**UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE LOS ANDES**

**Facultad de Ciencias de La Salud**

**Escuela Profesional de Enfermería**

**TESIS**

# “Características socioculturales asociados a aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 – 36 meses, Centro de Salud Challhuahuacho, Enero – Marzo 2017”

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Presentado por:

Bach. Enf. CARIRE CCARHUAS, Irene

Bach. Enf. FIGUEROA SALAZAR, Yelina Agustina

Abancay – Apurímac – Perú

2017

**Tesis**

**“**Características socioculturales asociados a aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 – 36 meses, Centro de Salud Challhuahuacho, Enero – Marzo 2017**”**

**Línea de investigación:**

Salud Pública

**Asesora:**

MAG. LIZÁRRAGA VALER, Rosa Evangelina

## DEDICATORIA

*A Dios, por darme la vida, la fortaleza, la inspiración, por haber sido mi motor y guía en toda esta etapa de mi vida, estoy infinitamente agradecido.*

*A mis padres Ricardo Carire Quispe y Santa Ccarhuas Ramos; con mucho amor, por su apoyo, sacrificio, dedicación y motivación constante, pero sobre todo por enseñarme a ser responsable, gracias por todo papito y mamita por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor, espero no defraudarles nunca, los amo.*

*A mis queridos hermanos, Flor, Elmer, Alicia, Soledad, Moisés, Ricardo, Rosmery y Antony, por confiar en mí, por alentarme siempre y su apoyo incondicional.*

*A mis adorados sobrinos, Ashley, Amira y Erick por los momentos de ternura y por ser más cercano a Dios, espero ser un ejemplo para ustedes, los quiero mucho.*

*A la vida, por todo lo aprendido y lo que falta por aprender…*

***Irene Carire Ccarhuas.***

## DEDICATORIA

*Primeramente mi agradecimiento se dirige a quien me ha dirigido por el sendero correcto, a Dios, el que en todo momento está conmigo ayudándome a aprender mis errores, cuidándome y protegiéndome. Eres quien guía el destino de mi vida. Gracias padre celestial.*

*A mis padres Martin Valentín Figueroa Salazar y Juana Salazar Valer, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, todos mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, siempre estuvieron a mi lado motivándome constantemente para alcanzar mis anhelos. Gracias papi y mami.*

*Hermanito Yunel Alexander Figueroa Salazar Posiblemente en este momento no entiendas mis palabras, pero para cuando seas capaz, quiero que te des cuenta lo que significas para mí, me enseñas muchas cosas de la vida, a encontrar el lado dulce y no amargo, eres la razón por la que me levante cada día esforzándome por el presente y el mañana, eres mi principal motivación. Gracias hermanito te adoro*.

***Yelina A. Figueroa Salazar.***

## AGRADECIMIENTO

*A la Universidad Tecnológica de los Andes - Abancay - Apurímac, docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, por las enseñanzas y orientaciones brindadas durante nuestra formación académica.*

*A nuestra asesora Mag. Rosa Evangelina, Lizárraga Valer, por su paciencia, apoyo continuo e incondicional y su acertado asesoramiento en todo el proceso de la elaboración del proyecto de tesis, ejecución y elaboración del informe.*

*A nuestros jurados: Dra. Gilda Lucy Loayza Rojas y Mag. Ceferina Quispe Avilés, por las observaciones realizaciones ya que mediante ello fue perfeccionándose este trabajo de investigación y por estar prestos en cada duda. El resultado de este grandioso trabajo se los debemos a ustedes.*

*A los padres de familia de niñas y niños que acudieron al Centro de Salud Challhuahuacho, por permitirnos entrar a sus vidas privadas y el tiempo brindado durante el proceso de recolección de datos.*

*A la jefa del Centro de Salud de Challhuahuacho por brindar información necesaria para hacer posible la presente investigación.*

*Para todas aquellas personas que aportaron directa e indirectamente en la realización del presente estudio.*

***Las autoras.***

# ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA ..... iii
AGRADECIMIENTO ..... v
ÍNDICE GENERAL ..... vi
ÍNDICE DE TABLAS ..... viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS ..... ix
RESUMEN ..... x
ABSTRACT ..... xii
INTRODUCCIÓN ..... xiv
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 16
1.1.Caracterización del problema ..... 16
1.2. Formulación del problema ..... 21
1.2.1. Problema general ..... 21
1.2. 2. Problemas específicos ..... 21
1.3. Objetivos ..... 22
1.3.1. Objetivo general ..... 22
1.3.2. Objetivos específicos ..... 22
1.4. Justificación ..... 23
1.5. Delimitaciones de la investigación ..... 23
1.6. Limitaciones de la investigación ..... 24
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO ..... 25
2.1. Antecedentes internacionales ..... 25
2.2. Antecedentes nacionales ..... 28
2.3. Antecedentes locales ..... 36
2.4. Bases teóricas ..... 36
2.4.1. Teoría de enfermería de Nola Pender ..... 36
2.4.2. Teoría sociocultural ..... 38
2.4.3. Generalidades de socioculturales ..... 39
2.4.4. Sociedad y cultura ..... 40
2.4.5. Característica social ..... 41
2.4.6. Característica cultural ..... 43
2.4.7. Anemia ..... 45
2.4.8. Micronutrientes ..... 56
2.4.9. Multimicronutrientes (Chispita) ..... 58

2.5. Definición de términos básicos ..... 68
2.6. Operacionalización de variables ..... 69
2.7. Hipótesis ..... 71
2.7.1. Hipótesis general ..... 71
2.7.2. Hipótesis específicas ..... 71
CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO ..... 72
3.1. Tipo y nivel de la investigación ..... 72
3.2. Ámbito geográfico ..... 72
3.3. Población y muestra ..... 73
3.3.1. Población ..... 73
3.3.2. Muestra ..... 73
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos ..... 74
3.4.1. Descripción de instrumentos ..... 75
3.4.2. Validación de instrumento ..... 75
3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos ..... 75
CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS ..... 76
4.1. Procesamiento de datos: resultados ..... 77
4.2. Prueba de hipótesis ..... 83
4.3. Discusión de resultados ..... 92
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ..... 99
CONCLUSIONES ..... 99
RECOMENDACIONES ..... 101
BIBLIOGRAFÍA ..... 102
AXEXOS ..... 108
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA ..... 109
ANEXO 2: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE ..... 111
ANEXO 3: INSTRUMENTO ..... 113
ANEXO 4: COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD ..... 114
ANEXO 5: FOTOS ..... 115

## ÍNDICE DE TABLAS

**Pág.**

**Tabla N°1.** Procedencia asociado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 a 36 meses, Centro de Salud Challhuahuacho de Enero a Marzo 2017 ..... 77

**Tabla N°2.** Estado civil correlacionado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 a 36 meses, Centro de Salud Challhuahuacho de Enero a Marzo 2017 ..... 78

**TablaN°3.** Nivel de educación correlacionado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 a 36 meses, Centro de Salud Challhuahuacho de Enero a Marzo 2017 ..... 79

**Tabla N°4.** Religión asociado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 a 36 meses, Centro de Salud Challhuahuacho de Enero a Marzo 2017 ..... 80

**Tabla N°5.** Hábito alimenticio correlacionado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 a 36 meses, Centro de Salud Challhuahuacho de Enero a Marzo 2017. ..... 81

**Tabla N°6.** Clima familiar correlacionado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 a 36 meses, Centro de Salud Challhuahuacho de Enero a Marzo 2017 ..... 82

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

**Gráfico N°1.** Procedencia asociado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes..... 77

**Gráfico N°2.** Estado civil correlacionado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes..... 78

**Gráfico N°3.** Nivel de educación correlacionado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes..... 79

**Gráfico N°4.** Religión asociado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes..... 80

**Gráfico N°5.** Hábito alimenticio correlacionado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes..... 81

**Gráfico N°6.** Clima familiar correlacionado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes. ..... 82

## RESUMEN

El Ministerio de Salud en el año 2009, implemento el Programa Piloto de Administración Universal de Suplementos con Multimicronutrientes en tres de las regiones del país con prevalencia de anemia como son Huancavelica, Ayacucho y Apurímac. Transcurrido 8 años de intervención del programa, los casos de anemia ferropénica en niños menores de 6 a 36 meses de edad, aún no ha tenido eficacia. El no haber logrado el propósito de disminuir la prevalencia de la enfermedad, surge la necesidad de identificar otros variables que intervienen en el problema de salud.

Por las consideraciones justificadas se emprendió abordar el problema de investigación titulado: **"Características Socioculturales Asociados a Aceptación del Consumo de Multimicronutrientes por Padres de Niños con Anemia entre 6 – 36 meses, Centro de Salud Challhuahuacho, Enero – Marzo 2017".**

**Objetivo:** Identificar las características socioculturales asociados a la aceptación del consumo de multimicronutrientes.

**Metodología:** El estudio fue de tipo descriptivo, correlacional, transversal constituido por una la población de 188 padres de familia de niños con anemia entre 6 a 36 meses de edad, muestra no probabilística y por conveniencia al 100% de la población. La recolección de la información se hizo mediante el cuestionario de encuesta, que fue validado por juicio de expertos y la confiabilidad fue de Alfa de Cronbach, se comprobó la hipótesis planteada a través de la prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrado y Tau de Kendall.

**Resultados:** El70.2% son de procedencia urbana y el 77.9% tienen aprobación alta,el80.9% del estado civil son convivientes y 84.4% tienen aprobación intermedia, el55.3% tienen el nivel de educación secundaria y el 67.2% tienen aprobación intermedia,el75.0% son de religión católica y el 78.9% tienen aprobación baja,

el39.4% tienen hábitos alimenticios de predominio carbohidratos, proteínas, grasas, verduras y frutas y el 68.6% tienen aprobación alta y el49.5% viven en un clima familiar de cohesión y el 80.2% tienen aprobación alta.

**Conclusiones**: En relación a las características socioculturales y la aceptación del consumo de multimicronutrientes los padres de familia de niños con anemia son de procedencia urbana en su mayoría dan aprobación alta, referente al estado civil son convivientes en su mayoría dan aprobación intermedia, referente al nivel de educación tienen secundaria en su mayoría dan aprobación intermedia, referente a la religión son católicos en su mayoría dan aprobación baja, referente a los hábitos alimenticios consumen predominio de carbohidratos, proteínas, verduras y frutas en su mayoría dan aprobación alta y el clima familiar en la viven es cohesión en su mayoría dan aprobación alta. Se concluyó además que existe asociación entre la procedencia y la aceptación de consumo de multimicronutrientes y referente a la religión no está asociada, respecto al estado civil, nivel de educación, hábitos alimenticios y clima familiar esta correlacionado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes, es significativa.

**Palabras claves:** características socioculturales, multimicronutrientes, anemia, aceptación, niños de 6 a 36 meses.

## ABSTRACT

The Ministry of Health in 2009, implemented the Universal Administration Pilot Program of Multimicronutrient Supplements in three regions of the country with prevalence of anemia such as Huancavelica, Ayacucho and Apurimac. After 8 years of program intervention, cases of iron deficiency anemia in children under 6 to 36 months of age had not yet been effective. Failure to achieve the objective of reducing the prevalence of the disease, the need to identify other variables that intervene in the health problem.

Due to justified considerations, the research problem was carried out entitled: **"Sociocultural characteristics associated with the acceptance of multimicronutrient consumption by parents of children with anemia between 6 and 36 months, Challhuahuacho Health Center, January to March 2017"**

**Objective:** to identify the sociocultural characteristics associated with the acceptance of multimicronutrient consumption.

**Methodology:** The study was descriptive, correlational, cross-sectional, consisting of a population of 188 parents with anemia between 6 and 36 years of age, non-probabilistic sample and for convenience to 100% of the population. The information was collected through the survey questionnaire, which was validated by the expert judgment and the reliability of Cronbach's Alpha. The hypothesis was verified through the nonparametric statistical test of Chi square and Kendall's Tau.

**Results:** 70.2% are of urban origin and 77.9% have high approval, 80.9% have intermediate status, 55.3% have intermediate secondary and 67.2% have intermediate approval. 75.0% have low approval, 39.4% have dietary habits of carbohydrates,

proteins, fats, vegetables and fruits and 68.6% have high approval and 49.5% live in a family climate of cohesion and 80.2% have high approval.

**Conclusions:** Regarding the sociocultural characteristics and the acceptance of multimicronutrient consumption, the parents of children with anemia are of urban origin, the majority of approval, reference to marital status are mostly cohabitants of intermediate approval, at secondary education level Most of the references, which are mostly of intermediate approval, referring to religion, are Catholics, mostly of low approval, to refer to eating habits to consume predominantly carbohydrates, proteins, vegetables and fruits, mostly of high approval and climate. family coexist in cohesión in its majority of high approval. It was concluded that in addition to having a relationship between the acceptance and consumption of multimicronutrients and the reference to religion is not associated, marital status, level of education, eating habits and family climate, is correlated with the acceptance of consumption of multimicronutrients, significant

**Key words:** sociocultural characteristics, multimicronutrients, anemia, acceptance, children from 6 to 36 months.

# INTRODUCCIÓN

La tesis titulada: **"Características Socioculturales Asociados a Aceptación del Consumo de Multimicronutrientes por Padres de Niños con Anemia entre 6 – 36 meses, Centro de Salud Challhuahuacho, Enero – Marzo 2017".** Tuvo como importancia identificar la asociación entre las características socioculturales y la aceptación del consumo de multimicronutrientes padres de familia de niños de 6 a 36 meses de edad con anemia en el Centro de Salud Challhuahuacho, durante los meses de Enero a Marzo 2017.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2012, un total de aproximadamente 1,9 millones de personas en todo el mundo sufren de anemia, y alrededor del 50% de los casos puede atribuirse a la deficiencia de hierro. La anemia se extiende en toda América Latina y el Caribe sin diferenciar el nivel socioeconómico, el grupo étnico-cultural o región de residencia (1).

Perú es el cuarto más grande en el país la tasa de anemia en América Latina y el Caribe, los niños más afectados menores de 5 años (50,4%); entre los cuales, el grupo más vulnerable son los niños menores de tres años, con una prevalencia del 68,8% de la anemia, esta se asocia con un detrimento del desarrollo cognitivo y podría ser irrecuperable, siendo vital enfatizar la prevención de anemia tempranamente siendo la suplementación con hierro la mejor opción disponible para tratamiento en deficiencia de hierro (2).

Según la OMS la anemia es uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial. En nuestro país, la anemia constituye un problema de salud pública grave, según la clasificación de la OMS (3).

La suplementación de multimicronutrientes tiene como objetivo controlar la anemia en el infante así como favorecer en desarrollo físico y psicológico. Las deficiencias de micronutrientes son uno de los problemas que afecta a grandes grupos de la población, en especial a los más vulnerables que son los niños menores de 3 años (4). Las características sociales y culturales se traducen en una gradiente social en la calidad de la dieta que contribuye a acentuar la desigualdad en salud. La principal diferencia dietética entre las clases sociales es la fuente de nutrientes. Por ello los conocimientos que tienen los padres, que son el eje importante y componentes esenciales en el cuidado de su niña(o), y en la aceptación de consumo en la suplementación de multimicronutrientes aseguran el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Por lo planteado fue motivo a desarrollar el estudio. La estructura de este informe se da en cinco capítulos siguientes:

**CAPITULO I:** Planteamiento del Problema, **CAPITULOII:** Marco Teórico; **CAPITULO III:** Diseño Metodológico, **CAPITULO IV**: Presentación y Análisis de los Resultados y **CAPITULOV:** Conclusiones y Recomendaciones.

Ponemos a vuestra consideración el informe de tesis. Esperando que la tesis, pueda servir de utilidad a la población y también para nuestra Escuela profesional de Enfermaría.

***Las autoras.***

# CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1.Caracterización del problema

La anemia es un estado de enfermedad en el cual hay una disminución de los niveles de Hemoglobina en la sangre. La hemoglobina es la sustancia que se encarga en la sangre de transportar el oxígeno desde los pulmones hacia las diferentes partes del cuerpo, y a su vez, al dejar el oxígeno, toma el dióxido de carbono y lo traslada hacia el pulmón para su debida eliminación (5).

Según la Organización Mundial de Salud (OMS, 2015), los suplementos de micronutrientes en polvo son paquetes mono dosis de hierro y otras vitaminas y minerales en forma de polvos que se pueden esparcir sobre cualquier alimento semisólido listos para consumir elaborado en el hogar o en cualquier otro lugar de consumo el producto en polvo se utiliza para aumentar el contenido de micronutrientes de la dieta del lactante sin cambiar su régimen alimenticio habitual (4).

Según (Pita y Jiménez, 2011), la anemia es un problema de salud mundial que afecta tanto a los países desarrollados como a aquellos en desarrollo, con mayor prevalencia en estos últimos. Las causas de la anemia pueden ser

multifactoriales y con frecuencia coincidente, pero la principal es la baja ingestión de alimentos con fuentes adecuadas de hierro en cantidad y calidad; se asume que el 50 % de las causas de anemia es por deficiencia de hierro (6).

Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud familiar (ENDES), En las niñas y niños del país, la situación de la anemia es más severa que la desnutrición crónica. Entre los años 2011 y 2014 tuvo una tendencia hacia el incremento 41.6%, 44.5%, 46.4%, 46.8% sucesivamente y descendiendo en el 2015 y 2016 a 43.5% y 43.6%, respectivamente. Entre el 2011 y 2016 se registraron incrementos tanto en el ámbito urbano (+2.4 puntos porcentuales) como en el rural (+3.8 puntos porcentuales), en los años 2014-2015 se observa una reducción significativa en la anemia en niñas y niños menores de 36 meses de edad y con mayor fuerza en el área rural (-6.4 puntos porcentuales). Entre el 2015 y 2016 la anemia se redujo en el área urbana (0.6 puntos porcentuales), sin embargo, se incrementó en el área rural (en 2,3 puntos porcentuales).En las niñas y niños de 6 a 35 meses, según cifras del 2015, afecta al 43.5%, siendo que el área urbana alcanza el 40.5% y el rural 51.1%, mientras que en comunidades nativas representa el 59.3%. Sin embargo, es preciso mencionar que a nivel nacional los más afectados son las niñas y los niños entre 6 y 11 meses (59,5%), momento que coincide con el desarrollo rápido del cerebro (7).

De la estadística revisada el grupo de niñas y niños menores de 36 meses es sujeto de monitoreo de anemia, porque sigue siendo un problema prioritario de salud y de desarrollo en el país. En promedio nacional, aproximadamente 1 de cada 2 niñas y niños menores de 3 años de edad sufren de anemia. Al interior del país, la situación es más grave, según la ENDES 2016, en Puno el 75.9% de las niñas y los niños sufren de anemia; y al menos en 9 departamentos del país más

del 50% de las niñas y los niños sufren de anemia (en orden descendiente: Loreto, Pasco, Huancavelica, Ucayali, Cusco, Junín, Madre de Dios, Apurímac y Ayacucho) (7).

Según datos del Misterio de Salud (MINSA, 2016), en Apurímac se estima que la anemia es el 53.5% y sobre todo en las provincias de Cotabambas, Antabamba y Aymaraes. La población de niños más afectados son aquellos que viven en zonas rurales. El problema de salud de deficiencia de hierro que afrontan los niños en Apurímac expone a muchos complicaciones, tal es el caso de desnutrición crónica y conllevando a la mortalidad infantil. A nivel nacional siendo el 19% y en Apurímac el 20% de muertes por dicha causa. El cual representa un problema de salud pública que deteriora el futuro del país, implicando a serios consecuencias: la precariedad de nivel de aprendizaje, problemas de crecimiento y desarrollo, aparición de problemas de complicaciones en Apurímac y en el Perú (8).

El conocimiento empírico se define como el conocimiento basado en la experiencia y en la percepción, que todo hombre adquiere debido a las diversas necesidades que se le presenta en la vida, adquirido muchas veces por instintos y no pensamiento fundamentado donde todo conocimiento que se genera no implica a la ciencia o leyes.

Al respecto, los factores sociales de nivel de educación primaria y cuya residencia rural de las poblaciones alto andinas en el Perú están relacionadas a muchas supersticiones de creencias, en cuanto a la crianza de sus hijos, los padres omiten de asumir la entera responsabilidad, delegando a la madre de familia, por el desconocimiento de la importancia de una alimentación

balanceada con alto contenido de proteínas, minerales y vitaminas. Sabiendo que se encuentra los hijos menores en etapa de crecimiento y el índice metabólico están en tendencia creciente y fundamentalmente la anabólica, es decir la asimilación. Por desconocer tales necesidades y las condiciones sociales como la desocupación de los padres, la alimentación en las familias alto andinas es en base a carbohidratos por su bajo costo, generando deficiencias nutricionales de la anemia en los niños.

