud Marcará, 2022. Teniendo una población de 55 madres.</p>
<p>Variable dependiente</p> <p>Adherencia al tratamiento de la anemia</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>Evaluar el nivel de conocimiento de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.</p> <p>Evaluar la adherencia al tratamiento de la</p>		<p>Hipótesis Nula</p> <p>H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre conocimiento y adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica</p>	<p>Muestra</p> <p>La muestra para el trabajo de investigación será de 55 madres.</p> <p>Técnicas e instrumentos</p> <p>Técnica: encuesta.</p>



	<p>anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la relación entre el nivel de conocimiento y la adherencia al tratamiento, de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022. 		<p>en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.</p>	<p>Instrumento: cuestionario cerrado y guía de observación.</p>
--	---	--	---	--



ANEXO 2

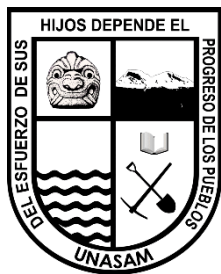
FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS.

UNIVERSIDAD NACIONAL “SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”



Sr(a). Licenciada en enfermería:.....

Yo, Maldonado Quispe Massyel Jackelin identificada con N° DNI 76355225, alumna de la Escuela Profesional de Enfermería, con el debido respeto me presento y expongo:

Apelo a su distinguida profesión y especialidad en el área, para evaluar y sugerir cambios necesarios en caso que lo requiera el instrumento del presente trabajo de investigación, cuyo título es **“Conocimiento y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará- 2022”**, con el fin único de recopilar información veraz y dar validez al instrumento para ejecutar el proyecto y posteriormente a ello difundir los resultados que serán necesarios para contribuir en el desarrollo de nuevas estrategias sanitarias de los establecimientos de salud, dejo a consideración de su persona y adjunto el formato de validez del instrumento, matriz de consistencia, matriz de operacionalización de variables y el instrumento de investigación.

Por tanto, es gracia que espero alcanzar por ser de justicia.

Huaraz, setiembre.

2022.



FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS.

A continuación, le presentamos siete aspectos relacionados al proyecto, en el se clasificará con la puntuación de uno a cinco de acuerdo a su criterio.

1. El instrumento persigue los fines del objetivo general.	()
2. El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos.	()
3. La hipótesis es atingente al problema y los objetivos planteados.	()
4. El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto.	()
5. Los ítems están redactados correctamente.	()
6. Los ítems no despiertan ambigüedades en el encuestado.	()
7. El instrumento a aplicarse a la comprobación de la hipótesis.	()
8. La hipótesis esta formulada correctamente.	()

LEYENDA:

Puntuación:

DA : De Acuerdo.

1

ED : En Desacuerdo.

0

JUEZ	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem7	Ítem 8	TOTAL
I	1	1	1	1	1	1	1	1	8
II	1	1	1	1	1	1	1	1	8
II	1	1	1	1	1	1	1	1	8
IV	1	1	1	1	1	1	1	1	8
V	1	1	1	1	1	1	1	1	8
TOTAL	5	5	5	5	5	5	5	5	40

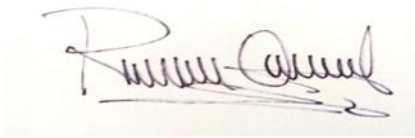
Puntuaciones:

Malo: 0-20

Regular: 21-30

Bueno: 31-35

Excelente:36-40



Mg. Neli Regalado Olivares

Juez 1



Dra. Silvia Reyes Nervaéz

Juez 2



Mg. Aníbal E. Minaya Serna
DNI: 31602699

Mg. Aníbal Minaya Serna

Juez 3



Mg. Olga Rupay Nolasco

Juez 4



Dra. Ursula Lezameta Blas

Juez 5

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL “SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO



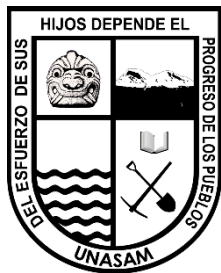
Yo..... de.....años de edad, identificada con D.N.I..... por medio del presente consentimiento informado acepto participar en el trabajo de investigación titulado: **“Conocimiento y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará- 2022”**, el cual tiene como propósito determinar si existe relación estadísticamente significativa entre conocimiento y adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022, sabiendo que los datos obtenidos a mis respuestas serán usados para fines de investigación. También se me informo que de aceptar o no participar en el estudio, mi negativa a responder no afectara los servicios que yo o cualquier integrante de mi familia puedan recibir por parte de los proveedores de salud. Entiendo que los resultados obtenidos de la investigación ayudarán a la ejecución de su tesis de grado y serán presentados a la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo.