Gracias al fortalecimiento de las políticas de lucha contra la anemia y a la entrega de suplementos de hierro (micronutrientes) a nivel nacional, esfuerzo que ejecuta el Ministerio de Salud (MINSA), se ha logrado reducir en 3.3% esta enfermedad en niños de 6 a 36 meses, según cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) durante el 2015. En nuestro país la anemia y la desnutrición crónica, es un problema de salud pública que debe atenderse de primer orden, ya que el conjunto de consecuencias, incide en la calidad de vida y en la respuesta a los requerimientos de productividad social. La deficiencia de hierro puede prevenirse mediante el consumo de una dieta adecuada, reducción de las pérdidas anormales de hierro, la fortificación de los alimentos con hierro y la suplementación con hierro medicinal, esta medida es excluyente. Idealmente la deficiencia de hierro debiera prevenirse mediante el consumo de una dieta con un adecuado contenido de hierro de buena disponibilidad. Esto es difícil de realizar ya que significa modificar hábitos y costumbres y por limitaciones económicas. La fortificación de los alimentos con hierro es la forma más práctica de prevenir la carencia de hierro. Tiene la ventaja de ser de un costo relativamente bajo y de no requerir de la cooperación activa de los individuos. Sin embargo, su efectividad se ve enormemente limitada por la dificultad de

mantener la motivación para ingerir el medicamento en individuos aparentemente sanos, por lo que el problema persiste.

En el Centro de Salud Challhuahuacho, es un establecimiento de categoría I-4 perteneciente a la Red de Salud Cotabambas, Micro red de Tambobamba, ubicado en el distrito de Challhuahuacho, provincia de Cotabambas, departamento de Apurímac , atiende a una población que asciende a 9,952 pacientes proveniente de la misma ciudad, Se ha observado que el servicio de enfermería a través del "Programa de Control del Crecimiento y Desarrollo", y por Directiva Sanitaria N°068-MINSA/DGSP-v.01 (9) que regula la suplementación con multimicronutrientes y hierro para prevenir anemia en infantes menores de 36 meses, se está administrándolos multimicronutrientes a todos los usuarios de dicha edad, que acuden a su control. El centro de salud cuenta con un laboratorio y el personal capacitado como es el biólogo el cual está encargado de realizar un primer control de hemoglobina a los 6 meses de vida del niño, así como un segundo control del mismo niño después de 6 meses de suplementación. Sin embargo sólo un 70% de padres de familia aceptan los micronutrientes pero no le toman importancia, además según datos estadísticos más del 60% de los niños menores de 36 meses han tenido anemia. Dicha cifra consigna según datos del Centro de Salud Challhuahuacho, 2016. Ante esta problemática de padres de familia que aceptan o no el tratamiento se hace necesario estudiar las Características socioculturales asociados a aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 a 36 meses que acuden a este centro de salud planteándose la siguiente interrogante.

## 1.2. Formulación del problema

### 1.2.1. Problema general

¿Cuáles la asociación entre las características socioculturales y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de familia de niños con anemia entre 6 a 36 meses de edad en el Centro de Salud Challhuahuacho, durante los meses de enero a marzo 2017?

### 1.2. 2. Problemas específicos

1. ¿Cuál es la asociación entre la procedencia y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia?
2. ¿Cuál es la correlación entre el estado civil y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia?
3. ¿Cuál es la correlación entre el nivel de educación y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia?
4. ¿Cuál es la asociación entre la religión y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia?
5. ¿Cuál es la correlación entre hábitos alimenticios y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia?
6. ¿Cuál es la correlación entre el clima familiar y la aceptación de consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia?

## 1.3. Objetivos

### 1.3.1. Objetivo general

Identificar la asociación entre las características socioculturales y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de familia de niños con anemia entre 6 a 36 meses de edad en el Centro de Salud Challhuahuacho, durante los meses de enero a marzo 2017.

### 1.3.2. Objetivos específicos

1. Explicar la asociación entre la procedencia y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.
2. Explicar la correlación entre el estado civil y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.
3. Explicar la correlación entre el nivel de educación y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.
4. Explicar la asociación entre la religión y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.
5. Explicar la correlación entre hábitos alimenticios y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.
6. Explicar la correlación entre el clima familiar y la aceptación de consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.

## 1.4. Justificación

El presente trabajo de investigación de anemia tiene la justificación de haber generado el interés por el tema durante la estancia de Prácticas Pre-Profesionales de Internado Rural en el Centro de Salud Challhuahuacho 2017. La situación problemática detectada es que la mayoría de los niños presenta dificultades para ganar peso y talla a diferencia de otros niños de la comunidad en referencia, situación de salud que preocupa al personal de salud que labora en dicha.

Las manifestaciones se expresan a que los niños tienen deficiencias de resolver motoras, mentales, lenguaje y social, grupo poblacional que tienen serios problemas de procedencia familiar.

Tomando en consideración de que la anemia en el Centro de Salud Challhuahuacho de la Provincia de Cotabambas en la actualidad es un problema relevante y a la fecha no se cuenta con estudios científicos que orienten las acciones a tomar para poder controlar el problema de salud.

Al concluir el presente trabajo de investigación, se identificara las características socioculturales más importantes que estén asociados a la aceptación del consumo de multimicronutrientes chispita por padres de niños con anemia, con ello se podrá contribuir en el bienestar familiar y tendrá un efecto económico para la familia y el estado, ya que las complicaciones en la anemia requieren de un alto costo.

## 1.5. Delimitaciones de la investigación

**Teóricas.** Comprendió los contextos teóricos y conceptuales vigentes en la que se sustenta el trabajo de investigación; como una manera de confrontación o contraposición a lo planteado hasta la actualidad.

**Temporal.** Dentro del cual el estudio se abordó de manera transversal; es decir que las mediciones de las variables de estudio fueron en un solo momento y comprendido de enero a marzo del 2017

**Espacial.** El estudio se ejecutó en el Centro de Salud de Challhuahuacho y la unidad de análisis corresponde a este espacio geográfico.

**Universo.** El universo estuvo conformado por los padres de familia, cuyas personas de ambos sexos, la condición es tener niña(o) que es atendida(o) en el establecimiento de salud.

**Contenido.** El estudio estuvo comprendido la asociación o correlación entre los variables Características socioculturales y aceptación del consumo de multimicronutrientes.

## 1.6. Limitaciones de la investigación

Realizada la búsqueda de información respecto a los antecedentes de estudio y bases teóricas no se encontró suficiente información en las bibliotecas de la región y también repositorios, google académico y otros.

El tiempo destinado para la aplicación del instrumento no fue oportuna en razón, que muchas madres o padres de familia no se apersonaban al establecimiento de salud, para efectos de cumplir con la meta se optó realizar visitas domiciliarias.

# CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

## 2.1. Antecedentes internacionales

**Ocaña Anzules, Delia Cristina**, en su trabajo de investigación titulada: Impacto del Programa de Suplementación con Micronutrientes para Evitar Anemia en Niños de 6 meses a 2 años de edad en el Sub centro de Salud Piache, Período Enero - Junio 2013.

Piache – Ecuador

Cuyo objetivo fue: Evaluar el impacto del programa de suplementación con micronutrientes para evitar anemia en niños de 6 meses a 2 años de edad en el sub centro de salud Piache, período enero - junio 2013, los resultados fueron al realizar el control de los niveles de Hemoglobina se encontró que la incidencia de anemia leve en los infantes al iniciar el estudio fue de 52.9%, valores que luego de la suplementación con micronutrientes (Chis Paz) descendió a 38.2%, esto permite interpretar que la efectividad e impacto de la suplementación es positiva. Se evaluó además la información que las madres poseen en cuanto a los beneficios y el modo de administración adecuado de los micronutrientes Chis Paz. Observándose una mejoría post a la administración y determinando

diferencias estadísticas significativas con un valor tabulado de X2 con 3 grados de libertad y su nivel de significación del 0.01% es igual al 11,345 anulando la hipótesis del estudio, llego a la conclusión que el impacto de los micronutrientes en los niveles de hemoglobina condiciona una menor probabilidad de desarrollar anemia (10).

**Reboso Pérez, José y otros;** en su trabajo de investigación titulada: Anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 meses y de 6 a 12 años de edad. Guantánamo – Cuba.

Cuyo objetivo fue: Diagnosticar la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 meses y en escolares de 6 a 12 años de edad residentes en la ciudad de Guantánamo. La concentración de hemoglobina se determinó por el método de la cianometahemoglobina, y la ferritina sérica por enzimoinmunoensayo. La prevalencia de anemia en los niños hasta 2 años de edad fue del 35,8 % y en los escolares del 22 %. Ningún niño de ambos grupos de estudio presentó valores de hemoglobina indicativo de anemia grave. En los escolares se encontró diferencia significativa entre los valores de hemoglobina y el régimen docente (p = 0,01). Del total de anémicos, el 86,4 % pertenece a los niños que asisten a la escuela con un régimen externo. Según las concentraciones de ferritina sérica la prevalencia de la deficiencia de hierro fue del 57,6 %. El 74,2 % de los niños del primer grupo recibió lactancia materna exclusiva hasta el 4to mes. El 62,5 % de las madres de estos niños iniciaron la gestación con anemia y el 59,2 % tuvieron anemia en algún trimestre del embarazo. Para el grupo de escolares el consumo de alimentos portadores de hierro hem y no hem fue poco frecuente. Para combatir con efectividad estas deficiencias se hace necesario incrementar la fortificación de alimentos

dirigidos a estos grupos de edades, actividades de educación nutricional, así como mejorar los patrones de ingestión de alimentos ricos en hierro (11).

**Carrizo, Luis Rubén**; en su trabajo de investigación titulada: Aspectos epidemiológicos de la anemia ferropénica en niños de 6-23 meses en el consultorio externo del Hospital Pediátrico de Santiago del Estero- 2008-2010.

Córdoba – Argentina.

Cuyo objetivo fue: Evaluar los distintos factores de riesgo que condicionan la anemia ferropénica en niños de 6 a 23 meses de edad del área capital de la ciudad de Santiago del Estero – Argentina, durante el período 2008-2010, estimando su prevalencia, describiendo el consumo de hierro en la dieta, relacionando el estado nutricional antropométrico con los casos de anemia y analizando en qué medida los factores alimentarios, perinatológicos y farmacológicos condicionan el estado nutricional de este micronutriente, cuyos resultados mostraron que la prevalencia estimada fue del 29%, los factores que estuvieron asociados a los casos de anemia fueron: el Nivel de instrucción de la madre, el Número de hijos a cargo, la mayoría de los casos correspondían a la categoría de eutróficos, la Ingesta diaria de hierro está por debajo de las recomendadas, el Bajo peso al nacer y la generalidad están significativamente relacionados a los casos de anemia y llega a la conclusión: Que la anemia en los lactantes de esta muestra continúa siendo un problema importante de Salud Pública en nuestra área de influencia, por lo tanto, se deben reforzar todas las medidas sanitarias destinadas a contrarrestar el déficit de hierro en nuestros niños (12).

## 2.2. Antecedentes nacionales

**Munayco lV. César y otros,** en su trabajo de investigación titulada: Evaluación del impacto de los multimicronutrientes en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú.

Cuyo objetivo fue determinar el impacto de la administración con multimicronutrientes (MMN) en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú, cuyos resultados estableció un sistema de vigilancia centinela en 29 establecimientos de Andahuaylas, Ayacucho y Huancavelica, en niños de 6 a 35 meses de edad, a quienes se les indicó MMN por un periodo de 12 meses, entre el 2009 y 2011. Además de los datos socio demográfico de los menores y las madres, se determinó los niveles de hemoglobina al inicio y al final del estudio. Entre los menores que culminaron la suplementación, la prevalencia de anemia se redujo de 70,2 a 36,6% ($p<0,01$), y se evidenció que el 55,0% y el 69,1% de niños con anemia leve y moderada al inicio del estudio, la habían superado al término del mismo, y llego a la conclusión: Que la suplementación con MMN en polvo puede ser una estrategia efectiva en la lucha contra la anemia (13).

**Sencia Oscco, Evelyn Veronika y otros;** en su trabajo de investigación titulada: Prácticas de alimentación complementaria y uso de los Multimicronutrientes de madres con niños de 6 a 36 meses.

Lima - Perú (2016)

Cuyo objetivo fue: Evaluar las prácticas de alimentación complementaria y uso de los multimicronutrientes de las madres con niños de 6 a 36 meses del C.S. Infantas, distrito de San Martín de Porres, cuyos resultados fueron : El 8.84%

con niños de 6 y de7 a 8 meses y 9-11 meses utilizan mayormente hígado/sangrecita, verduras y frutas, además lactancia materna; 4.76% con niños de 12-24 meses continúan con lactancia materna más carnes, frutas, pan y verduras y 8.16%hígado/sangrecita, carnes, menestras, verduras, frutas, leche, queso, huevo y pan, pero aún continúan con lactancia materna. El 84.68% cumple con una preparación correcta, el 50.34% brindan una frecuencia 2 a 3 veces diarias. El 81.41% cumple con la forma correcta del consumo de los multimicronutrientes, el 70.10% cumple con la forma correcta de almacenamiento de los multimicronutrientes. El 62.58% de madres participa en actividades educativas sobre alimentación complementaria y el 79.59%sobre multimicronutrientes y llego a la conclusión: Las prácticas de alimentación complementaria revelaron que la mayoría de madres no administra alimentos correspondientes para cubrir la necesidad nutricional ni en la frecuencia de veces al día, pero si cumplen con la forma de preparación, lo que podría aumentar el riesgo de desnutrición en los niños. Más de las dos terceras partes de madres entrevistadas utilizan en forma adecuada de los multimicronutrientes en la preparación de la dieta diaria del niño lo que favorece la disminución de la anemia en hijos de la muestra de estudio. Si bien es cierto que la mayoría de las madres entrevistadas asistieron a la educación que brindan las enfermeras del C.S. Infantas, lo hizo principalmente en sesiones educativas sobre la utilización multimicronutrientes en la alimentación complementaria de los niños de 6 a 36 meses (14).

**Hinostroza Felipe, Milagros**; en su trabajo de investigación titulada: Barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a la suplementación con

multimicronutrientes en madres de niños menores de 36 meses, Cercado de Lima.

Lima-Perú (2015).

Cuyo objetivo fue: Conocer las barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a la suplementación con multimicronutrientes en madres de niños menores de 36 meses del Cercado de Lima, cuyos resultados fueron**:** El 8.5% de madres de niños menores de 36 meses (n=884) tuvo una alta adherencia y el 91.5%, baja adherencia. Ambos grupos dijeron haber escuchado comentarios negativos sobre el suplemento. Señalaron efectos beneficiosos tras el consumo del multimicronutrientes. Sin embargo, enfatizaron la presencia de malestares del suplemento. Tuvieron una opinión positiva sobre el estilo de comunicación del personal de salud, pero encontraron dificultades para el recojo del suplemento. Sabían la utilidad de los multimicronutrientes, aunque hubo madres de baja adherencia que expresaron utilidades equivocadas. Se observó mayor influencia familiar positiva en madres de alta adherencia y existía desconfianza en familiares de algunas madres de baja adherencia sobre el consumo del suplemento. Ambos grupos se olvidaron por lo menos una vez de dar el multimicronutrientes y llego a la conclusión**:** Una de las barreras en las madres de baja adherencia fue el desagrado constante de los niños al multimicronutrientes. Una de las motivaciones de las madres de alta adherencia fue obtener el bienestar del niño y la persistencia de actores claves. Las barreras presentes en ambos grupos fueron las creencias populares, malestares del suplemento y dificultades para recogerlo. Las motivaciones en los dos grupos fueron la accesibilidad al establecimiento de salud, los beneficios del suplemento, la opinión positiva del estilo de comunicación del personal de

salud, los saberes de la madre sobre la suplementación y la influencia positiva de los familiares (15).

**Paredes Ramírez, Eliana**, en su trabajo de investigación titulada: Conocimientos Sobre Anemia Ferropenia en Madres de Niños Menores de 1 Año que Acuden al Consultorio CRED, Hospital Tingo María, Enero – Marzo 2016.

Cuyo objetivo fue**:** Determinar el nivel de conocimiento sobre anemia ferropenia que tienen las madres de niños menores de 01 año que acuden al consultorio de CRED del Hospital de Contingencia, Enero – Marzo, 2016 , cuyos resultados fueron : La edad promedio de las madres fue de 26 años. El 51,6% alcanzó el nivel secundario. El 65,0% se dedica a los quehaceres del hogar. El 65,0% alcanzaron un nivel de conocimiento alto y llego a la conclusión: Las madres que acuden al consultorio CRED del Hospital Tingo María, tienen un nivel de conocimiento alto sobre anemia ferropénica. Mayoritariamente las madres con nivel educativo menor a secundaria alcanzan un nivel de conocimiento bajo. Las madres procedentes de la zona urbana alcanzan mayoritariamente un nivel de conocimiento alto (16).

**Carrión Huanacuni, Daniela Katherine**; en su trabajo de investigación titulada: Factores que Influyen en el Consumo de Multimicronutrientes, en Niños (As) De 6 A 35 meses, Establecimiento De Salud Acora I – 4, Puno 2014.

Cuyo objetivo fue: Determinar los factores que influyen en el consumo de multimicronutrientes, en niños(as) de 6 a 35 meses de edad, del Establecimiento de Salud Acora I - 4, Puno 2014,cuyos resultados fueron: El

55.3% y el 72.3% de las madres prepara y administra respectivamente de forma incorrecta; en cuanto a la edad de la madre el 72.3% son madres jóvenes de 18 a 29 años, de las cuales el 44.7% preparan de forma incorrecta y el 48.9% lo administran incorrectamente; en cuanto a los factores institucionales como: la frecuencia de consejería de multimicronutrientes, el 59.6% de las madres reciben consejería en todos los controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED), de las cuales el 42.6% tienen niños que consumen incorrectamente; pero ninguno de los niños consumen los multimicronutrientes correctamente y sus madres recibieron consejería solo en algunos controles de CRED; el 100% de las madres nunca han recibido visitas domiciliarias con motivo de seguimiento y supervisión del consumo de multimicronutrientes; Respecto a la aceptación y efectos secundarios, el 76.6% de los niños no aceptan los multimicronutrientes, las madres refieren que a sus niños "no les gusta", del cual el 68.1% de los niños los consume de forma incorrecta y el 8.5% en forma correcta y llego a la conclusión: Que el factor que influye más en el consumo, es el institucional (en relación a la frecuencia de consejería); seguido de la aceptación de multimicronutrientes; en cambio los factores familiares como: edad, ocupación y grado de instrucción de la madre no influyen en el consumo de los multimicronutrientes (17).

**Erazo Saenz, Angie Vaneh y otros**; en su trabajo de investigacióntitulada: Valoración de las intervenciones con multimicronutrientes en cuatro Centros de Salud representativos de la Ciudad de Iquitos, 2015.

Loreto – Perú

Cuyo objetivo fue: Valorar el Conocimiento sobre las Intervenciones con Multimicronutrientes en cuatro Centros de Salud Representativos de la Ciudad de Iquitos, 2015, en padres, madres y/o cuidadores de un menor de 6 a 35 meses de edad que reciben Multimicronutrientes, cuyos resultados fueron: Procesados y analizados con la ayuda del programa estadístico SPSS versión 22 para Windows XP. El nivel de confianza para las pruebas fueron del 95% con un nivel de significancia $\alpha = 0,05$. ($p < 0,05$) para aceptar la relación entre el Nivel de Conocimiento y la Valoración o diferencia de la Valoración entre los cuatro Centros de Salud. Se contó con la participación de 252 personas; de los cuales se obtuvo que el Nivel de Conocimiento sobre los Multimicronutrientes de los padres, madres y/o cuidadores del menor usuario, el 64,7% presentaron un Nivel de Conocimiento bueno, el 32,1% Conocimiento regular y 2,8% Conocimiento deficiente. Con respecto al Nivel de Valoración de la Intervención con Multimicronutrientes, se determinó que, el 52,8% fueron evaluados con Nivel de Valoración alto, 44,4% tuvieron Valoración medio y el 2,8% presentó Valoración bajo. La relación observada entre el Nivel de Conocimiento y el Nivel de Valoración de las madres, padres y/o cuidadores del menor con Intervención de Multimicronutrientes en los cuatro Centros de Salud representativos, indicó relación estadísticamente significativa y llego a la conclusión: De acuerdo a las diferencias significativas encontradas se demostró que el Centro de Salud Bellavista Nanay valora las Intervenciones de Suplementación con Multimicronutrientes por encima de los Centros de Salud Morona cocha y San Juan (18).

**Dávila Silva, Sonia y otros**; en su trabajo de investigación titulada: Actitud de las madres de niños de 6 meses a 3 años atendidos en el centro de salud de

Ichocan frente a la administración de micronutrientes según Características sociodemográficas 2012.

Cajamarca – Perú.

Cuyo objetivo fue: Determinar la relación entre la actitud de las madres de niños de 6 meses a 3 años atendidos en el centro de salud Ichocán frente a la administración de micronutrientes (chispitas nutricionales), según las características sociodemográficas, 2012 y llego a la conclusión: Que las madres de los niños en su mayoría tienen actitud positiva frente a la administración de los micronutrientes. En relación a los factores sociodemográficos de las madres se encuentra que la edad de éstas se encuentra entre 26 años a más, el grado de instrucción de más de la mitad tiene únicamente primaria, referente al estado civil más de la mitad de estas son convivientes y la ocupación que tienen más de los cuatro quintos de las madres son amas de casa. Se concluyó además que existe relación entre la actitud de las madres y las características sociodemográficas (19).

**Paredes Huamán, Juan Gabriel y otros**; en su trabajo de investigación titulada: "Práctica de administración de multimicronutrientes en madres y anemia en niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al área niño del Centro de Salud San Cristóbal Huancavelica-2013"

Cuyo objetivo fue: Determinar la relación que existe entre la práctica de administración de multimicronutrientes y anemia en niños/as de 6 a 11 meses de edad, cuyos resultados fueron: Del100% (34) niños de entre6 y 11 meses de edad con sus respectivas madres, se aprecia que el 97.1 %(33) de las madres realizan una práctica regular de administración de multimicronutrientes

mientras que solo el 2.9%(1) de las madres realizan una adecuada administración de multimicronutrientes. Por otra parte, del 100% (34) niños de entre 6 y 11 meses de edad, 6 niños presentaban anemia en grado leve (20).

**Lazarte Avalos, Ana Gardenia;** en su trabajo de investigación titulada: Factores relacionados a la no adherencia del consumo de multimicronutrientes chispitas en madres de niños de 6 a 36 meses, usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, Amarilis-2016.

Huánuco – Perú (2017).

Cuyo objetivo fue: Identificar los factores relacionados a la no adherencia del consumo de MMN chispitas en madres de niños de 6 a 36 meses, usuarios del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, Amarilis-2016, el resultado fue: Que solo un 48% (20) de la muestra fueron adherentes. De modo específico, en los factores sociales, la no dedicación exclusiva al cuidado de su niño [X2=0, 01; OR= 6,7 (1,236-13,3) p=0,01], en los factores actitudinales "si el niño tuviese enfermedad respiratoria u otra enfermedad, deja de darle las chispitas" [X2=0, 79; OR= 0,07 (0,008-0,626) p=0,005]; en los factores relacionados a las características propias de los MMN chispitas " cuando su niño toma las chispitas, le produce estreñimiento y diarrea, o alguna otra molestia" [X2=5,6; OR= 6,7 (1,23-36,8) p=0,01], también el hecho de que la madre no percibe los beneficios de las chispitas, en comparación, con otros suplementos [X2=4,3; OR= 5,5 (1,0-36,8) p=0,01] y los factores cognitivos, "desconocimiento del contenido de los multimicronutrientes chispitas®" [X2=4,2; OR= 2,1 (1,535-3,087) p=0,04], estuvieron relacionados a la no adherencia al consumo de los multimicronutrientes chispitas (21).

## 2.3. Antecedentes locales

**Huamán Espino**, **Lucio y otros;** en su trabajo de investigación titulada: Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses.

Apurímac-Perú (2012)

Cuyo objetivo fue: Evaluar la implementación del programa de suplementación universal con multimicronutrientes "Chispitas®" en la región Apurímac a través de la cantidad y calidad de sobres consumidos y su relación con la anemia, en niños de 6 a 35 meses, cuyos resultados fueron: Se incluyó 714 participantes, 25,3% vivía en hogares pobres y 59,2% en extrema pobreza; 52,6% residía a más de 3000 m de altitud. La prevalencia de anemia fue de 51,3% (IC95%: 47,1-55,4%), 5,4% no recibió la intervención; 60,3% consumió 60 o más sobres y 49,0% los consumió en forma adecuada. No se encontró asociación entre la cantidad de sobres recibidos o consumidos y la anemia ($p<0,05$). Aquellos niños que consumieron el suplemento en forma adecuada tuvieron menor prevalencia de anemia que aquellos que no lo hicieron (RPa: 0,81; IC95%: 0,68-0,96) y llego a la conclusión: Basta con entregar o consumir la cantidad necesaria de los multimicronutrientes, sino asegurar que el proceso de consumo sea adecuado para lograr una reducción de la prevalencia de anemia, aspecto que debe ser trabajado para mejorar esta intervención (22).

## 2.4. Bases teóricas

### 2.4.1. Teoría de enfermería de Nola Pender

Pender Nació en 1941, Licenciada en Enfermería de la Universidad de Michigan. Es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Planteó que promover un estado óptimo de

salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad (2).

El modelo de promoción de la salud de enfermería ofrece una solución para la política sanitaria y la política de reforma de salud que ofrece una manera de entender cómo los consumidores pueden estar motivados para lograr su salud personal. Con este modelo, la relación entre los factores que influyen en los comportamientos de salud, entre los que se estableció El comportamiento anterior y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, la atención y promoción de la salud comportamiento promulgación. Las personas se comprometen a adoptar comportamientos que se anticipan a los beneficios de un valor personal efecto positivo hacia un comportamiento conduce a un aumento de la eficacia percibida de la misma, lo que puede conducir gradualmente a un aumento en el afecto positivo. Cuando las emociones o condición positiva asocian con un comportamiento, la probabilidad aumenta el compromiso y la acción trabajadores de la salud son importantes fuentes de influencia interpersonal que puede aumentar o disminuir el compromiso de adoptar un comportamiento de promoción de la salud. Más compromiso con un plan específico, es más probable que la acción es que el comportamiento de promoción de la salud se mantiene en el tiempo (22).El concepto de salud, con el fin de Pender, parte de un componente muy positiva, integral y humanista, lleve a la persona

como un todo, el análisis de los estilos de vida, las fuerzas, capacidad de recuperación, el potencial y la capacidad de las personas para tomar decisiones por su salud y sus vidas. Este modelo da importancia a la cultura, entendida como un conjunto de conocimientos y la experiencia que se adquiere con el tiempo, lo que se aprende y se transmite de una generación a otra (2).

La Teórica Nola Pender nos habla que promoción de la salud es llevar a cabo un proceso para desarrollar habilidades y generar arreglos políticos, organizativos y administrativos que permitan a las personas y sus comunidades tienen un mayor control sobre su salud y mejorarla; También proporcionará los recursos humanos dispuestos a fortalecer los planes de salud del gobierno en términos de conectividad con el mundo, también llamada globalización de la Salud.Nola Pender refiere que el rol de la enfermera reviste gran importancia en el rol educativo para el cumplimiento del régimen terapéutico y nutricional; promocionando y promoviendo el consumo de alimentos de alto valor nutritivo y de fácil accesibilidad (2).

### 2.4.2. Teoría sociocultural

El término sociocultural invita a pensar en dos realidades la sociedad y la cultura, lo social y lo cultural. Al utilizar el enfoque sociocultural de los procesos sociales y culturales, debemos tener en cuenta la división entre las ciencias sociales, y sobre todo, la diferencia ancestral que se hace entre la sociología, como ciencia de la sociedad, y la antropología cultural, como ciencia de la cultura, en calidad de realidad o enfoque, sin olvidar que apunta al entronque entre ambas

ciencias a la hora de estudiar los fenómenos de su interés cognoscitivo (23).

La teoría sociocultural se inscribe en una concepción histórica del ser humano, construido socialmente en interacción con los escenarios culturales. La cultura está en todas partes porque a cualquier cosa que el ser humano hace le viene asociado un significado simbólico y un valor atribuido, variable de cultura en la sociedad (24).

La cultura está también presente en la estructuración de las disciplinas científicas y en los modos en que los conocimientos por estas obtenidos se transmiten y divulgan, a través de la educación y las metodologías pedagógicas. La cultura compuesta ya sea por elementos heredados del pasado como por influencia (23).

**Teoría de Vigokski**

Las características de las culturas influyen directamente en las personas, las contribuciones sociales tienen directa relación con el crecimiento cognoscitivo es decir los conocimientos son aprendidos unos de otros (25).

Enfatiza que las personas cuando aprenden interiorizan los acontecimientos que se están dando en el grupo social al cual pertenecen y en las manifestaciones culturales a las que son propias (25).

### 2.4.3. Generalidades de socioculturales

Lo sociocultural supone una íntima unión y relación entre lo social y lo cultural interrelacionados, entrelazados e interdependientes de tal

manera que pasamos a hablar de una nueva realidad sociocultural que integra sociedad y cultura, y por tanto política, economía, etc. (26).

Lo social sería el conjunto de relaciones que se establecen entre las personas de un grupo o territorio determinado. La sociedad o la vida en sociedad sería el resultado de las interacciones y relaciones que se establecen entre esas personas (26).

La cultura, por su parte, la podemos definir como el conjunto de valores, criterios, aspiraciones, sueños, y modelos, hábitos y costumbres, formas de expresarse y comunicarse, de relacionarse que tienen las personas de una comunidad o un territorio (26).

*Para las investigadoras Sociocultural es la relación entre lo social y lo cultural; Lo social se refiere a las relaciones entre las personas de un grupo o territorio determinado y la cultura, es el conjunto de valores, criterios, aspiraciones, sueños, modelos, hábitos, costumbres, formas de expresarse y comunicarse, de relacionarse que tienen las personas de una comunidad o un territorio. La cultura es importante y necesaria para la vida, es un factor esencial de la identidad personal y grupal, ligada a la evolución y desarrollo de las personas y de los pueblos.*

### 2.4.4. Sociedad y cultura

Una sociedad es un grupo de individuos que interactúan en un mismo contexto y que están atravesados todos por la misma cultura, es decir comparten la misma y una serie de cuestiones que condicionarán sus costumbres y estilos de vida. , es importante destacar que la organización ha atravesado muchas variantes a lo largo del tiempo y que básicamente estaba en estrecha relación con las características del tiempo que se vivía (27).

La cultura en su sentido etnográfico, es ese todo complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres

y otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre en tanto la sociedad (28).

*Para las investigadoras la sociedad es un grupo de personas que comparten la misma y una serie de cuestiones que determinarán sus costumbres y estilos de vida, todo ello desarrollará una identidad dada y un sentido de pertenencia.*

### 2.4.5. Característica social

Social es aquello perteneciente o relativo a la sociedad. Recordemos que se entiende por sociedad al conjunto de individuos que comparten una misma cultura y que interactúan entre sí para conformar una comunidad, los elementos sociales son: **e**stado civil, residencia actual, formación humanística, lugar de origen, estructura familiar, relaciones familiares y grado de instrucción de los responsables del hogar.

- **Estado civil**. Es la situación o condición jurídica en la que se encuentran los padres de familia dentro de la sociedad. Generalmente los estados llevan un registro público con los datos personales básicos de los ciudadanos, entre los que se incluye el estado civil. A éste registro se le denomina Registro civil; aunque las distinciones del estado civil de una persona pueden ser variables de un estado a otro, la enumeración de estados civiles más habituales son: soltera(o), conviviente, casada(o), divorciada(o) y viuda(o).Para los fines censales el estado civil es la situación de la persona empadronada en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país (29).

  *Para las investigadoras, el estado civil es una circunstancia que obtiene cada persona en alguna etapa de su vida, teniendo o no pareja, el cual será reconocido jurídicamente en el cual se reconocerá los derechos y obligaciones de cada uno. Entre los*

*más usuales tenemos: la soltería, el de casado, la convivencia, la viudez, o el divorcio.*

- **Nivel educativo.** El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o estén provisional. La escolaridad de los padres de familia es la capacidad para ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento, adquirir nuevas conductas a lo largo de su existencia tanto en ámbitos individuales como colectivos, convirtiéndose de esta manera en un factor bastante importante cuando se trata de la compresión y entendimiento de cualquier información.

  *Para las investigadoras el nivel de educación refiere al nivel que ha llegado el ser humano, ya que en base a ello podemos distinguir el nivel de conocimiento que los padres de familia poseen. Se clasificara en primaria, secundaria y superior.*

- **Clima familiar.** Está constituido por el ambiente percibido e interpretado por los miembros que integran la familia, y ha mostrado ejercer una influencia significativa tanto en la conducta, como en el desarrollo social, físico y afecto e intelectual de los integrantes. Se manifiesta en las interrelaciones entre los miembros de la familia, dónde se dan aspectos de comunicación, interacción, etc. (30).

  Para Moos el ambiente es un determinante decisivo del bienestar del individuo; asume que el rol del ambiente es fundamental como formador del comportamiento humano ya que éste contempla una compleja combinación de variables

organizacionales y sociales, así como también físicas, las que influirán contundentemente sobre el desarrollo del individuo. El clima sufre alteraciones como cohesión, expresividad y conflicto (30).

### 2.4.6. Característica cultural

Cultura es todo complejo que incluye el conocimiento, el arte, las creencias, la ley, la moral, las costumbres y todos los hábitos y habilidades adquiridos por el hombre no sólo en la familia, sino también al ser parte de una sociedad como miembro (31).

Hay determinados aspectos de la vida de los pueblos que caracterizan y condicionan su comportamiento tanto individual como colectivo e inciden de manera muy significativa en su desarrollo social y económico. En ciertas sociedades, el ser católico o protestante o el hablar tal o cual idioma o dialecto está asociado en alguna forma al "status" de las personas (29).

- **Procedencia.** Es el medio natural, en el cual el individuo nace y vive con sus tradiciones y costumbres. Así tenemos al hombre de la costa, sierra y selva cada uno como miembros de su grupo presentan características peculiares, aunque dichas reglas no pueden ser consideradas universales, porque los tipos cambian, cuando emigran de un lugar a otro adaptándose al medio social donde migra.

  *Para las investigadoras procedencia se refiere al lugar de origen donde se inicia una persona, el cual presenta costumbre, valores, creencias propios de sí. Entonces se tendrá en cuenta este indicador ya que muchas mujeres crían a sus hijos y se encargan de su familia*

*según en la región que han nacido, ya que albergan diferentes estilos de vida. Se clasifica en zona rural y zona urbana.*

- **Hábitos alimentarios.** También conocido como régimen alimentario o a veces como dieta, es el conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos. Aborda desde la manera en el que el hombre acostumbra a seleccionar sus alimentos hasta la forma en que los almacena, prepara, distribuye y consume (32).

  Pero las costumbres dietéticas y religiosas también deben ser tomadas en consideración. Las personas de cada país tienen comidas favoritas. Con frecuencia, hay distintos hábitos alimenticios que se originan sólo en una pequeña sección de un país en particular. Las personas de un área particular favorecen los alimentos que son producidos en esa área, porque son accesibles y económicos. Debido a que la mayoría prefiere alimentos a los que están acostumbrados durante su crecimiento, los hábitos alimenticios suelen basarse en la nacionalidad y la religión (33).

- **Religión.** La religión es el conjunto de creencias o dogmas relacionados con la divinidad, que orientan las conductas individuales y sociales, prácticas rituales como la oración, para rendir culto y encauzar los sentimientos de veneración y temor hacia ella (34).

  Existen diferentes religiones, que muchas veces se contradicen entre si y son mutuamente excluyentes, además muchas religiones no admiten recibir atención en salud y por ende el cuidador familiar no acude al establecimiento en busca de atención de salud. En una sociedad la mayoría de las cuestiones morales pueden repercutir en daños y

prejuicios contra terceros, existiendo sectas religiosas que rechazan todo lo que concierne a salud (35).

Las restricciones impuestas por la religión influyen en los hábitos alimentarios de muchos pueblos y algunos de ellos jamás prueban alimento alguno de origen animal, excepto la leche y productos lácteos, pues su religión les prohíbe quitar la vida a un animal. Los protestantes no ingieren bebidas alcohólicas de ninguna clase. A través de los siglos algunos de estas limitaciones, de carácter religioso han ido privando a algunos pueblos de ciertos alimentos dando lugar a diferencias nutricionales generalizadas (29).

### 2.4.7. Anemia

**a. Definición.** La anemia es una enfermedad de la sangre que se define como la disminución de la hemoglobina en los glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre (36), (37).

La anemia se presenta cuando la hemoglobina en la sangre ha disminuido por debajo de un límite y, se debe principalmente a la deficiencia de hierro en el organismo, al desarrollo de infecciones crónicas y agudas; y a alteraciones congénitas. La anemia afecta el rendimiento cognitivo, el crecimiento físico de las niñas y niños, el sistema inmunológico haciendo a los menores más vulnerables a desarrollar enfermedades infecciosas (7).

- **Hematocrito.** El hematocrito es el porcentaje de la sangre que es ocupado por los hematíes (glóbulos rojos). El hematocrito normal queda alrededor del 40%-45%,

indicando que el 40%-45% de la sangre son compuestos por hematíes. Los hematíes son producidos en la médula ósea y tienen una vida de apenas 120 días. Los hematíes viejos son destruidos por el bazo (órgano situado a la izquierda en nuestra cavidad abdominal). Eso significa que después de cuatro meses nuestros hematíes fueron, todos, renovados. La producción y la destrucción de los hematíes son constantes, de tal manera que se mantiene siempre un número estable de hematíes circulantes en la sangre.

- **Hemoglobina**. La hemoglobina es una proteína que se encuentra dentro de los glóbulos rojos, a la que se une el oxígeno para su posterior transporte y utilización por los distintos tejidos del organismo. Los glóbulos rojos son los corpúsculos de la sangre encargados de transportar el oxígeno a los tejidos. Se originan en la medula ósea, un órgano que se halla dentro de algunos huesos y donde se fabrican la mayoría de los componentes sanguíneos (36).El hierro es un elemento esencial de la hemoglobina. Las personas con carencia de hierro no logran producir hemoglobinas, que a su vez son necesarias para la producción de los hematíes. Por lo tanto, una disminución de las hemoglobinas obligatoriamente lleva a una disminución de los hematíes, es decir, a la anemia (38).

  El cuerpo necesita ciertas vitaminas, minerales y nutrientes para producir suficientes glóbulos rojos. El

hierro, la vitamina B12 y el ácido fólico son los más importantes. Es posible que el cuerpo no tenga suficiente de estos nutrientes debido a cambios en el revestimiento del estómago o los intestinos que afectan la forma como se absorben los nutrientes (38).

- **Valores orientativos de hemoglobina.** Según la OMS se acepta que existe anemia cuando la concentración de hemoglobina en sangre es inferior a los valores de referencia según edad, sexo, embarazo y ciertos factores ambientales como la altitud (Tabla N° 1-2).

**TABLA N° 1. Niveles de hemoglobina (Hb) o hematocrito (Hto).**

| Grupo por edad y sexo | Hb (g/dl) | Hto (%) |
|---|---|---|
| **Niño de 6 meses a 5 años** | <11.0 | <33 |
| **Niño de 5 a 11 años** | <11.5 | <34 |
| **Niño de 12 a 14 años** | <12.0 | <36 |
| **Mujer a partir de 15 años(no embarazada)** | <12.0 | <36 |
| **Mujer embarazada** | <11.0 | <33 |
| **Varón a partir de 15 años** | <13.0 | <39 |

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2007.

**TABLA N°2 .Gravedad de la anemia y puntos de corte considerados de acuerdo a grupo de edad y sexo.**

| Grupo por edad y sexo | Concentraciones de Hb (g/dl) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Anemia | Anemia leve | Anemia moderada | Anemia severa |
| **Niño de 6 meses a 5 años** | <11.0 | 10.0-10.9 | 7.0-9.9 | <7.0 |
| **Niño de 5 a 11 años** | <11.5 | 10.0-11.4 | 7.0-9.9 | <7.0 |
| **Niño de 12 a 14 años** | <12.0 | 10.0-11.9 | 7.0-9.9 | <7.0 |
| **Mujer a partir de 15 años (no embarazada)** | <12.0 | 10.0-11.9 | 7.0-9.9 | <7.0 |
| **Mujer embarazada** | <11.0 | 10.0-10.9 | 7.0-9.9 | <7.0 |
| **Varón a partir de 15 años** | <13.0 | 12.0-12.9 | 9.0-11.9 | <9.0 |

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2007.

**b. Etiología**

La carencia de hierro constituye la principal causa de anemia (anemia ferripriva), dando como resultado el 50% de las anemias del mundo. Las deficiencias de folatos (ácido fólico), vitamina $B_{12}$ y proteínas pueden asimismo determinar su prevalencia. Otros nutrientes, como el ácido ascórbico (vitamina C), el α tocoferol (vitamina E), la piridoxina (vitamina $B_6$), la riboflavina (vitamina $B_2$) y el cobre son necesarios para producir y mantener la estabilidad de los glóbulos rojos. La carencia de vitamina A también se asocia con la aparición de la anemia por su participación en la movilización del hierro de los tejidos de depósito (principalmente el hígado) (37).