La investigadora responsable del estudio se ha comprometido a brindarme la información oportuna y necesaria ante cualquier interrogante que tuviera con respecto a la investigación.

Una vez leído este documento, paso a autorizar mediante mi firma que participaré en este estudio.

Firma del participante

ANEXO 4



INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD NACIONAL “SANTIAGO ANTÚNEZ DE
MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



CUESTIONARIO PARA LA RECOPIACIÓN DE DATOS SOBRE
CONOCIMIENTO Y ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA
FERROPÉNICA EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS,
MARCARÁ-2022.

I. PRESENTACIÓN

Estimada:

El presente cuestionario tiene como propósito determinar si existe relación estadísticamente significativa entre conocimiento y adherencia al tratamiento de la anemia ferropénica en madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022. Los datos que aporte serán de gran relevancia para nuestro propósito y serán de carácter anónimo y confidencial por ello debe ser contestado con la mayor veracidad posible.

INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con una “X” la respuesta correcta según crea conveniente, solo podrá marcar una respuesta en cada pregunta, en caso de tener alguna duda con respecto a las preguntas consulte a la investigadora y asegúrese de haber contestado todas las preguntas.



A. DATOS GENERALES DE LA MADRE Edad:

Menor de 18 años () Mayor de 18 años ()

B. Grado de instrucción

Ninguno () Primaria () Secundaria () Superior ()

C. Número de hijos

1 hijo () 2 a 3 hijos () Más de 3 hijos ()

D. Estado civil

Soltera () Casada () Conviviente () Divorciada () Viuda ()

II. DATOS GENERALES DEL NIÑO

A. Edad:

Menor de 1 año () 1 año a 2 años () menor de 3 años ()

B. Sexo:

F () M ()

III. CONTENIDO

A. CONOCIMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA

1. ¿Qué es la anemia ferropénica para usted?

a) Es una enfermedad que se caracteriza por la disminución de los glóbulos rojos en la sangre.

b) Es una enfermedad también conocida como el “enemigo silencioso”

c) Es una enfermedad producida por una bacteria.

2. ¿Quiénes cree que son los más vulnerables a enfermarse de anemia ferropénica?
 - a) Los deportistas.
 - b) Los adultos mayores.
 - c) Los niños pequeños y gestantes.**
3. ¿Qué es el hierro y para qué sirve?
 - a) Es un mineral que está presente en la hemoglobina, el cual permite el transporte del oxígeno desde los pulmones a todas las células del cuerpo.**
 - b) Es la enfermedad verde o también llamada “Clorosis”
 - c) Es un material para realizar suturas.
4. ¿Por qué cree que se produce la anemia ferropénica en los niños?
 - a) Porque le vacunaron mal.
 - b) Porque el niño(a) ya no quiere lactar.
 - c) Porque la alimentación es pobre en Hierro y el niño tiene altos requerimientos nutricionales.**
5. ¿Qué factores de riesgo cree usted que condicionan la aparición de la anemia ferropénica en los niños?
 - a) Hijos de madre anémica y niños que no recibieron lactancia materna precoz en la primera hora de vida.**
 - b) Madres diabéticas.
 - c) Padres separados.
6. ¿Qué síntomas produce la anemia ferropénica?
 - a) Palidez, irritabilidad, no quiere comer.**

- b) Sudoración, vómitos y diarrea.
 - c) Mucho sueño, estreñimiento y fiebre.
7. ¿Cómo cree que se diagnostica la anemia ferropénica en los niños?
- a) Mediante el examen físico al niño(a) y dosaje de hemoglobina.**
 - b) Mediante una radiografía de tórax.
 - c) Con el peso y talla del niño o niña.
8. ¿Qué consecuencias cree que pueda producir la anemia ferropénica en los niños si no se interviene oportunamente?
- a) Retardo en el crecimiento y desarrollo.**
 - b) Parasitosis.
 - c) Enfermedades gastrointestinales.
9. ¿Qué medidas preventivas de la anemia ferropénica en los niños conoce usted?
- a) Lavado de manos.
 - b) Quitarle la lactancia materna cuando empieza con la alimentación complementaria.
 - c) Alimentación rica en Hierro y suplementación preventiva con Hierro.**
10. ¿Qué alimentos contienen más Hierro?
- a) Hígado, sangrecita, bazo.**
 - b) Huevo, leche, naranja.
 - c) Brócoli, chocho, espinaca.