- **Deficiencia de hierro.** Es la principal causa de anemia infantil. Ocurre cuando la dieta es pobre en alimentos ricos en fierro (carnes rojas y vísceras). Existen vegetales ricos en fierro (como las espinacas, las acelgas) pero éste no es asimilado en cantidad por el organismo humano debido a que ellos contienen fitatos, sustancias que bloquean la absorción.
- **Parasitosis intestinal**. Existen helmintos que provocan pérdida sanguínea a nivel intestinal o se alimentan de sangre llevando a la anemia. Se trata de las uncionarias y el estrongiloides.

- **Empleo de leche entera de vaca.** Los niños menores de seis meses no deben tomar leche entera de vaca u otros animales pues la digestión de ésta no es adecuada y se puede producir una enteropatía perdedora de glóbulos rojos enfermedad en la cual se produce salida periódica de éstos hacia la luz intestinal y con el tiempo anemia. Muchas veces no se puede ver esto a simple vista pero sí detectarse mediante pruebas como el thevenon en heces. Los niños pequeños sólo deben tomar leche materna o en su defecto, formulas maternizadas.
- **Infección crónica.** Existen algunas infecciones que producen anemia por diferentes mecanismos. Nos referimos, entre otras, a la Infección Urinaria, Tuberculosis Infantil, Fiebre Malta (Brucelosis) y Fiebre Tifoidea.
- **Deficiencia de Vitamina B12 y/o Ácido Fólico.** Ocurre cuando la dieta es pobre en alimentos que contienen vitamina B12 (vísceras, queso, pescado, leche, huevos), o ácido fólico (vegetales verdes frescos como lechuga, espinaca, brócolis y frutas frescas). Asimismo, cuando existe la presencia en el organismo del parásito difilobotrio.
- **Intoxicación Crónica por Plomo.** La exposición diaria a la contaminación ambiental que producen las fábricas de pinturas, tintes de cabello, baterías y talleres de

metalmecánica que se encuentran en la vecindad o el vivir dentro de ellas puede llevar a la intoxicación progresiva del organismo por partículas de plomo las cuales pueden ingresar por vía respiratoria o digestiva (niños que comen cosas del piso o restos de pintura de la pared). Esta enfermedad genera la aparición de una forma de anemia recurrente (de difícil tratamiento) y la presencia de otros síntomas tales como falta de apetito, pérdida de peso, constipación, apatía, pérdida del rendimiento escolar, debilidad, dolores de cabeza, brazos y piernas.

- **Medicamentos.** Existen algunos pocos antibióticos que producen anemia: cloranfenicol, trimetoprim, sulfas (cuando es usada por largo tiempo).

**c. Síntomas**

El síndrome anémico lo forman un conjunto de signos y síntomas que ponen de manifiesto la disminución de la hemoglobina y el desarrollo del mecanismo de compensación

- **Palidez.** Es uno de los signos más característicos de la anemia y una consecuencia directa de la vasoconstricción generalizada (cierre de los vasos sanguíneos) y del descenso de la concentración de la hemoglobina en sangre.
- **Astenia.** Constituye un síntoma general muy ligado a la anemia (el individuo anémico se siente “cansado”).
- **Disnea.** Sensación subjetiva de falta de aire.

- **Fatiga muscular**. Incluso con pequeños esfuerzos.
- **Manifestaciones cardiocirculatorias**. Taquicardia y palpitaciones que son constantes en caso de anemia moderada o intensa, especialmente cuando se instaura bruscamente. En una anemia crónica de aparición lenta, el único signo apreciable de la anemia es un soplo sistólico funcional (ruido que hace la sangre al salir del corazón). Si la anemia es muy intensa se sobreañade una taquipnea (respiración muy rápida) o pérdida del conocimiento.
- **Trastornos neurológicos.** Alteraciones de la visión. Cefaleas (dolor de cabeza). Cuando la hemoglobina desciende por debajo de 30 g/L (anemia grave) pueden aparecer signos de hipoxia cerebral, cefaleas, vértigos, e incluso un estado de coma.
- **Manifestaciones neuromusculares**. Consisten principalmente en cambio de la conducta, cefaleas, vértigos, trastornos visuales, insomnio, incapacidad para concentrarse y, ocasionalmente, desorientación.
- **Alteraciones del ritmo menstrual.** La existencia de reglas abundantes (hipermenorrea) es la causa más frecuente de anemia en las mujeres jóvenes, aunque suele ser una anemia moderada. Sin embargo, cuando la anemia es más intensa, suele apreciarse una disminución del ritmo menstrual, con tendencia a la amenorrea. Lo

que sucede es que, frente al descenso de la hemoglobina, el organismo reacciona disminuyendo, o incluso anulando, la pérdida hemática.

- **Alteraciones renales**. Se produce una retención acuosa que puede dar lugar a la aparición de edemas o hinchazón en las piernas.
- **Trastornos digestivos.** Consisten en anorexia, náuseas y, ocasionalmente, estreñimiento.

**d. Tipos de anemia**

- **Clasificación morfológica.** La apreciación del tamaño y el contenido hemoglobínico de los eritrocitos es uno de los análisis de laboratorio más empleados en el diagnóstico de las anemias. El índice eritrocitario de mayor valor clínico es el volumen corpuscular medio (VCM), ya que constituye un criterio morfológico para clasificar las anemias en normocíticas (VCM: 82-98 fl), macrocíticas (VCM >98 fl) y microcíticas (VCM <82 fl).

  El VCM se correlaciona con la hemoglobina corpuscular media (HCM), magnitud que informa sobre el valor medio del contenido hemoglobínico de los eritrocitos circulantes. En consecuencia, la HCM disminuye al hacerlo el VCM (anemias microcíticas e hipocromas) y aumenta cuando aumenta el VCM (anemias macrocíticas e hipercromas) (38).

- **Clasificación fisiopatológica.** La clasificación fisiopatológica (según su mecanismo de producción) de una anemia se basa en la capacidad de la médula ósea para adaptarse al descenso de la concentración de hemoglobina en sangre. El recuento de reticulocitos (que son las células precursoras de los glóbulos rojos), indica cuál es la capacidad de respuesta de la médula ósea frente a la anemia. La disminución de la concentración de hemoglobina en sangre siempre origina un aumento compensador de la eritropoyesis por aumento de la Epo. Por ello, cuando la médula presenta una capacidad regenerativa normal, siempre debe existir una relación inversa entre disminución de hemoglobina y aumento del número de reticulocitos (anemia regenerativa).Por el contrario, cuando la anemia no se acompaña de un aumento proporcional del número de reticulocitos, es que la capacidad regenerativa de la médula ósea se halla disminuida (anemia arregenerativa) (38).

**e. Diagnóstico**

Para alcanzar un diagnóstico de la anemia el experto médico se fijará tanto en los signos que presente el paciente y la forma de presentación de la anemia, y podrá recurrir a diversas pruebas de laboratorio para confirmar sus sospechas.

- **Manifestaciones clínicas.** La realización de la historia clínica y la exploración física, constituyen siempre el primer paso en el estudio de una anemia. Descartada una hemorragia o enfermedad subyacente que justifique la

anemia, su estudio debe iniciarse con la consideración del sexo, la edad y el origen étnico del paciente, así como su forma de presentación (aguda o crónica, tiempo de evolución y existencia de antecedentes) (38).

- **Pruebas de laboratorio.** Para confirmar el diagnóstico de anemia es preciso demostrar primero el descenso de la concentración de hemoglobina en sangre. Para ello se realiza un análisis de sangre, llamado hemograma, que determina los niveles de hemoglobina en la sangre junto con otros parámetros que indican la morfología y tamaño de los hematíes. Además, el hemograma nos informa de posibles alteraciones en otras células sanguíneas como son los glóbulos blancos y las plaquetas. Además del hemograma, se suele solicitar un frotis sanguíneo en el que se ve la sangre directamente al microscopio (38).

  Esta prueba puede dar mucha información sobre la causa de la anemia. Según la sospecha diagnóstica se pueden solicitar otras muchas pruebas, como los niveles de hierro y ferritina (depósitos de hierro del organismo), niveles de vitamina B12 y ácido fólico, niveles de reticulocitos (células precursoras de los hematíes), distintos auto anticuerpos, etc. En anemias arregenerativas, en las que la causa de la anemia está dentro de la médula ósea, muchas veces es necesario solicitar un estudio de la médula ósea por medio de un

aspirado o de una biopsia de médula ósea. El aspirado es una punción en la que se toman células de la médula ósea, y que se suele realizar en el esternón. La biopsia es una punción con una aguja más gruesa, en la que se toma un cilindro de hueso, lo que permite un estudio más exhaustivo de la médula ósea. Se suele realizar en la cresta iliaca, que es el reborde de hueso que tenemos por encima de la cadera (38).

**f. Tratamiento**

El tratamiento de la anemia depende de la causa que la provoca. Sea cual sea, el objetivo será incrementar el nivel de oxígeno que la sangre es capaz de transportar, ya sea mediante el aumento de glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina. Por supuesto, habrá que tratar también la causa o enfermedad que pueda haber provocado la anemia (38).

En general bastará con la reposición de hierro por vía oral en casos de anemia ferropénica; o de vitamina B12 y ácido fólico en casos de anemia megaloblástica. Cuando se deba a pérdidas importantes de sangre se realizará una transfusión de sangre. Y en casos más específicos (como síndromes hereditarios) pueden plantearse el trasplante de médula ósea (38).

**g. Complicaciones**

La anemia severa puede causar niveles bajos de oxígeno en órganos vitales, como el corazón, y puede llevar a que se presente un ataque cardíaco (39).

**h. Prevención**

- La primera medida para prevenir la presencia de anemia en los niños es el asegurarse que la madre gestante no la tenga. Los niños cuyas madres durante la gestación de ellos han presentado anemia tienen el triple de riesgo de presentarla en el primer año de vida (39).
- El segundo paso es asegurar una lactancia materna exclusiva. Por varias razones el riesgo de anemia es menor en un niño que no ha recibido leche materna. Es bueno mencionar que la absorción del fierro contenido en la leche materna es superior a la del contenido en las fórmulas maternizadas o en los suplementos (mejor biodisponibilidad) (39).
- El tercer paso es que a partir del inicio de la ingestión de alimentos espesos o solidos (seis meses de edad) se debe asegurar una alimentación adecuada (carnes rojas licuadas o desmenuzadas, vísceras sancochadas aplastadas) (39).

### 2.4.8. Micronutrientes

El término "micronutrientes" se refiere a las vitaminas y minerales cuyo requerimiento diario es relativamente pequeño pero indispensable para los diferentes procesos bioquímicos y

metabólicos del organismo y en consecuencia para el buen funcionamiento del cuerpo humano (40).

A diferencia de los macronutrientes, los Micronutrientes casi no aportan energía, sino que constituyen unos factores de colaboración esenciales para que el metabolismo funcione (40).

Es importante porque la deficiencia de micronutrientes afecta en primera instancia procesos bioquímicos y metabólicos, antes de revelar signos físicos aparentes de desnutrición, como sí lo hace la desnutrición proteica calórica. Es por eso que ha sido llamada "el hambre oculta". Esto quiere decir que cuando la deficiencia de micronutrientes aparece clínicamente, es como la punta de un iceberg que revela un amplio proceso subyacente (40). Aunque estos nutrientes se necesitan en cantidades muy pequeñas, son sin embargo los elementos alimentarios clave. Sin ellos no tendrían lugar los procesos de crecimiento y producción de energía, al igual que otras muchas funciones normales (40). Consecuentemente, la salud depende de un suministro óptimo tanto de macronutrientes como de micronutrientes. La insuficiencia o el exceso en el consumo de cualquiera de ellos pueden acarrear problemas (40).

En el mundo actual, las cuestiones nutricionales más importantes se refieren fundamentalmente a los excesos en el consumo de macronutrientes o a la insuficiencia en la ingestión de micronutrientes (40).

### 2.4.9. Multimicronutrientes (Chispita)

#### a. Definición

Las Chispitas Nutricionales, son pequeños sobres que contienen una mezcla de micronutrientes en polvo y que pueden fácilmente mezclarse con las comidas que preparamos en la casa fortificándolas instantáneamente (41).

#### b. Composición del suplemento

Los sobres de Multimicronutrientes tienen la siguiente composición:

| Composición | Contenido |
|---|---|
| **Hierro** | 12.5m.g (hierro elemental). |
| **Zinc** | 5mg. |
| **Ácido fólico** | 160ug. |
| **Vitamina C** | 30mg. |
| **Vitamina A** | 300 ug.RE |

- **Hierro (Fe)**

El principal papel del hierro es llevar oxígeno a los tejidos del cuerpo. Es un componente de la hemoglobina, la materia colorante de los glóbulos rojos (eritrocitos).La hemoglobina permite que los glóbulos rojos se combinen con el oxígeno en los pulmones y se transporten a los tejidos del cuerpo (33).

El hierro también es un componente de la mioglobina, un compuesto de proteínas en los músculos que proporciona oxígeno a las células y es un constituyente de otros compuestos corporales que intervienen en el transporte de oxígeno. Las enzimas que participan en la formación de

aminoácidos, hormonas y neurotransmisores utilizan hierro (33).

**Fuentes.** El hígado, riñón, molleja, corazón, bazo, sangrecita, carnes rojas, cuy, las aves y el pescado son las mejores fuentes de hierro, porque la carne de los animales contiene hierro heme. Este se absorbe con el doble de eficacia con que se absorbe el no heme. El hierro no heme se encuentra en cereales integrales, productos de granos enriquecidos, vegetales, fruta. El índice de absorción del hierro no heme está fuertemente influido por factores dietéticos y el almacenamiento de hierro en el cuerpo (33).

Para que el hierro sea absorbido, se le debe transformar químicamente de hierro férrico en ferroso. Esto se logra con el ácido clorhídrico en el estómago. La absorción del hierro no heme puede mejorar con el consumo de alimentos ricos en vitamina C y en hierro no heme en la misma comida. La vitamina C se pega al hierro y lo mantiene en su forma ferrosa, lo que facilita la absorción (33).

**Requisitos.** Se ha determinado que los hombres pierden casi 1 mg de hierro al día y las mujeres 1.5 mg. Bajo la premisa de que solo 10% del hierro ingerido se absorbe, la DRI para hombres se ha establecido en 10 mg y para mujeres desde los 11 años y durante la edad reproductiva

en 15 mg. Esta cantidad debe ser doble durante el embarazo y es difícil cumplir con este requisito solo con la dieta. Por esto, suele recetarse un suplemento de hierro durante el embarazo. Las mujeres deben de esforzarse por incluir alimentos ricos en hierro en sus dietas en todo momento. Los periodos de rápido crecimiento de la infancia y la adolescencia también producen una fuerte necesidad de hierro (33).

**Deficiencia .**La deficiencia de hierro sigue siendo un problema, sobre todo para las mujeres. La deficiencia de hierro puede ser provocada por ingesta insuficiente, malabsorción, falta de suficiente acido estomacal o pérdida excesiva de sangre; cualquiera de estas situaciones puede vaciar las reservas de hierro del cuerpo. La disminución de reservas de hierro evita la síntesis de hemoglobina. El resultado es una cantidad insuficiente de glóbulos rojos para transportar el oxígeno necesario. Lo que empieza siendo una deficiencia de hierro puede convertirse en anemia por deficiencia de hierro (33).

- **Zinc (Zn)**

  Es un mineral con muchas propiedades. Por tanto, afecta a muchos tejidos del cuerpo. Parece ser esencial para el crecimiento, la de heridas, la agudeza del sentido del gusto, la tolerancia de glucosa y la movilización de la vitamina A dentro del cuerpo (33).

**Fuentes.** Las mejores fuentes de zinc son los alimentos proteínicos, sobre todo carne, pescado, huevos y productos lácteos, además de germen de trigo y legumbres (33).

**Requisitos.** La DRI de zinc en un hombre adulto normal es de 11 mg y en una mujer adulta de 8 mg, con requisitos más altos en el transcurso del embarazo, que aumentan aún más durante la lactancia (33).

**Deficiencia.** La disminución del apetito y la agudeza del gusto, el retraso en el crecimiento, el enanismo, el hipogonadismo (desarrollo subnormal de los órganos sexuales masculinos), la cicatrización de heridas, la anemia, las erupciones tipo acné y el deterioro en la respuesta inmune son síntomas de la deficiencia de zinc (33).

- **Vitamina A**

  Nutriente que en el cuerpo necesita en pequeñas cantidades para funcionar y mantenerse sano. La vitamina A consiste en dos formas dietéticas básicas: la vitamina A preformada, también llamada retinol, que es la forma activa de la vitamina; y los carotenoides, la forma inactiva de la vitamina A, que se encuentra en plantas (33).

  **Funciones.** La vitamina A es de la familia de los compuestos solubles en grasa que juegan un papel importante en la visión, el crecimiento de los huesos, la reproducción y la división celular. La vitamina A ayuda a

regular el sistema inmune, lo que contribuye a combatir infecciones. La vitamina A ha sido etiquetada como antioxidante porque, en realidad, la provitamina A (carotenoides) es la parte de la familia que funciona como antioxidante. Los antioxidantes protegen a las células de los radicales libres. Éstos son átomos o grupos de átomos con un número impar de electrones que pueden formarse cuando el oxígeno interactúa con ciertas moléculas (33).

**Fuentes**. Hay dos formas de vitamina A: la preformada y la provitamina A. El retinol es preformada y una de las formas más activas y útiles de la vitamina A. El retinol puede convertirse en retinal y ácido retinoico, otras formas activas de la vitamina A. Los carotenoides de provitamina A se transforman en vitamina A a partir de pigmentos con colores fuertes, verde y anaranjado, en frutas y vegetales. Algunos carotenoides comunes son el betacaroteno, la luteína, el licopeno y la zeaxantina. El betacaroteno se transforma con mayor eficiencia en retinol. Se recomienda la ingestión de cinco frutas y vegetales al día. Las mejores fuentes de betacaroteno son las zanahorias, los camotes, la espinaca, el brócoli, la calabaza, el chayote, el mango y el melón (33).

**Requisitos.** Una dieta bien balanceada es la mejor forma de obtener las cantidades requeridas de vitamina A (33).

**Hipervitaminosis.** Debe desmotivarse el uso de suplementos vitamínicos porque un exceso de vitamina A puede tener consecuencias graves. Algunos signos de hipervitaminosis incluyen defectos de nacimiento, pérdida de cabello, piel reseca, cefalea, náusea, resequedad de las membranas mucosas, daño hepático y dolor en huesos y articulaciones. En general, estos síntomas tienden a desaparecer cuando se descontinúa la ingesta excesiva (33).

- **Ácido fólico/folato**

  La folacina y el ácido fólico son compuestos químicamente similares. Sus nombres suelen usarse de forma intercambiable (33).

  **Funciones.** El folato se necesita para la síntesis del ADN, para el metabolismo de proteínas y la formación de hemoglobina (33).

  **Fuentes.** La principal fuente de ácido fólicos se encuentra en las carnes rojas, viseras, pescados, mariscos, zumos de frutas, hortalizas y cereales.

  **Requisitos.** El requisito diario promedio para una mujer adulta es de 400 mg, al igual que para un hombre adulto. Se necesita más folato durante el embarazo y en periodos de crecimiento debido al índice mayor de división celular y de síntesis de ADN en el cuerpo de la madre y el feto. Por tanto, es demasiado importante que las mujeres en

edad reproductiva mantengan una buena ingesta de folato (33).

**Deficiencia.** La deficiencia de folato se ha relacionado con los defectos del tubo neural en el feto, como la espina bífida (protuberancia de la médula espinal o el líquido espinal a lo largo de la espalda) y anencefalia (ausencia de cerebro). Otros signos de deficiencia son la inflamación de la boca y la lengua, crecimiento deficiente, depresión y confusión mental, problemas con las funciones nerviosas y anemia megaloblástica. Esta última es un trastorno en que los glóbulos rojos están dilatados e inmaduros y no pueden transportar el oxígeno apropiadamente (33).

- **Vitamina c**

  A la vitamina C también se le conoce como ácido ascórbico. Tiene propiedades antioxidantes, protege a los alimentos de la oxidación y es necesaria para el metabolismo de todas las células. Se destruye fácilmente con el calor, el aire y las bases, y se pierde de la misma manera en el agua de cocción (33).

  **Funciones.** La vitamina C es conocida por prevenir el escorbuto. Es una enfermedad caracterizada por gingivitis (encías sensibles y sangrantes, y pérdida de dientes).La vitamina C también desempeña un papel muy importante en la formación de colágeno, una sustancia proteínica que mantiene unidas las células del cuerpo, por lo que es

necesaria para la cicatrización de heridas. Por tanto, las necesidades de vitamina C aumentan durante traumatismo, fiebre y periodos de crecimiento. La vitamina C ayuda a la absorción de hierro no heme (el que proviene de fuentes vegetales y animales se ingieren al mismo tiempo. Debido a esto, se le llama facilitador del hierro (33).

**Fuentes.** Las mejores fuentes de vitamina C son las frutas cítricas, el melón, las fresas, los jitomates, las papas, los pimientos rojo y verde, el chayote y el brócoli (33).

**Requisitos**.

**Deficiencia.** Las deficiencias de vitamina C tienen como indicadores encías sangrantes, pérdida de dientes, tendencia a desarrollar hematomas, cicatrización deficiente y, por último, escorbuto (33).

**c. Importancia**

- Sirven para prevenir la anemia por deficiencia de hierro y otras enfermedades derivadas del bajo consumo de vitaminas y minerales.
- Sirven también para mejorar el apetito, así como el crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños.

**d. Administración**

- Dosis. 1 sobre diario
- Indicaciones para la administración del suplemento de multimicronutrientes en polvo**.** En el plato servido, separar dos cucharadas de la comida de la niña o niño. El alimento

debe encontrarse tibio y ser de consistencia espesa o sólida, según la edad de la niña o niño. (41)

**e. Ventajas**

- Chispitas pueden proporcionar la Ingestión de Nutrientes Recomendadas (RNI) de micronutrientes a cada niño.
- Aparte de hierro, micronutrientes esenciales como las vitaminas A, C y D, ácido Fólico, yodo y zinc pueden ser agregados a las bolsitas para prevenir y tratar las deficiencias de micronutrientes y mejorar el estado nutricional general.
- Encapsulación de lípidos sobre el hierro impide su interacción con los alimentos y oculta su sabor, por lo tanto hay cambios mínimos en el sabor, color y textura del alimento.
- La encapsulación también puede reducir el malestar gastrointestinal y la interacción del hierro con otros nutrientes.
- Las bolsitas son fáciles de usar y convenientes. Utensilios de medición especial eso la manipulación no son necesarios y se les pueden dar en cualquier hora de la comida durante el día.
- Uno no tiene que ser alfabetizado para aprender a usarlos.
- El uso de Chispitas no requiere ningún cambio en las prácticas de alimentación, ya que pueden ser mezclados con los alimentos caseros.

- Chispita no entran en conflicto con la lactancia materna y pueden ayudar a promover la transición oportuna de la lactancia materna exclusiva a los alimentos complementarios cuando el bebé cumpla seis meses de edad, según lo recomendado por la OMS.
- Chispitas tiene base en alimentos en lugar de una intervención médica y por lo tanto pueden ser fácilmente incorporados en cualquier horario de alimentación.
- El potencial de sobredosis es poco probable debido a que muchos paquetes individuales tendrían que ser abiertos e ingeridos para que esto ocurra.
- Las bolsitas son de peso ligero y por lo tanto son fáciles de almacenar, transportar y distribuir (42).

**f. Recomendaciones**

- **Almacenamiento**. Los sobres se deben mantener siempre bien cerrados y protegidos de la luz solar, en lugares no accesibles a las niñas y niños para evitar su ingestión accidental o intoxicaciones.
- **Los micronutrientes.** No tienen olor ni sabor desagradables, por lo tanto no resultan desagradable al gusto, los micronutrientes no producen diarrea, ni tiñen los dientes, es una reacción normal el oscurecimiento de las deposiciones de la niña o niño, para prevenirla anemia es necesario que además le des a tu niño o niña alimentos ricos en hierro, la alimentación de la niña o niño debe ser

de consistencia espesa o sólida, dependiendo de su edad, desde los seis meses de edad debe iniciar la suplementación y no olvides que la suplementación son doce meses (43).

## 2.5. Definición de términos básicos

- **Características.** Una característica es un rasgo o una singularidad que identifica a alguien o a algo. Normalmente se emplea el término en plural, pues son varios los elementos que sirven para describir las distintas realidades.
- **Características sociales.** Se considera los aspectos situacionales dentro de su localidad de los niños en estudio.
- **Características culturales.** Se considera los aspectos de arraigo trascendencia heredados de sus ancestros de los padres de los niños en estudio.
- **Padres.** Este término en plural hace referencia a los progenitores padre y madre.
- **Aceptación:** Hace referencia a la acción y efecto de aceptar. Este verbo, a su vez, está relacionado con aprobar o admitir, dar por bueno o recibir algo de forma voluntaria y sin oposición.
- **Consumo:** Cuando se habla de consumo se refiere a la ingesta de alimentos; la alimentación correcta está relacionada con las necesidades específicas del individuo y su preparación, para llevar a un consumo correcto.
- **Multimicronutrientes:** Es un complemento vitamínico mineral, constituido por substancias químicas requeridas en pequeñas

cantidades en la alimentación de las personas, de ahí el nombre de micronutrientes.

- **Nivel de educación.** Se considera el grado más elevado de estudios realizados o en curso por los padres de los niños en estudio.
- **Estado Civil.** Se considera a la situación legal en la que viven los padres de los niños que conforman la muestra de estudio en este presente trabajo.
- **Procedencia.** Se toma en cuenta la zona o lugar en donde vive actualmente los niños junto a sus progenitores.
- **Hábitos alimenticios.** Considera a los productos alimenticios que compone habitualmente la alimentación de los niños en estudio.
- **Religión.** Consideramos la pertenencia a alguna organización religiosa al que pertenecen los padres de los niños en estudio.
- **Clima familiar.** Está referida al grado de comunicación de libre expresión dentro de familia.
- **Cohesión.** Grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y apoyan entre sí.
- **Conflicto.** Grado en que se expresan libre y abiertamente la cólera, la agresividad y el conflicto entre los miembros de la familia.
- **Expresividad.** Grado en que se permiten y se animan a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos.

## 2.6. Operacionalización de variables

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | NATURALEZA | FORMA DE MEDICIÓN | DIMENSIÓNES | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADORES | NIVEL DE MEDICIÓN | PROCESAMIENTO | EXPRESIÓN FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Características socioculturales | Sociocultural es una relación entre lo social y lo cultural interrelacionados, entrelazándose interdependientes realidad sociocultural que integra sociedad y cultura, y por tanto política, economía, etc. | Cualitativa | Indirecta: multidi-mensional | Procedencia | Situación de lugar de nacimiento de la madre o padre de familia que acompaña al control de crecimiento del niño(a). | • Rural<br>• Urbano | Nominal | **Entrada**. Para el cual se estructurará un instrumento, constituido por siete preguntas objetivas y otros componentes , cada vez que la madre acompañe al niño para el control de crecimiento y desarrollo , mientras se realiza la atención al niño , a la madre de familia se entregara la cartilla de encuesta y responderá hasta en diez minutos de tiempo. **Proceso**. Una vez obtenido las cartillas de los instrumentos debidamente llenados por las encuestadas se procede a procesar los | 188 Instrumentos aplicados. |
| | | | | Estado civil | Situación del estado civil de la madre o padre de familia que acompaña al control del niño(a). | • Soltera(o)<br>• Conviviente<br>• Casada (o) | Ordinal | | |
| | | | | Nivel de educación | Situación de nivel de educación de la madre o padre que acompaña al control de crecimiento del niño(a) | • Primaria<br>• Secundaria<br>• Superior | Ordinal | | 6 tablas de resultados para su análisis. |
| | | | | Religión | Situación de religiosidad de la madre de familia que acompaña al control de crecimiento del niño(a). | • Católico<br>• No católico | Nominal | | |
| | | | | Hábitos alimenticios | Situación del tipo de alimentos del consumo | • Predominio | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Aceptación del consumo de multimicro-nutrientes | Hace referencia a la acción y efecto de aceptar. Este verbo, a su vez, está relacionado con aprobar o admitir, dar por bueno o recibir algo de forma voluntaria y sin oposición. | | | Clima familiar | usual de la familia que responde la madre al cuestionario de encuesta.<br><br>Situación de clima familiar de los padres de familia con sus hijos. | carbohidratos, proteínas<br>• Predominio carbohidratos, proteínas y verduras<br>• Predominio carbohidratos, proteínas, verduras y frutas<br><br>• Conflicto<br>• Expresividad<br>• Cohesión<br><br>• Aprobación baja<br>• Aprobación intermedia<br>• Aprobación alta | Ordinal<br><br>Ordinal<br><br>Ordinal | datos a través el proceso electrónico, obedeciendo los objetivos específicos formulados y traduciéndose en seis tablas aplicando el Estilo Vancouver recomendado al respecto. **Salida**. Corresponde a la administración de resultados según tablas se procederá en describir, explicar y predecir, conforme a la función de investigación, la administración de tablas permitirá la formulación de conclusiones y recomendaciones. | 6 Descripción, explicación y predicción de resultados, formulación de conclusiones y recomendaciones. |

## 2.7. Hipótesis

### 2.7.1. Hipótesis general

Las características socioculturales está asociado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 a 36 meses de edad en el Centro de Salud Challhuahuacho, durante los meses de enero a marzo del 2017.

### 2.7.2. Hipótesis específicas

1. La procedencia se asocia con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.
2. El estado civil se correlaciona con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.
3. El nivel de educación se correlaciona con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.
4. La religión se asocia con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.
5. El hábito alimenticio se correlaciona con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.
6. El clima familiar se correlaciona con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.

# CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO

## 3.1. Tipo y nivel de la investigación

El presente trabajo de investigación fue descriptivo, correlacional y transversal

- **Descriptivo.** Porque permite describir las características socioculturales y aceptación de multimicronutrientes Chispita por los padres de familia.
- **Correlacional.** Porque pretende demostrar el grado de relación entre más variables.
- **Transversal.** Porque la variables de estudio se aplicaran en un momento dado.

## 3.2. Ámbito geográfico

El Distrito de Challhuahuacho se ubica en la Provincia de Cotabambas, Departamento de Apurímac y en el Perú. En las coordenadas UTM de -14.1167 de latitud sur y - 72.25 longitud oeste, del meridiano de Greenwich. El Distrito de Challhuahuacho se encuentra a aproximadamente 200 kilómetros de la Ciudad de Abancay. Está a una altura de 3.698 m.s.n.m. presenta temperaturas

que varían de acuerdo a las estaciones del año y a los diversos pisos ecológicos y altitudinales que van desde los2600m.s.n.m y 4800m.s.n.m, presentando un clima cálido en los valles, templado en las quebradas y áreas medias y frígido en las punas. El clima es templado y seco, con época de lluvias de noviembre a abril. El Distrito de Challhuahuacho limita:

- Por el este con Distrito de Mara
- Por el oeste con el Distrito de progreso
- Por el norte con el Distrito de Coyllurqui y el Distrito de Tambobamba
- Por el sur con el distrito de Haquira

## 3.3. Población y muestra

### 3.3.1. Población

Consta de un total de 188 niños, integrantes entre niñas y niños menores de 36 meses de edad que participan en el control de crecimiento y desarrollo afiliados al Programa Seguro Integral de Salud del Centro de Salud Challhuahuacho, Cotabambas y Apurímac.

### 3.3.2. Muestra

La muestra estará conformada por el 100 % de la población.

**Criterios de Inclusión:**

- Niñas(os) de 6 a 36 meses
- Niñas(os) con Sistema Integral de Salud
- Niñas(os) as con diagnóstico médico de anemia ferropénica
- Niñas(os) que acuden al control de crecimiento y desarrollo, acompañado por su madre o padre.

- Acompañante que acepta voluntariamente responder el instrumento
- Madre o padre de familia con nivel de educación primaria, secundaria y superior incompleta y completa en años de estudio.
- Madre o padre de familia estado civil soltera (o), conviviente y casada(o).

**Criterios de Exclusión:**

- Niñas(os) sin Sistema Integral de Salud
- Niñas(os) menores de 6 meses
- Niñas(os) mayores de 36 meses
- Niñas(os) con diagnóstico médico diferente a anemia ferropenia
- Niñas(os) que acuden al control de crecimiento y desarrollo, acompañado por su abuela, abuelo y tías(os)
- Acompañante que no acepta voluntariamente responder el instrumento
- Madre o padre de familia sin nivel de instrucción.
- Parientes a partir de segundo grado de consanguinidad y afinidad que acompañan al control de crecimiento y desarrollo de niña (o).

### 3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

**Técnicas:**

Se aplicó la técnica de encuesta a la madre o padre con niñas(os) con anemia de 6 a 36 meses, que residen actualmente en el Distrito de Challhuahuacho y que estén afiliados al Centro de Salud Challhuahuacho.

**Instrumento:**

Para la recolección de datos y obtención de información, se utilizó como instrumento cuestionario de encuesta.

### 3.4.1. Descripción de instrumentos

El instrumento estuvo estructura do con sus partes: membrete, codificación, objetivo e instrucción, siete preguntas entre dicotómicas y politómicas y agradecimiento, (ver anexo N°3).

### 3.4.2. Validación de instrumento

Una vez elaborado el instrumento para efectos de validez y confiabilidad se aplicó 20 muestras en condición piloto, el resultado de la fiabilidad de Alfa Cronbach, (ver anexo N°4).

## 3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 24, Hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2013, tomando en cuenta que los datos obtenidos fueron variables cualitativas.

# CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

## 4.1. Procesamiento de datos: resultados

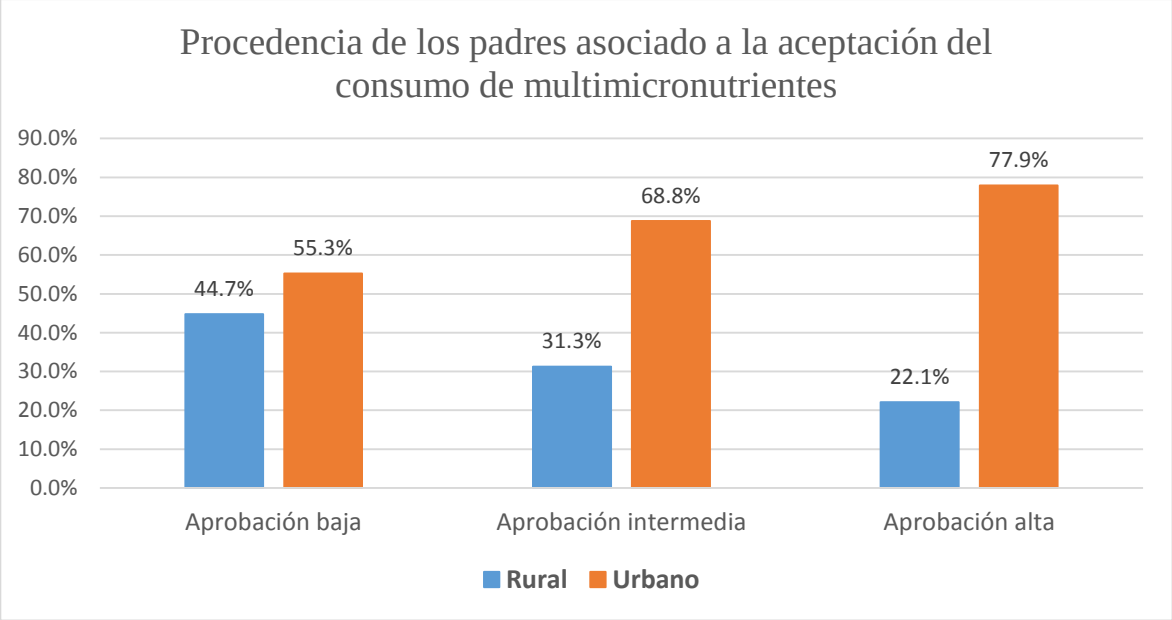
### TABLA N° 1

*Procedencia asociado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 a 36 meses, Centro de Salud Challhuahuacho de Enero a Marzo 2017.*

| Procedencia de los padres | Aceptación del consumo de multimicronutrientes | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aprobación baja | | Aprobación intermedia | | Aprobación alta | | Total | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| **Rural** | 17 | 44.7% | 20 | 31.3% | 19 | 22.1% | 56 | 29.8% |
| **Urbano** | 21 | 55.3% | 44 | 68.8% | 67 | 77.9% | 132 | 70.2% |
| **Total** | 38 | 100.0% | 64 | 100.0% | 86 | 100.0% | 188 | 100.0% |

Fuente: Encuesta aplicada en el C.S Challhuahuacho. Enero –Marzo 2017

### GRAFICO N° 1




Fuente: Encuesta aplicada en el C.S Challhuahuacho. Enero –Marzo 2017

En la tabla y figura N° 1 se observa. Del 100% de los encuestados, respecto a procedencia de los padres, el 70.2% refieren ser de procedencia urbana y el 29.8% refieren ser de procedencia rural. De los cuales de procedencia urbana, el 77.9% tienen aprobación alta, el 68.8% tienen aprobación intermedia y el 55.3% tienen aprobación baja.

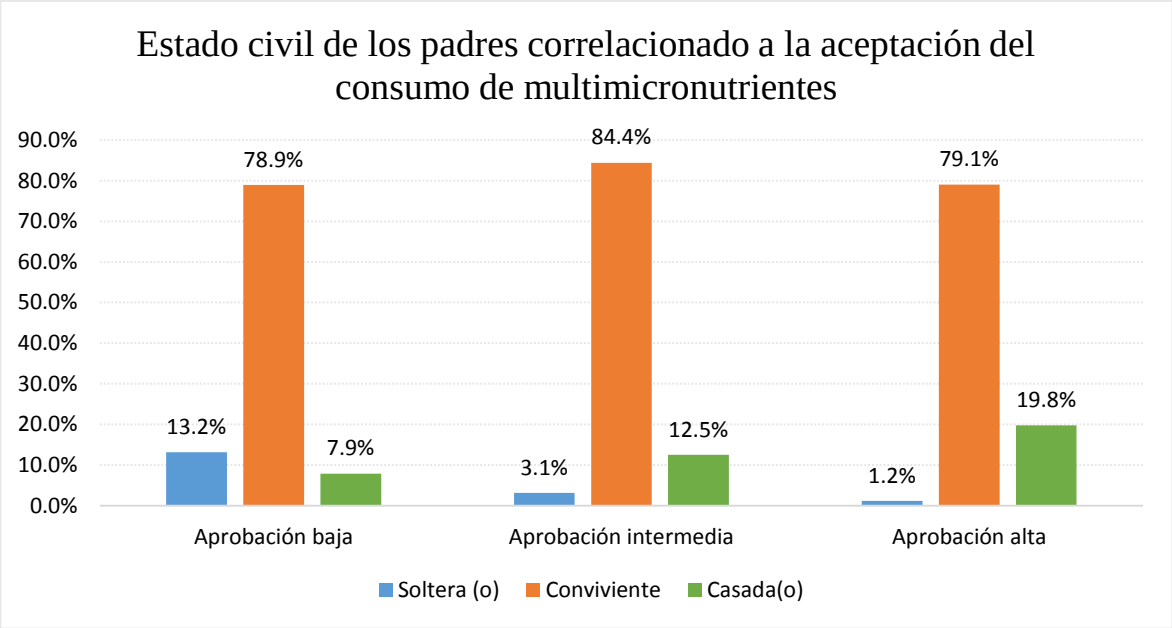
**TABLA N° 2**

*Estado civil correlacionado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 a 36 meses, Centro de Salud Challhuahuacho de Enero a Marzo 2017.*

| Estado civil de los padres | Aceptación del consumo de multimicronutrientes | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aprobación baja | | Aprobación intermedia | | Aprobación alta | | Total | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| **Soltera (o)** | 5 | 13.2% | 2 | 3.1% | 1 | 1.2% | 8 | 4.3% |
| **Conviviente** | 30 | 78.9% | 54 | 84.4% | 68 | 79.1% | 152 | 80.9% |
| **Casada(o)** | 3 | 7.9% | 8 | 12.5% | 17 | 19.8% | 28 | 14.9% |
| **Total** | 38 | 100.0% | 64 | 100.0% | 86 | 100.0% | 188 | 100.0% |

Fuente: Encuesta aplicada en el C.S Challhuahuacho. Enero –Marzo 2017

**GRAFICO N° 2**




Fuente: Encuesta aplicada en el C.S Challhuahuacho. Enero –Marzo 2017

En la tabla y figura N° 1 se observa. Del 100 % de los encuestados, respecto a estado civil de los padres, el 80.9% refieren ser convivientes, el 14.9% refieren ser casada(o) y el 4.3% refieren ser soltera(o). De los cuales del estado civil de convivientes, el 84.4% tienen aprobación intermedia, el 79.1% tienen aprobación alta y el 78.9% tienen aprobación baja.