11. ¿Cree usted que las limonadas y naranjadas facilitan la absorción del Hierro de los alimentos?
- a) **Siempre.**
 - b) A veces.
 - c) Nunca.
12. ¿Qué alimentos impiden la absorción del hierro?
- a) **Te, café y leche.**
 - b) Naranja y mandarina.
 - c) Pescado, pollo y maní.
13. ¿Le da la dosis exacta del tratamiento de Hierro a su niño(a)?
- a) **Siempre.**
 - b) A veces.
 - c) Nunca.
14. ¿Por cuánto tiempo debe de recibir el tratamiento de la anemia?
- a) 1 mes.
 - b) 3 meses.
 - c) **6 meses.**
15. ¿Cuál es la frecuencia con la que se le debe de dar el tratamiento de hierro al niño(a)?
- a) **Interdiario.**
 - b) Diario.
 - c) 1 vez a la semana.

16. ¿El tratamiento de hierro debe de administrarse junto con las comidas?
- a) Siempre.
 - b) Casi siempre.
 - c) **Nunca.**
17. ¿Le da el tratamiento de Hierro junto con naranjadas y/o limonadas?
- a) **Siempre.**
 - b) Casi siempre.
 - c) Nunca
18. Pensar que es un tratamiento que dura varios meses, a usted le parece:
- a) **Fácil.**
 - b) Regularmente fácil.
 - c) Difícil.
19. ¿En qué lugar debe de guardar el tratamiento de hierro?
- a) En un lugar soleado.
 - b) **En un lugar fresco, seguro y bien cerrado.**
 - c) En un lugar oscuro.
20. ¿Qué se debe de hacer en caso que el niño presente estreñimiento producto del tratamiento?
- a) Esperar a que se le pase para darle el suplemento.
 - b) Ya no darle más porque le causó daño al niño(a).
 - c) **Continuar con el tratamiento, ya que el estreñimiento pasara a medida que le brindemos más frutas y verduras en su alimentación al niño(a).**

GUÍA DE OBSERVACIÓN

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA

I. Cumplimiento del tratamiento según indicaciones:

	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Le da el tratamiento de hierro a su niño(a) todos los días.				
2. Le da el tratamiento de hierro junto con limonadas o naranjadas.				
3. Proporciona alimentos ricos en hierro (sangrecita, hígado y cuy) como mínimo 3 veces por semana.				
4. Le da café, leche o té de hierbas junto con el tratamiento o con los alimentos ricos en hierro.				
5. El tratamiento de hierro le da junto con sus comidas.				

II. Administración correcta del tratamiento

	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Le da la cantidad exacta de cucharitas o gotas del tratamiento.				
2. El tratamiento de hierro le da a la misma hora.				
3. El tratamiento de hierro le da 1 o 2 horas antes o después de su comida.				

III. Disponibilidad de seguir con el tratamiento

	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Se encuentra motivada de seguir con el tratamiento.				
2. En casa le ayudan o le recuerdan que debe de darle el tratamiento al niño(a).				

3. Le parece fácil la administración del tratamiento.				
4. Lleva a todos sus controles de hemoglobina a su niño(a).				
5. Recoge oportunamente los frascos del tratamiento de hierro que le brindan en el establecimiento de salud.				

ANEXO 5

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN: CUESTIONARIO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA.

Para determinar la confiabilidad del instrumento de recolección de datos, se realizó la muestra piloto en el 10% de la población (84), teniendo a 11 encuestados, grupo que posee características similares al objeto de estudio. Posteriormente se realizó el procesamiento de los datos en el Excel 2016, y la confiabilidad se realizó mediante la fórmula de Kuder Richardson.

ESTADÍSTICA DE CONFIABILIDAD

N° DE MUESTRA PILOTO	N° PREGUNTAS	FÓRMULA DE KUNDER RICHARDSON
11	20	0.80514945

Con este resultado (0.80514945) se corrobora la confiabilidad del cuestionario para medir el nivel de conocimiento de la anemia ferropénica en las madres.

GUÍA DE OBSERVACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA.