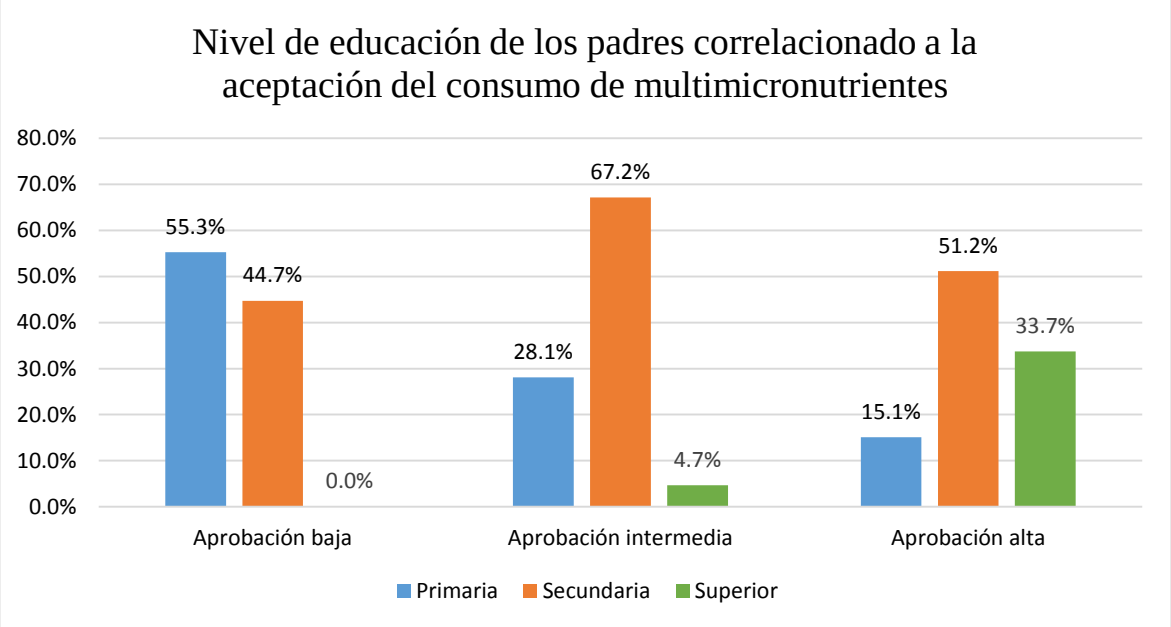
**TABLA N° 3**

*Nivel de educación correlacionado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 a 36 meses, Centro de Salud Challhuahuacho de Enero a Marzo 2017.*

| Nivel de educación de los padres | Aceptación del consumo de multimicronutrientes | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aprobación baja | | Aprobación intermedia | | Aprobación alta | | Total | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| **Primaria** | 21 | 55.3% | 18 | 28.1% | 13 | 15.1% | 52 | 27.7% |
| **Secundaria** | 17 | 44.7% | 43 | 67.2% | 44 | 51.2% | 104 | 55.3% |
| **Superior** | 0 | 0.0% | 3 | 4.7% | 29 | 33.7% | 32 | 17.0% |
| **Total** | 38 | 100.0% | 64 | 100.0% | 86 | 100.0% | 188 | 100.0% |

Fuente: Encuesta aplicada en el C.S Challhuahuacho. Enero –Marzo 2017

**GRAFICO N° 3**




Fuente: Encuesta aplicada en el C.S Challhuahuacho. Enero –Marzo 2017

En la tabla y figura N° 3 se observa. Del 100 % de los encuestados, respecto a nivel de educación de los padres, el 55.3% refieren tener secundaria, el 27.7% refieren tener primaria y el 17.0% refieren tener superior. De los cuales del nivel de educación secundaria, el 67.2% tienen aprobación intermedia, el 51.2% tienen aprobación alta y el 44.7% tienen aprobación baja.

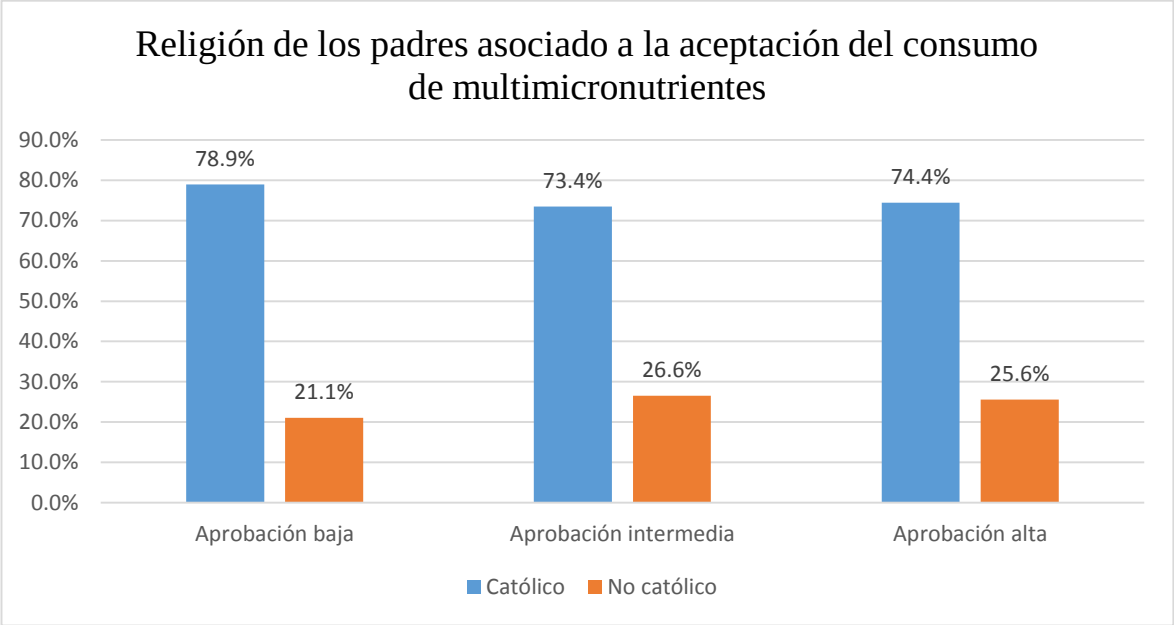
**TABLA N° 4**

*Religión asociado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 a 36 meses, Centro de Salud Challhuahuacho de Enero a Marzo 2017.*

| Religión de los padres | Aceptación del consumo de multimicronutrientes | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aprobación baja | | Aprobación intermedia | | Aprobación alta | | Total | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| **Católico** | 30 | 78.9% | 47 | 73.4% | 64 | 74.4% | 141 | 75.0% |
| **No católico** | 8 | 21.1% | 17 | 26.6% | 22 | 25.6% | 47 | 25.0% |
| **Total** | 38 | 100.0% | 64 | 100.0% | 86 | 100.0% | 188 | 100.0% |

Fuente: Encuesta aplicada en el C.S Challhuahuacho. Enero –Marzo 2017

**GRAFICO N° 4**




Fuente: Encuesta aplicada en el C.S Challhuahuacho. Enero –Marzo 2017

En la tabla y figura N° 4 se observa. Del 100 % de los encuestados, respecto a la religión de los padres, el 75.0% refieren ser católicos y el 25.0% refieren ser no católicos. De los cuales de la religión católica, el 78.9% tienen aprobación baja, el 74.4% tienen aprobación alta y el 73.4% tienen aprobación intermedia.

**TABLA N° 5**

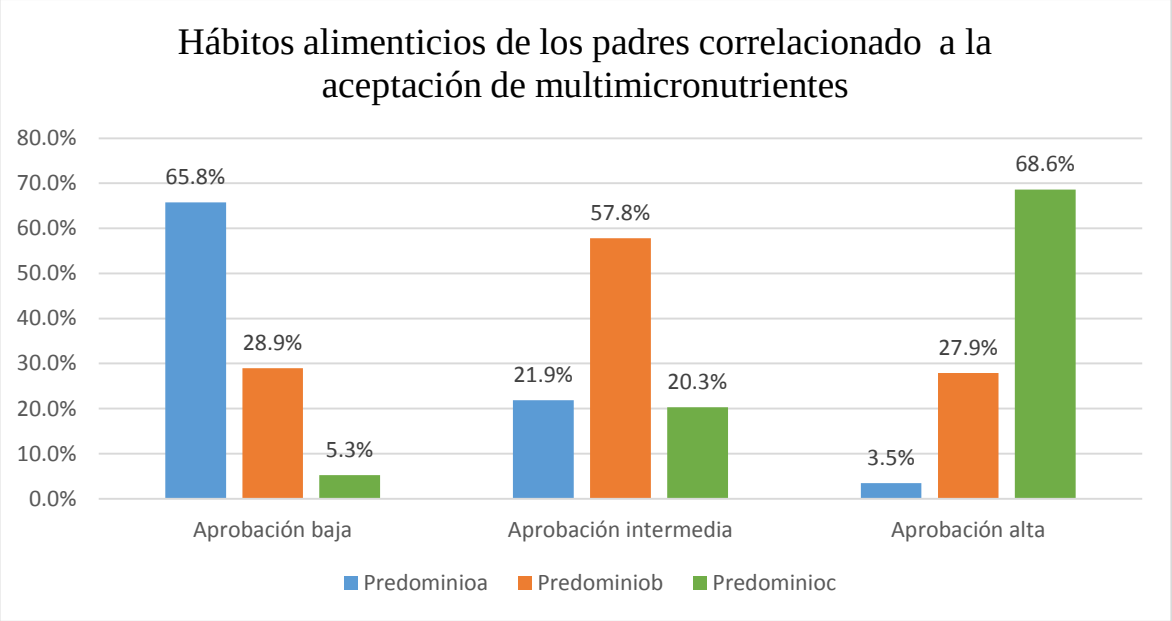
*Hábito alimenticio correlacionado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 a 36 meses, Centro de Salud Challhuahuacho de Enero a Marzo 2017.*

| Hábitos alimenticios de los padres | Aceptación del consumo de multimicronutrientes | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aprobación baja | | Aprobación intermedia | | Aprobación alta | | Total | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| **Predominio[a]** | 25 | 65.8% | 14 | 21.9% | 3 | 3.5% | 42 | 22.3% |
| **Predominio[b]** | 11 | 28.9% | 37 | 57.8% | 24 | 27.9% | 72 | 38.3% |
| **Predominio[c]** | 2 | 5.3% | 13 | 20.3% | 59 | 68.6% | 74 | 39.4% |
| **Total** | 38 | 100.0% | 64 | 100.0% | 86 | 100.0% | 188 | 100.0% |

Fuente: Encuesta aplicada en el C.S Challhuahuacho. Enero –Marzo 2017

Predominio[a]: Predominio carbohidratos, proteínas
Predominio[b] : Predominio carbohidratos, proteínas y verduras
Predominio[c]: Predominio carbohidratos, proteínas, verduras y frutas

**GRAFICO N° 5**




Fuente: Encuesta aplicada en el C.S Challhuahuacho. Enero –Marzo 2017

En la tabla y figura N° 5 se observa. Del 100 % de los encuestados, respecto a los hábitos alimenticios de los padres, el 39.4% refieren tener predominio[c,] el 38.3% refieren tener predominio[b] y el 22.3% refieren tener predominio[a]. De los cuales los hábitos alimenticios de predominio[c], el 68.6% tienen aprobación alta, el 20.3% tienen aprobación intermedia y el 5.3% tienen aprobación baja.

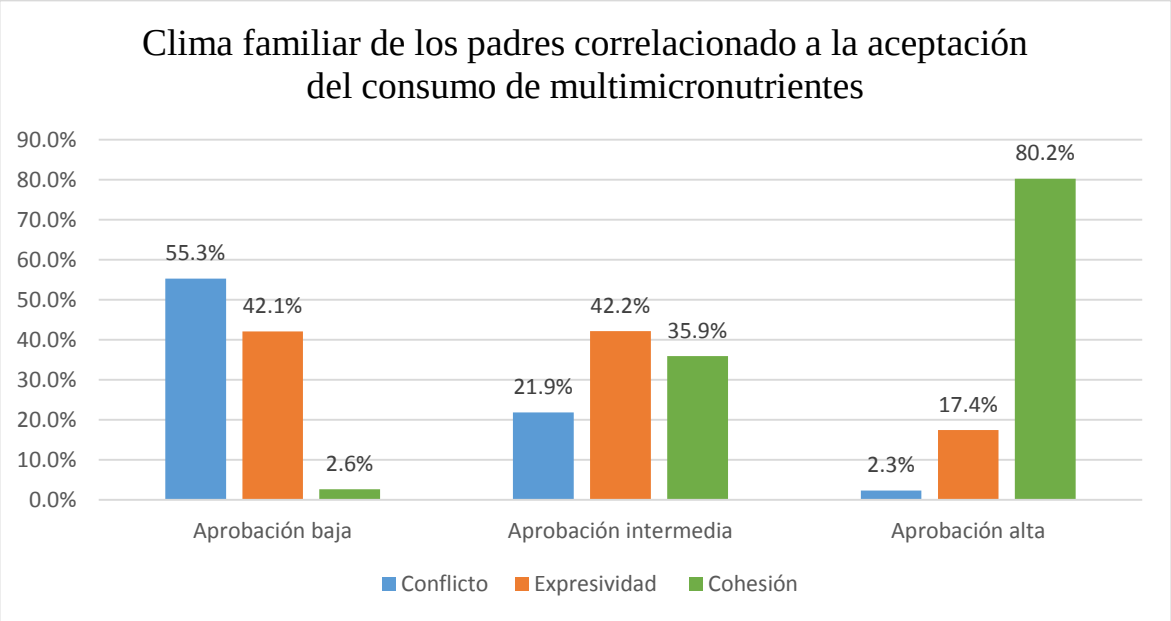
**TABLA N° 6**

*Clima familiar correlacionado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 a 36 meses, Centro de Salud Challhuahuacho de Enero a Marzo 2017.*

| Clima familiar de los padres | Aceptación del consumo de multimicronutrientes | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aprobación baja | | Aprobación intermedia | | Aprobación alta | | Total | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| **Conflicto** | 21 | 55.3% | 14 | 21.9% | 2 | 2.3% | 37 | 19.7% |
| **Expresividad** | 16 | 42.1% | 27 | 42.2% | 15 | 17.4% | 58 | 30.9% |
| **Cohesión** | 1 | 2.6% | 23 | 35.9% | 69 | 80.2% | 93 | 49.5% |
| **Total** | 38 | 100.0% | 64 | 100.0% | 86 | 100.0% | 188 | 100.0% |

Fuente: Encuesta aplicada en el C.S Challhuahuacho. Enero –Marzo 2017

**GRAFICO N° 6**




Fuente: Encuesta aplicada en el C.S Challhuahuacho. Enero –Marzo 2017

En la tabla y figura N° 6 se observa. Del 100 % de los encuestados, respecto al clima familiar de los padres, el 49.5% refieren ser de cohesión, el 30.9% refieren ser de expresividad y el 19.7% refieren ser de conflicto. De los cuales el clima familiar de cohesión, el 80.2% tienen aprobación alta, el 35.9% tienen aprobación intermedia y el 2.6% tienen aprobación baja.

## 4.2. Prueba de hipótesis

Con el objetivo de comprobar las hipótesis establecidas en la presente investigación se emplea la prueba estadística del Chi cuadrada y el tau Kendall el cual es un método útil para probar las hipótesis.

**Hipótesis N° 1**

**a. A la formulación de la hipótesis**

**H $_{O}$:** La procedencia no se asocia con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.

**H $_{1}$:** La procedencia se asocia con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.

**b. Nivel de significancia**

$\alpha = 0,05$ o 5%. Límite de error.

**c. Estadístico de prueba**

Chi cuadrado

**d. Regla de decisión**

Si: El valor $P \leq 0,05$ se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El valor $P>0,05$ valor crítico se **ACEPTA** la hipótesis nula

**e. Calculo de la prueba**

| **Prueba de chi-cuadrado** | | | |
|---|---|---|---|
| | **Valor** | **df** | **Significación asintótica (bilateral)** |
| **Chi-cuadrado de Pearson** | 6,560[a] | 2 | ,038 |
| **Razón de verosimilitud** | 6,416 | 2 | ,040 |
| **Asociación lineal por lineal** | 6,437 | 1 | ,011 |
| **N de casos válidos** | 188 | | |
| a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11.32. | | | |

**f. Decisión**

Como el valor P 0,038 es menor que 0,05 entonces se **RECHAZA LA HIPÓTESIS NULA.**

**g. Conclusión**

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación que indica que: La procedencia se asocia con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.

**Hipótesis N° 2**

**a. A la formulación de la hipótesis**

**H $_{O:}$** El estado civil de los padres no se correlaciona con la aceptación del consumo de multimicronutrientes de niños con anemia.

**H $_{1:}$** El estado civil se correlaciona con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.

**b. Nivel de significancia**

$\alpha = 0,05$ o 5%. Límite de error.

**c. Estadístico de prueba**

Tau b Kendall

**d. Regla de decisión**

Si: El valor $p \leq 0,05$ se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El valor p > valor crítico se **ACEPTA** la hipótesis nula

**e. Calculo de la prueba**

| Correlaciones | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Estado civil de los padres | Aceptación del consumo de multimicro nutrientes |
| **Tau b de Kendall** | Estado civil de los padres | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,188** |
| | | Sig. (bilateral) | . | ,006 |
| | | N | 188 | 188 |
| | Aceptación del consumo de multimicronutrientes | Coeficiente de correlación | ,188** | 1,000 |
| | | Sig.(bilateral) | ,006 | . |
| | | N | 188 | 188 |
| **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). | | | | |

**Escala de direccionalidad y de correlación de Tau b de Kendall**

| VALOR | SIGNIFICADO |
|---|---|
| 0.00 a 0.19 | Muy baja correlación |
| 0.20 a 0.39 | Baja correlación |
| 0.40 a 0.59 | Moderada correlación |
| 0.60 a 0.79 | Buena correlación |
| 0.80 a 100 | Muy buena correlación |

**f. Decisión**

Como el valor P 0,006 es menor que 0,05 entonces se **RECHAZA LA HIPÓTESIS NULA.**

**g. Conclusión**

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación que indica que: El estado civil se correlaciona significativamente con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.

**Hipótesis N° 3**

**a. A la formulación de la hipótesis**

**H $_{O}$:** El nivel de educación no se correlaciona con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.

**H $_{1}$:** El nivel de educación se correlaciona significativa con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.

**b. Nivel de significancia**

$\alpha = 0,05$ o 5%. Límite de error.

**c. Estadístico de prueba**

Tau b Kendall

**d. Regla de decisión**

Si: El valor $P \leq 0,05$ se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El valor $P > 0,05$ valor crítico se **ACEPTA** la hipótesis nula

**e. Calculo de la prueba**

| **Correlaciones** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Nivel de educación de los padres | Aceptación del consumo de multimicro nutrientes |
| **Tau b de Kendall** | Nivel de educación de los padres | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,403** |
| | | Sig. (bilateral) | . | ,000 |
| | | N | 188 | 188 |
| | Aceptación del consumo de multimicronutrientes | Coeficiente de correlación | ,403** | 1,000 |
| | | Sig.(bilateral) | ,000 | . |
| | | N | 188 | 188 |
| **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). | | | | |

**Escala de direccionalidad y de correlación de Tau b de Kendall**

| VALOR | SIGNIFICADO |
|---|---|
| 0.00 a 0.19 | Muy baja correlación |
| 0.20 a 0.39 | Baja correlación |
| 0.40 a 0.59 | Moderada correlación |
| 0.60 a 0.79 | Buena correlación |
| 0.80 a 100 | Muy buena correlación |

**f. Decisión**

Como el valor P 0,000 es menor que 0,05 entonces se **RECHAZA LA HIPÓTESIS NULA.**

**g. Conclusión**

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación que indica que: El nivel de educación se correlaciona con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.

**Hipótesis N°4**

**a. A la formulación de la hipótesis**

**$H_0$:** La religión no se asocia con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.

**$H_1$:** La religión se asocia con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres niños con anemia.

**b. Nivel de significancia**

$\alpha = 0,05$ o 5%. Límite de error.

**c. Estadístico de prueba**

Chi cuadrada

**d. Regla de decisión**

Si: El valor P ≤ 0,05 se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El valor P>0,05 valor crítico se **ACEPTA** la hipótesis nula

**e. Calculo de la prueba**

| Prueba de chi-cuadrado | | | |
|---|---|---|---|
| | **Valor** | **df** | **Significación asintótica (bilateral)** |
| **Chi-cuadrado de Pearson** | ,415[a] | 2 | ,813 |
| **Razón de verosimilitud** | ,426 | 2 | ,808 |
| **Asociación lineal por lineal** | ,190 | 1 | ,663 |
| **N de casos válidos** | 188 | | |
| a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9.50. | | | |

**f. Decisión**

Como el valor P 0,813 es mayor que 0,05 entonces se **ACEPTA LA HIPÓTESIS NULA.**

**g. Conclusión**

Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación que indica que: La religión no se asocia con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.