Para determinar la confiabilidad de la guía de observación, se tomó a los mismos participantes de la muestra de la prueba piloto, la aplicación del procesamiento de los datos fue mediante el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión

25. Se obtuvo el coeficiente de Alfa de Cronbach, lo cual indica confiabilidad sólida de la guía de observación.

ESTADÍSTICA DE CONFIABILIDAD

N° DE MUESTRA PILOTO	N° ÍTEMS	COEFICIENTE DE ALFA DE CRONBACH
11	13	0.802

El resultado (0.802) corrobora la confiabilidad de la guía de observación.

Concluyendo que la confiabilidad del instrumento para medir el nivel de conocimiento de la anemia ferropénica en las madres y la guía de observación para evaluar la adherencia al tratamiento tienen confiabilidad sólida para su aplicación.

FÓRMULA DE KUNDER RICHARDSON

#	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	
0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	13				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	18				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20				
0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	15				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	18				
1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	8				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20				
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20				
1	c	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	10				
1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	11				
9	10	10	10	9	9	8	9	8	9	10	10	9	9	8	8	6	7	8	7		20.618182	k		20	
0.45	0.5	0.5	0.5	0.45	0.45	0.4	0.45	0.4	0.45	0.5	0.5	0.45	0.45	0.4	0.4	0.3	0.35	0.4	0.35			k/k-1		1.0526316	
0.55	0.5	0.5	0.5	0.55	0.55	0.6	0.55	0.6	0.55	0.5	0.5	0.55	0.55	0.6	0.6	0.7	0.65	0.6	0.65						
0.2475	0.25	0.25	0.25	0.2475	0.2475	0.24	0.2475	0.24	0.2475	0.25	0.25	0.2475	0.2475	0.24	0.24	0.21	0.2275	0.24	0.2275		4.8475				
																						0.8051494			



PROCESAMIENTO DE DATOS EN EL SPSS 25

	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	var
1	4	3	4	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4
2	4	3	4	2	1	4	2	4	3	3	4	3	3	3
3	4	2	4	1	1	3	4	4	3	1	2	4	4	4
4	4	1	4	1	2	4	3	4	4	4	4	3	4	4
5	3	4	3	2	1	4	3	4	4	4	3	4	4	4
6	3	1	3	1	1	3	2	2	3	3	2	3	2	2
7	3	3	2	2	2	3	4	3	4	4	4	4	4	4
8	2	3	3	1	1	3	3	4	3	4	4	3	4	4
9	3	4	1	2	1	3	2	4	2	3	2	3	2	2
10	3	4	3	1	1	2	3	3	4	4	4	2	4	4
11	2	1	3	1	1	3	1	2	3	2	4	3	1	1
12														

ESTADÍSTICAS DE FIABILIDAD

Alfa de	
Cronbach	N° de elementos
,802	13

ANEXO 6

DATOS GENERALES DE LA MADRE

Tabla 5. Grado de instrucción de las madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.

		Frecuencia	%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Ninguno	3	5,5
	Primaria	5	9,1
	Secundaria	36	65,5
	Superior	11	20,0
	Total	55	100,0

Tabla 6. Número de hijos de las madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.

		Frecuencia	%
NÚMERO DE HIJOS	1 hijo	11	20,0
	2 a 3 hijos	37	67,3
	Más de 3 hijos	7	12,7
	Total	55	100,0

Tabla 7. Estado civil de las madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.

		Frecuencia	%
ESTADO CIVIL	Casada	32	58,2
	Conviviente	22	40,0
	Divorciada	1	1,8
	Total	55	100,0

DATOS GENERALES DEL NIÑO

Tabla 8. Edad del niño, en las madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.

		Frecuencia	%
EDAD DEL NIÑO	Menor de 1 año	12	21,8
	1 año a 2 años	33	60,0
	menor de 3 años	10	18,2
	Total	55	100,0

Tabla 9. Sexo del niño, en las madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.

		Frecuencia	%
SEXO DEL NIÑO	F	27	49,1
	M	28	50,9
	Total	55	100,0

Tabla 10. Tipo de anemia del niño, en las madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.

		Frecuencia	%
TIPO DE ANEMIA DEL NIÑO	Moderada	24	43,6
	Leve	31	56,4
	Total	55	100,0

Tabla 11. Aumento de la hemoglobina de 0,5 mg/dL del niño, entre el diagnóstico y el 1ºtamizaje de Hb al iniciado el tratamiento, en las madres con niños menores de 3 años, Marcará-2022.

		Frecuencia	Porcentaje
AUMENTO DE LA HEMOGLOBINA DE 0,5 mg/dL	No	28	50,9
	Si	27	49,1
	Total	55	100,0