**Hipótesis N° 5**

**a. A la formulación de la hipótesis**

**H o:** Los hábitos alimenticios no se correlación con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.

**H 1:** Los hábitos alimenticios se correlación con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.

**b. Nivel de significancia**

α = 0,05 o 5%. Límite de error.

**c. Estadístico de prueba**

Tau b Kendall

**d. Regla de decisión**

Si: El valor P ≤ 0,05 se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El valor P >0,05 valor crítico se **ACEPTA** la hipótesis nula

**e. Calculo de la prueba**

| **Correlaciones** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Hábitos alimenticios de los padres | Aceptación del consumo de multimicro nutrientes |
| **Tau b de Kendall** | Hábitos alimenticios de loa padres | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,587** |
| | | Sig. (bilateral) | . | ,000 |
| | | N | 188 | 188 |
| | Aceptación del consumo de multimicronutrientes | Coeficiente de correlación | ,587** | 1,000 |
| | | Sig.(bilateral) | ,000 | . |
| | | N | 188 | 188 |
| **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). | | | | |

**Escala de direccionalidad y de correlación de Tau b de Kendall**

| VALOR | SIGNIFICADO |
|---|---|
| 0.00 a 0.19 | Muy baja correlación |
| 0.20 a 0.39 | Baja correlación |
| 0.40 a 0.59 | Moderada correlación |
| 0.60 a 0.79 | Buena correlación |
| 0.80 a 100 | Muy buena correlación |

**f. Decisión**

Como el valor P 0,000es menor que 0,05 entonces se **RECHAZA LA HIPÓTESIS NULA.**

**g. Conclusión**

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación que indica que: Los hábitos alimenticios se correlación con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.

**Hipótesis N° 6**

**a. A la formulación de la hipótesis**

**H o:** El clima familiar no se correlación con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.

**H 1:** El clima familiar se correlación con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.

**b. Nivel de significancia**

$\alpha = 0,05$ o 5%. Límite de error.

**c. Estadístico de prueba**

Tau b Kendall

**d. Regla de decisión**

Si: El valor $P \leq 0,05$ se **RECHAZA** la hipótesis nula.

Si: El valor $P > 0,05$ valor crítico se **ACEPTA** la hipótesis nula

**e. Calculo de la prueba**

| Correlaciones | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Clima familiar de loa padres | Aceptación del consumo de multimicro nutrientes |
| **Tau b de kendall** | Clima familiar de loa padres | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,592** |
| | | Sig. (bilateral) | . | ,000 |
| | | N | 188 | 188 |
| | Aceptación del consumo de multimicronutrientes | Coeficiente de correlación | ,592** | 1,000 |
| | | Sig.(bilateral) | ,000 | . |
| | | N | 188 | 188 |
| **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). | | | | |

**Escala de direccionalidad y de correlación de Tau b de Kendall**

| VALOR | SIGNIFICADO |
|---|---|
| 0.00 a 0.19 | Muy baja correlación |
| 0.20 a 0.39 | Baja correlación |
| 0.40 a 0.59 | Moderada correlación |
| 0.60 a 0.79 | Buena correlación |
| 0.80 a 100 | Muy buena correlación |

**f. Decisión**

Como el valor P 0,000es menor que 0,05 entonces se **RECHAZA LA HIPÓTESIS NULA.**

**g. Conclusión**

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación que indica que: El clima familiar se correlación con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.

## 4.3. Discusión de resultados

A continuación presentamos la contratación de los resultados obtenidos con los antecedentes de estudio, el marco teórico de esta investigación y la aceptación y/o rechazo de las hipótesis:

**Discusión N° 1**

**Calderón Ramírez, Roció del Pilar (2014),** en su trabajo de investigación titulada: *Anemia en el menor de tres años y factores sociodemográficos de la familia. C.S. Baños del Inca-2014.* Una de las conclusiones: en la zona rural es más prevalente la anemia leve con un 57.0% casos, mientras que en la zona urbana se muestra el 9.1% de anemia severa. Es decir a pesar que el número de casos es el mínimo en la zona urbana, es mucho más preocupante el tipo de anemia encontrada en relación a los casos encontrados en la zona rural, por lo que en este caso las madres tienen un nivel educativo más adecuado y el acceso a los alimentos necesarios para ayudar a elevar los niveles de hemoglobina, de esa manera llega a combatir la anemia adecuadamente y concluye. Al relacionar el grado de la anemia del menor de tres años y los factores socio demográfico de la familia del C.S. Baños del Inca, se encuentra que si existe relación altamente significativa entre el grado de instrucción, residencia y ocupación; así como también una relación significativa entre la edad de la madre y el ingreso económico familiar, quedando demostrado la hipótesis alterna.

**Paredes Ramírez, Eliana (2016)**, en su trabajo de investigación titulada: *Conocimientos sobre Anemia Ferropénica en Madres de Niños Menores de 1 Año que Acuden al Consultorio CRED, Hospital Tingo María, Enero – Marzo 2016.* Uno de los resultados: Según lugar de procedencia, se encontró que el 56,7% (34) procedentes de la zona urbana logran un nivel de conocimiento alto;

seguida por el 16,7% (10) logra un nivel de conocimiento intermedio y proceden de la zona urbana. Al respecto al resultado obtenido se evidencia que las madres procedentes de la zona urbana tienen mayor conocimiento sobre anemia en relación a las madres que proceden de la zona rural.

A la comparación con estudios previos, la procedencia urbana es en mayor porcentaje, respecto a la aceptación del consumo de multimicronutrientes su aprobación fue alta y no se encontró estudios precedentes para comparar la variable de aceptación. Las migraciones de familias enteras de rural a urbana se han incrementado en las últimas décadas, cuyas causas obedece por problemas sociopolíticas y además en busca de mejores oportunidades. Las personas que residen en zonas urbanas tienen mayor información, conocimientos previos por ostentar mayor nivel de educación, y por ende tienen mejor actitud de aceptación a las indicaciones médicas y paramédicas. Además, el personal de salud ejerce mayor influencia en zonas urbanas que rurales.

**Discusión N° 2**

**Calderón Ramírez, Rocío del Pilar (2014),** en su trabajo de investigación titulada: *Anemia en el Menor de Tres Años y Factores Sociodemográficos de la Familia – C.S. Baños del Inca- 2014.* Con respecto al estado civil, los resultados nos muestran que en su mayoría no se casan ya sea por falta de dinero o por costumbre o tal vez no lo desean, ya que no es para ellos no es de gran importancia estar unidos legalmente para formar una familia (…).

**Dávila Silva , Sonia** & **Flores Salazar, Luz Jacqueline(2012);** en su trabajo de investigación titulada: *Actitud de las Madres de Niños de 6 meses a 3 años Atendidos en el Centro de Salud de Ichocan Frente a la Administración de Micronutrientes según Características Sociodemográficas 2012*. En relación al

estado civil predomina la convivencia con 55,0%; luego se encontró que 30,0% son casadas; 13,3% madres solteras y 1,7% viudas. El estado civil tiene gran influencia en el estado nutricional de los hijos porque tanto las madres casadas como convivientes tienen apoyo de su esposo o pareja quién da mayor estabilidad psíquica a las madres y a los hijos y por ende a la familia.

A la comparación con estudios previos, el estado civil conviviente fue de mayor porcentaje, la cual asemejan a otros resultados y referente a la aceptación su aprobación fue intermedia. Sin embargo, no existen estudios para comparar la variable de aceptación del consumo de multimicronutrientes. Las personas en edad reproductiva de ambos sexos, al formalizar una relación de pareja y tienden priorizar la convivencia que el matrimonio en la sociedad peruana actual. Respecto a la aceptación del consumo de multimicronutrientes es sabido que, el sabor del producto genera rechazo por los niños, repercutiendo a nivel familiar la incomodidad para administrar y ocasiona la aceptación intermedia de dicho producto.

**Discusión N° 3.**

**Ocaña Anzules, Delia Cristina (2013*);*** en su trabajo de investigación titulada: *Impacto del Programa de Suplementación con Micronutrientes para Evitar Anemia en Niños de 6 meses a 2 años de edad en el Sub centro de Salud Piache, Período Enero - Junio 2013.*Se evidencia que de las 66 madres que pudieron ser encuestadas, el 34.8% terminaron la primaria, el 30.3% culminan su estudios secundarios. Además, observamos que solo 1 de las madres no ha tenido ningún nivel de estudio, por lo que decimos que no es un factor de riesgo mayor para el adecuado uso y administración de los suplementos chispita.

**Dávila Silva , Sonia** y **Flores Salazar, Luz Jacqueline(2012),** en su trabajo de investigación titulada: *Actitud de las Madres de Niños de 6 meses a 3 años Atendidos en el Centro de Salud de Ichocan Frente a la Administración de Micronutrientes según Características Sociodemográficas 2012 – Cajamarca - Perú.* Uno de los resultados, nos indican que la cifra más relevante es 35,0% (21) y 23,3% (14) de madres con grado de instrucción primaria y secundaria respectivamente quienes presentan actitud positiva frente a la administración de micronutrientes y concluye, la relación entre la actitud y las características Sociodemográficas de las madres y de acuerdo a las pruebas estadísticas existe alta relación significativa entre la actitud de las madres, edad, grado de instrucción, ocupación y estado civil.

A la comparación con estudios previos, el nivel de educación secundaria fue de mayor porcentaje, la cual asemejan a otros resultados y en cuanto a la aceptación su aprobación fue intermedia. Sin embargo, no existen estudios para comparar la variable de aceptación del consumo de multimicronutrientes. Los padres de familia con algún tipo de nivel educativo, tiene mayor grado de entendimiento, sobre el desarrollo y la buena alimentación del menor por el cual muestra mayor interés, son más responsables por la salud de sus niños. Respecto a la aceptación del consumo de multimicronutrientes, algunos padres optaran por darles a sus menores hijos los brindados en los centros de salud de forma gratuita, mientras que otros padres de familia optaran por comprar otros suplementos nutricionales que según sus conocimientos serán de mejor calidad que los brindados por los centros de salud. La cual ocasiona la aceptación intermedia de dicho producto.

**Discusión N° 4**

**Fernández Contreras, Dermaly** y **Montenegro Neira, Gisela Libeth (2013)**; en su trabajo de investigación titulada: *Factores Socioculturales del Cuidador Familiar Relacionados con el Estado Nutricional del Niño de 1 a 5 años en el Sector Magllanal- Jaén, 2013. Cajamarca – Perú.* Uno de los resultados y conclusión, describe del 100% de entrevistados, el 85.6% profesa la religión católica. Los principales factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años en su mayoría son: Madres, adultas jóvenes, de ocupación ama de casa, con educación primaria incompleta, profesan la religión católica, tienen un ingreso económico menor a un sueldo mínimo vital, viven en relación conyugal de convivencia, y creen que el consumo de la betarraga ayuda a prevenir la anemia.

**Calderón Ramírez, Roció del Pilar (2014),** en su trabajo de investigación titulada *Anemia en el Menor de Tres Años y Factores Sociodemográficos de la Familia. – C.S. Baños del Inca- 2014 Cajamarca-Perú*. Uno de los resultados y conclusiones, respecto a la religión, de 100% de entrevistados el 61.4% son católicos, y el 38.6% son no católicos. Los factores sociodemográficos de la familia del menor de tres años del C.S.Baños del Inca: en su mayoría, pertenecen al grupo etario entre 20 a 29 años de edad, la mayoría conviven con su pareja, profesan la religión católica, con primaria incompleta, residen en la zona rural, más de la mitad son amas de casa, perciben un ingreso económico menos del mínimo vital y la mayoría cuenta con más de 4 miembros en la familia.

El resultado y a la comparación con estudios previos, la religión católica es en mayor porcentaje y en cuanto a la aceptación su aprobación es baja, el cual asemejan a otros resultados previos respecto al indicador de católico. Sin embargo, no existe similitud de resultados referente a la aceptación del consumo de multimicronutrientes, hay estudios con otros variables e indicadores, como: la religión católica de cuidadores familiares está relacionado en el estado nutricional de niño y creen que el consumo de betarraga ayuda a prevenir la

anemia. En consideración del resultado, comparación y a la contratación de la hipótesis se decide que, no existe asociación entre la religión de los padres y la aceptación del consumo de multimicronutrientes de niños con anemia.

**Discusión N° 5**

**Guáitara Muñiz, Daniela Elizabeth (2011) ,** en su trabajo de investigación titulado*: Hábitos Alimentarios en Niños y Niñas de 12 a 60 Meses de Edad de los Centros Infantiles del Buen Vivir de la Parroquia Conocoto- DMQ y su Relación con el Estado Nutricional en el Primer Semestre de 2011*.Cuyo resultado y conclusión: El patrón alimentario de la población en estudio está basada en la ingesta de carbohidratos especialmente cereales (98.9%), como también proteínas de origen animal (carnes en un 98.3%), el consumo de verduras (82.1%) es más escaso. En cuanto al consumo de alimentos ricos en hierro los infantes los consumen en un 74%, correspondientes a leguminosas (46%), frutas y verduras (38%) y carnes (16%).

A la comparación con estudios previos, los hábitos alimenticios con predominio de carbohidratos, proteínas, verduras y frutas fue de mayor porcentaje, la cual asemeja a otro resultado y en cuanto a la aceptación su aprobación fue alta. La capacidad adquisitiva de los alimentos las familias en zonas mineras es mejor. Las familias en zonas mineras tienen mejor capacidad adquisitiva de los alimentos, en su gran mayoría cuentan con buenos ingresos económicos, por ende adquieren mejores hábitos alimenticios, como son el consumo completo de alimentos necesarios para proporcionar todos los nutrientes que nuestro cuerpo y las células necesitan para aumentar la producción de energía y recuperar la energía perdida, así mismo prevenir y mantener nuestra salud. Respecto a la aceptación del consumo de multimicronutrientes hay una correlación altamente significativa.

**Discusión N° 6**

***Ángel Rodríguez González y Ginesa Torrente Hernández,*** en el boletín informe titulado: Interacción Familiar y Conducta Antisocial. Una de las

conclusiones, respecto al clima familiar son los datos más relevantes en esta investigación, corroborados en numerosos estudios: la cohesión, es decir, los lazos emocionales fuertes entre los miembros de la familia parecen favorecer la adaptación social, entre otras razones porque permiten la transmisión de pautas y normas culturales de padres a hijos.

A la comparación con el estudio previo, el clima familiar de cohesión fue de mayor porcentaje, la cual asemeja a otro resultado y en cuanto a la aceptación su aprobación fue alta. Sin embargo, no existe similitud de resultados referente a la aceptación del consumo de multimicronutrientes y en consecuencia es un hallazgo nuevo entre las dimensiones de clima familiar y la aceptación. Cuando dentro de la familia los hijos crecen con normas como una misma hora de comida, todos juntos en la mesa, un estilo de vida saludable, de seguro lo seguirán haciendo en su vida de adultos, una familia que trata de comer unida, seguramente tendrá mejores relaciones, más confianza, unión y sobre todo respeto permitiendo tener un buen ánimo, y respecto al consumo de multimicronutrientes tendrán una aceptación alta.

# CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## CONCLUSIONES

1. La procedencia de los padres fueron: el 70.2% urbana y el 29.8% rural. La aceptación del consumo de multimicronutrientes fueron: el 77.9% aprobación alta, el 68.8% aprobación intermedia y el 55.3% aprobación baja. La característica sociocultural de procedencia y la aceptación al consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia estuvo asociado significativamente según la prueba estadística.
2. El estado civil de los padres fueron: el 80.9% convivientes, el 14.9% casadas(os) y el 4.3% solteras(os). La aceptación de consumo de multimicronutrientes fueron: el 84.4% aprobación intermedia, el 79.1% aprobación alta y el 78.9% aprobación baja. La característica sociocultural de estado civil y la aceptación al consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia fue de muy baja correlación según la prueba estadística.
3. El nivel de educación de los padres fueron: el 55.3% secundaria, el 27.7% primaria y el 17.0% superior. La aceptación de consumo de multimicronutrientes fueron, el 67.2% aprobación intermedia, el 51.2% aprobación alta y el 44.7% aprobación baja. La característica sociocultural de nivel de educación y la aceptación al consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia fue de moderada correlación según la prueba estadística.
4. La religión de los padres familia fueron: el 75.0% católicos y el 25.0% no católicos. La aceptación del consumo de multimicronutrientes fueron: el 78.9% aprobación baja, el 74.4% aprobación alta y el 73.4% aprobación intermedia.

La característica sociocultural de la religión y la aceptación al consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia no estuvo asociado significativamente según la prueba estadística.

5. Los hábitos alimenticios de los padres de familia fueron: el 39.4% predominio de carbohidratos, proteínas, verduras y frutas el 38.3% predominio de carbohidratos, proteínas y verduras y el 22.3% predominio de carbohidratos y proteínas. La aceptación del consumo de multimicronutrientes fueron: el 68.6% aprobación alta, el 20.3% aprobación intermedia y el 5.3% aprobación baja. La característica sociocultural de hábitos alimenticios y la aceptación al consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia fue de moderada correlación según la prueba estadística.
6. El clima familiar de los padres de familia fueron: el 49.5% cohesión, el 30.9% y el 19.7% conflicto. La aceptación del consumo de multimicronutrientes fueron: el 80.2% tienen aprobación alta, el 35.9% aprobación intermedia y el 2.6% aprobación baja. La característica sociocultural de clima familiar y la aceptación al consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia fue de moderada correlación según la prueba estadística.

## RECOMENDACIONES

1. A responsables CRED, agente comunitario en coordinación con los centros de salud brindar mayor información en importancia y beneficio del consumo de multimicronutrientes en las zonas rurales.
2. A las Enfermeras del centro de salud Challhuahuacho. Proponer estrategias preventivas promocionales que garanticen el correcto consumo de los multimicronutrientes, como el diseño de un recetario, con comidas en los que el niño no sienta el sabor, siguiendo los pasos de la preparación y administración correcta para optar una alta aprobación en la aceptación del consumo de multimicronutrientes.
3. Que se fortalezca las acciones educativas acerca de la prevención y consecuencias de la anemia ferropénica a través de un diseño de promoción y prevención orientado a las madres que asisten a la consulta de CRED y comunidad en general.
4. A la enfermera responsable del Programa de Atención Integral del Niño para que junto con el equipo multidisciplinario fortalezca el trabajo en la prevención de la anemia ferropénica que es un problema en aumento en niños menores de tres años ,promoviendo hábitos alimenticios ricas en hierro para lograr cambios significativos.
5. A las Enfermeras del centro de salud Challhuahuacho. Desarrollar programas o talleres de orientación a los padres de familia y/o miembro de la familia encargado de la crianza de los niños para generar un clima familiar con alto porcentaje de cohesión, expresividad y resolución de conflictos. Considerando que estas áreas influyen directamente al desarrollo social del niño.

# BIBLIOGRAFÍA


1. Acosta M. Evaluacion de la aceptabilidad de un producto de fortificacion alimentaria con Polvo de Micronutrientes en niños menores de 5 años de un Centro Infantil. Tesis. Pontificia Universidad Catolica del Ecuador; 2014.

2. Carpio Torres , Laurencio Gomero J, Vergara Peña F. Teoria de Nola Pender : Promocion de la Salud. Tesis. Chimbote: Universidad San Pedro; 2011.

3. Redaccion Onmeda. http://www.onmeda.es/enfermedades/anemia-definicion-1341-2.html. [Online].; 2016 [cited 2016 Diciembre 24. Available from: http://www.onmeda.es/enfermedades/anemia-definicion-1341-2.html.

4. Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/elena/titles/micronutrientpowder_infants/es/. [Online].; 2015 [cited 2016 Diciembre 21. Available from: http://www.who.int/elena/titles/micronutrientpowder_infants/es/.

5. Azúles Médicas. El Canal de la Salud en Colombia. [Online].; 2017. Available from: https://blog.azulesmedicas.com/anemia-una-enfermedad-de-salud-publica/.

6. Pita Rodríguez G, Jiménez Acosta S. La anemia por deficiencia de hierro en la población infantil de Cuba. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 2011 Febrero; I(2).

7. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Plan sectorial para contribuir con la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Anemia en niñas y niños menores de 36 meses, 2017 - 2021. [Online].; 2017 [cited 2017 Junio 29.

8. Ministerio de Salud INdS. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%2520FINAL_v.03mayo2015.pdf. [Online].; 2015 [cited 2016 Diciembre 21. Available from: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%2520FINAL_v.03mayo2015.pdf.

9. A. Acerca del concepto de adherencia terapeutica. Scielo. 2004 Abril; XXX(http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0864-34662004000400008&caller=scielo.sld.cu&lang=es).

10. Ocaña Anzules DC. Impacto del Programa de Suplementación con Micronutrientes para Evitar Anemia en Niños de 6 meses a 2 años de edad en el Sub centro de Salud Piache, Período Enero - Junio 2013. Tesis Pre - Grado. Piache: Universidad Técnica de Ambato Facultad de Ciencias de la SAlud Carrera de Medicina, Ecuador; 2014.

11. Reboso Pérez. Revista Cubana de Salud Pública. [Online].; 2005 [cited 2016 Diciembre 27. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400007.

12. Carrizo LR. Universidad Nacional de Còrdoba Facultad de Ciencias Mèdicas. [Online].; 2012 [cited 2017 Julio 18. Available from: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Carrizo_luis_ruben.pdf.

13. Villafuerte JM. Evaluación del impacto de los multimicronutrientes en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2013 Abril; 30(2).

14. Sencia Oscco EV, Vargas Gil DM. Universidad Privada Norbert Wiener Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académico Profesional de Enfermería. [Online].; 2016 [cited 2017 Julio 8. Available from: http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/41646/1/T061_43663599_T.pdf.

15. Hinostroza Felipe M. UNMSM Facultad de Medicina E.A.P. de Nutrición. [Online].; 2015 [cited 2016 Enero 5. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4226/1/Hinostroza_fm.pdf.

16. Paredes Ramirez. Universidad de Huanuco. [Online].; 2016 [cited 2016 Diciembre 22. Available from: http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/204.

17. Carrión Huanacuni K. Factores que Influyen en el Consumo de Multimicronutrientes, en Niños (As) De 6 A 35 meses, Establecimiento De Salud Acora I – 4, Puno 2014. Tesis Pre - Grado. Acora: Universidad Nacional del Antiplano F acultad de Enfermería Escuela Profesional de Enfermería, Puno; 2015.

18. Erazo Sáenz AV, Gómez Tuesta LD. Repositorio Institucional Digital. [Online].; 2016 [cited 2017 Enero 6. Available from: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/4090.

19. Dávila Silva S, Flores Salazar J. Actitud de las madres de niños de 6 meses a 3 años atendidos en el centro de salud de Ichocan frente a la administración de micronutrientes según Características sociodemográficas 2012. Tesis Pre- Grado. Ichocan: Universidad Nacional de Cajamarca Facultad Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Enfermería, Cajamarca; 2013.

20. Paredes Huamán JG, Peña López À. Universidad Nacional de Huancavelica Facultad de Enfermerìa. [Online].; 2014 [cited 2017 Julio 18. Available from: http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/814/TP%20-%20UNH.%20ENF.%200019.pdf?sequence=1.

21. Lazarte Avalos AG. Universidad de Huànuco Escuela de Post Grado. [Online].; 2017 [cited 2017 Julio 18. Available from: http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/316/OKK%20TESIS%20VERSIONAL%20FINAL%20ANA%20LAZARTE%20MAESTRIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

22. Huamán Espino , Pablo Aparco J, Nuñez Robles E, Gonzáles E, Pillaca J, Mayta Tristán P. Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas® y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2012 Julio-

Setiembre; XXIX(3).

23. Pérez Cruz I, Fernández Bermúdez A. Investigaciones Socioculturales desde la Antropología. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Misiones Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales; 2008.

24. Pérez Cruz I, Fernández Bermúdez A. Investigaciones Socioculturales desde la Antropología. ; 2008.

25. Antón M. Aportaciones de la teoria sociocultural al estudio de la adquisición del español como segunda lengua. [Online].; 2010 [cited 2017 Enero 8. Available from: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3897521.pdf.

26. Moguer Foncubierta M. Pesares y sentimientos. [Online].; 2007 [cited 2017 Enero 7. Available from: http://mjomog7.blogspot.pe/2007/10/definicin-de-sociocultural.html.

27. Definición ABC tu diccionario hecho fácil . Definición sociocultural. [Online].; 2017 [cited 2017 Julio 17. Available from: https://www.definicionabc.com/social/sociocultural.php.

28. Oros Arias J. La captura del Apu Kuntur para el Toro. Tesis de Pre Grado. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Facultad de Ciencias Sociales; 2014.

29. Biblioteca Naciones Unidas Mèxico. La experiencia latinoamericana en los censos de población de 1970 y orientaciones para los censos de 1980. Comisión Económica para América Latina. Mèxico: Biblioteca Naciones Unidas Mèxico, Naciones Unidas; 1978.

30. Bolaños Valdez L, Jara Rojas E. Clima Social Familiar y Resilencia en los estudiantes del segundo al quinto año del nivel secundario de la Institución Educativa Aplicacón. Tesis Pregrado. Loreto: Universidad Peruana Unión, San Mrtin; 2016.

31. Significados, descubrir lo que significa, concepto. Significado de cultura. [Online].; 2017 [cited 2017 Julio 17. Available from: https://www.significados.com/cultura.

32. Hinostroza H. Historia de la Nutición en America Latina. [Online].; 1992 [cited 2017 Febrero 2. Available from: https://es.scribd.com/document/227535501/Historias-de-la-nutricion-en-America-Latina#.

33. Roth RA. Nutricón y dietoterapia. Novena ed. S.A. dCV, editor. Mexico: Javier de León Fraga; 2009.

34. Calderón Ramírez RdP. Anemia en el Menor de Tres Años y Factores Sociodemográficos de la Familia. – C.S. Baños del Inca- 2014. Tesis preegrado. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca Facultad de Ciencia de la Salud Escuela Académico Profesional de Enfermería., Cajamarca; 2014.

35. Fernández Contreras D, Montenegro Neira GL. Factores Socioculturales del Cuidador Familiar Relacionados con el Estado Nutricional del Niño de 1 a 5 años en el Sector Magllanal- Jaén, 2013. Tesis Preegrado. Jaén: Universidad Nacional de Cajamarca Facultad de Ciencia de la Salud Escuela Académico Profesional de Enfermería.,

Cajamarca; 2014.

36. Moreira VF, López San Román A. Anemia ferropénica. Tratamiento. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2009 Octubre; 101(01).

37. Pita Rodríguez G, Basabe Tuero B, Jiménez Acosta , Mercader Camejo. La anemia aspectos nutricionales conceptos actualizados para su prevención y control. Primera ed. Cuba: Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos; 2007.

38. Martín. webcosultas tu centro medico online. [Online].; 2016 [cited 2016 diciembre 25. Available from: http://www.webconsultas.com/anemia/tipos-de-anemia-268.

39. Medline Plus. https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000560.htm. [Online].; 2016 [cited 2016 Diciembre 26. Available from: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000560.htm.

40. Nutrición y dietética. Micronutrientes. [Online].; 2009 [cited 2017 Julio 4. Available from: http://nutricinydietetica-unefapc-glicedis.blogspot.pe/2009/04/micronutrientes.html.

41. Soria de Claros A. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752004000300011. [Online].; 2004 [cited 2016 Diciembre 27. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752004000300011.

42. Sprinkles Global Health Initiative. file:///C:/Users/CARSA/Downloads/Guia%20de%20Informacion%20para%20uso%20de%20multimicronutrientes%20(2).pdf. [Online].; 2010 [cited 2016 Diciembre 30. Available from: file:///C:/Users/CARSA/Downloads/Guia%20de%20Informacion%20para%20uso%20de%20multimicronutrientes%20(2).pdf.

43. Ministerio de Salud. http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/suplementacion.html. [Online].; 2015 [cited 2016 Diciembre 30. Available from: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/suplementacion.html.

44. Organizacion mundial de la Salud ( VMNIS). http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/. [Online].; 2008 [cited 2016 Diciembre 21. Available from: http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/.

45. Dr. José A. Ponce Cevallos. Infancia y Salud. [Online].; 2015 [cited 2016 Diciembre 23. Available from: http://www.geosalud.com/pediatria-atencion-infantil/anemia.htm.

46. Antonio Ortega F P. Revista Chilena de Nutricion. [Online].; 2012 [cited 2016 Diciembre 22. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182012000300002.

47. Serrano Arias G. Repositorio Institucional. [Online].; 2011 [cited 2016 Diciembre 22.

Available from: http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/4151.

48. Selva Suárez LN. Revista Cubana de Salud Pública. [Online].; 2011 [cited 2016 Diciembre 22. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000300003.

49. Sick kids. http://www.aboutkidshealth.ca/En/HealthAZ/Multilingual/ES/Pages/Anemia.aspx. [Online].; 2004-2016 [cited 2016 Diciembre 23. Available from: http://www.aboutkidshealth.ca/En/HealthAZ/Multilingual/ES/Pages/Anemia.aspx.

50. Flores Bendezú. Anales de la Facultad de Medicina. [Online].; 2015 [cited 2016 Diciembre 22. Available from: http://www.redalyc.org/pdf/379/37941081005.pdf.

51. Articulos H. http://articulos.sld.cu/hematologia/archives/1673. [Online].; 2011 [cited 2016 Diciembre 24. Available from: http://articulos.sld.cu/hematologia/archives/1673.

52. Mejia Salas H. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752004000300011. [Online].; 2004 [cited 2016 Diciembre 27. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752004000300011.

53. JULIO CC. ESCALA LIKERT. [Online].; 2016 [cited 2017 JULIO 01. Available from: https://es.slideshare.net/Manchas44/escala-de-likert-66818914.

54. Bembribe V. Definicion ABC. [Online].; 2009 [cited 2017 Enero 3. Available from: https://www.definicionabc.com/general/caracteristicas.php.

55. Velásquez Valdivia A. Resolucion ministerial. [Online].; 2016 [cited 2016 Diciembre 30. Available from: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_055-2016-MINSA.pdf.

56. [Online]. [cited 2017 Julio 15. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Escala_Likert.

57. National Heart Lung and Blood Institute. https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/blood/anemia-inbrief_yg_sp.pdf. [Online].; 2011 [cited 2016 Diciembre 12. Available from: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/blood/anemia-inbrief_yg_sp.pdf.

58. Bocanegra Vargas SB. http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4174/1/Bocanegra_Vargas_Spassky_2014.pdf. [Online].; 2014 [cited 2016 Diciembre 22. Available from: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4174/1/Bocanegra_Vargas_Spassky_2014.pdf.

59. Huamán Espino. Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas® y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Perú. Revista Peruana de Medicina

Experimental y Salud Publica. 2012 Julio-Setiembre; XXIX(3).

60. Antón M..

61. Ministerio de Salud. Directiva sanitaria para la Prevención de Anemia mediante la Suplementacion con Micronutrientes y Hierro en niñas y niños menores de 36 meses. Primera ed. Pública DGdIEes, editor. Lima: Burcon Impresores y Derivados SAC; 2016.

62. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria que Establece la suplementacion con Multimicronutrientes y Hierro para la Prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses. Primera ed. Lima; 2014.

63. Ministerio de Salud. 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 ed. S.r.l. k, editor. Lima; 2016.

64. Acosta M. Evaluacion de la aceptabilidad de un producto de fortificacion alimentaria con Polvo de Micronutrientes en niños menores de 5 años de un Centro Infantil. [Tesis]. Pontificia Universidad Catolica del Ecuador; 2014. Report No.: http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7924/Tesis%20final%20pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

65. Martin A. Acerca del concepto de adherencia terapeutica. Scielo. 2004; XXX(http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008).

# AXEXOS

## ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

| **TITULO:"**Características socioculturales asociados a aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 – 36 meses, Centro de Salud Challhuahuacho, Enero – Marzo 2017**"** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **PROBLEMA** | **OBJETIVO** | **HIPÓTESIS** | **VARIABLE E INDICADORES** | **METODOLOGÍA** |
| **PROBLEMA GENERAL**<br>¿Cuáles la asociación entre las características socioculturales y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de familia de niños con anemia entre 6 a 36 meses de edad en el Centro de Salud Challhuahuacho, durante los meses de enero a marzo 2017?<br>**PROBLEMAS ESPECÍFICOS:**<br>**1.** ¿Cuál es la asociación entre la procedencia y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia?<br>**2.** ¿Cuál es la correlación entre el estado civil y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por | **OBJETIVO GENERAL**<br>Identificar la asociación entre las características socioculturales y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de familia de niños con anemia entre 6 a 36 meses de edad en el Centro de Salud Challhuahuacho, durante los meses de enero a marzo 2017.<br>**OBJETIVO ESPECÍFICOS:**<br>**1.** Explicar la asociación entre la procedencia y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.<br>**2.** Explicar la correlación entre el estado civil y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por | **HIPÓTESIS GENERAL**<br>Las características socioculturales está asociado a la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 a 36 meses de edad en el Centro de Salud Challhuahuacho, durante los meses de enero a marzo del 2017.<br>**HIPÓTESIS ESPECIFICAS:**<br>**1.** La procedencia se asocia con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.<br>**2.** El estado civil se correlaciona con la aceptación del consumo | **VARIABLE INDEPENDIENTE**<br>Características socioculturales<br>• Rural<br>• Urbano<br>• Soltera(o)<br>• Conviviente<br>• Casada(o)<br>• Primaria<br>• Secundaria<br>• Superior<br>• Católico<br>• No católico | **TIPO Y NIVEL**<br>Descriptivo, correlacional y transversal.<br>**POBLACIÓN**<br>188 padre o madre de familia de niñas(os) con anemia de 6 a 36 meses de edad acuden al control de CRED.<br>**MUESTRA**<br>No probabilístico y por conveniencia al 100%.<br>**TÉCNICA**<br>La encuesta<br>**INSTRUMENTO** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| padres de niños con anemia?<br>**3.** ¿Cuál es la correlación entre el nivel de educación y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia?<br>**4.** ¿Cuál es la asociación entre la religión y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia?<br>**5.** ¿Cuál es la correlación entre hábitos alimenticios y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia?<br>**6.** ¿Cuál es la correlación entre el clima familiar y la aceptación de consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia? | padres de niños con anemia.<br>**3.** Explicar la correlación entre el nivel de educación y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.<br>**4.** Explicar la asociación entre la religión y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.<br>**5.** Explicar la correlación entre hábitos alimenticios y la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.<br>**6.** Explicar la correlación entre el clima familiar y la aceptación de consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia. | de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.<br>**3.** El nivel de educación se correlaciona con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.<br>**4.** La religión se asocia con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.<br>**5.** El hábito alimenticio se correlaciona con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia.<br>**6.** El clima familiar se correlaciona con la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia. | • Predominio de carbohidratos y proteínas<br>• Predominio de carbohidratos, proteínas y verduras<br>• Predominio de carbohidratos, proteínas , verduras y frutas<br>• Conflicto<br>• Expresividad<br>• Cohesión<br>**VARIABLE DEPENDIENTE**<br>Aceptación de consumo de multimicronutrientes<br>• Aprobación baja<br>• Aprobación intermedia<br>• Aprobación alta | El cuestionario de encuesta<br>**VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**<br>Alfa Cronbach<br>**ESTADÍSTICA**<br>No paramétrica<br>SPSS versión 24<br>Tau de Kendall<br>Chi cuadrada |

## ANEXO 2: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

| VARIABLES DE ESTUDIO: Características socioculturales asociados a aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de niños con anemia entre 6 – 36 meses, Centro de Salud Challhuahuacho, Enero – Marzo 2017**.** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **DEFINICIÓN CONCEPTUAL** | **DIMENSIONES** | **INDICADORES** | **DEFINICIÓN OPERACIONAL** | **VALOR FINAL** |
| **CARÁCTERÍSITICA SOCIOCULTURAL**<br>Es una relación entre lo social y lo cultural interrelacionados, entrelazándose interdependientes realidad sociocultural que integra sociedad y cultura, y por tanto política, economía, etc. | • Procedencia | • Rural<br>• Urbano | Situación de lugar de nacimiento de la madre o padre de familia que acompaña al control de crecimiento del niño(a). | 188 instrumentos aplicados. |
| | • Estado civil | • Soltera(o)<br>• Conviviente<br>• Casada (o) | Situación del estado civil de la madre o padre de familia que acompaña al control del niño(a). | 6 tablas de resultados para su análisis. |
| | • Nivel de educación | • Primaria<br>• Secundaria<br>• Superior | Situación de nivel de educación de la madre o padre que acompaña al control de crecimiento del niño(a) | 6 descripciones, prueba de hipótesis, discusión de resultados, formulación de conclusiones y recomendaciones. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **ACEPTACIÓN DEL CONSUMO DE MULTIMICRONUTRIENTES**<br><br>Hace referencia a la acción y efecto de aceptar. Este verbo, a su vez, está relacionado con aprobar o admitir, dar por bueno o recibir algo de forma voluntaria y sin oposición. | • Religión | • Católico<br>• No católico | Situación de religiosidad de la madre de familia que acompaña al control de crecimiento del niño(a). | |
| | • Hábitos alimenticios<br>• Clima familiar | • Predominio de carbohidratos<br>• Predominio de carbohidratos y carnes<br>• Predominio de carbohidratos, carnes, verduras y frutas | Situación del tipo de alimentos del consumo usual de la familia que responde la madre al cuestionario de encuesta. | |
| | | • Conflicto<br>• Expresividad<br>• Cohesión | Situación de clima familiar de los padres de familia con sus hijos. | |
| | | • Aprobación baja<br>• Aprobación intermedia<br>• Aprobación alta | | |

## ANEXO 3: INSTRUMENTO

C:

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES**

**CUESTIONARIO DE ENCUESTA**

Señora madre de familia, la presente es anónima tiene el objetivo **identificar las características socioculturales que están asociados a la aceptación del consumo de multimicronutrientes por padres de familia de niños de Challhuahuacho.** Lea atentamente y marque una sola respuesta con aspa. Su contribución permitirá solucionar problemas de los niños Challhuahuacho**.**

| **N° DE HISTORIA CLÍNICA**:…… | **EDAD DE NIÑA(O)**……(**Meses)** |
|---|---|

**PREGUNTAS**

1. **¿Dónde vive usted y su familia?**
   a) Comunidad de:……
   b) Barrio de:…….

2. **¿Cuál es su estado civil?**
   a) Sotera(o)
   b) Conviviente
   c) Casada (o)

3. **¿Qué nivel de educación tiene usted?**
   a) Primaria
   b) Secundaria
   c) Superior

4. **¿Qué religión practica usted?**
   a) Católica
   b) No católica

5. **¿Qué productos utiliza al preparar la comida a diario y casi siempre?**
   a) Papas, chuño, fideos y maíz y carnes para el desayuno, almuerzo y cena
   b) Papas, chuño, fideos, maíz y carnes y verduras para el desayuno, almuerzo y cena
   c) Papas, habas, chuño, fideos, maíz, carnes, verduras y frutas para el desayuno, almuerzo y cena

6. **En su hogar como se lleva con los miembros de familia**
   a) En mi familia entre mis hijas (os) y nosotros no nos llevamos bien
   b) En mi familia entre mis hijas (os) y nosotros respetamos las opiniones
   c) En mi familia entre mis hijas (os) y nosotros nos llevamos bien

7. **Según su experiencia de dar las chispitas a su niña o niño ¿Qué reacción tiene usted al recibir los sobres en las siguientes veces que le entregan en la posta?**

   a) Aprobación baja
   b) Aprobación intermedia
   c) Aprobación alta

**Gracias por su apoyo**

## ANEXO 4: COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD

## PRUEBA DE ALFA CROMBACH DEL INSTRUMENTO DE CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A LA ACEPTACIÓN DEL CONSUMO DE MULTIMICRONUTRIENTES POR PADRES DE NIÑOS CON ANEMIA ENTRE 6 A 36 MESES DE EDAD.

Por medio de alfa Cronbach, que tiene como finalidad hasta qué punto un instrumento permite evaluar o diagnosticar una determinada realidad como fiable, evaluamos la fiabilidad que tiene nuestro instrumento midiendo lo que se marcó como objetivo a medir. El alfa de Cronbach es uno de los coeficientes más utilizados a la hora de establecer una escala y está basado en una consistencia interna de la misma.

Se considera que el instrumento de una encuesta es válido cuando el alfa de Cronbach supera 0.65 (Cronbach, L. J. Essential of Psychologycal Testing, cuarta edición, Harper y Row, nueva york, 1984).Nuestro instrumento aplicado fue procesado por el paquete estadístico SPSS v. 24, obteniendo el siguiente resultado.

### RESUMEN DE PROCESAMIENTO DE CASOS

| | | N | % |
|---|---|---|---|
| Casos | **Válido** | 20 | 100,0 |
| | **Excluido(a)** | 0 | ,0 |
| | **Total** | 20 | 100,0 |

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

### ESTADÍSTICAS DE FIABILIDAD

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|---|---|
| ,795 | 7 |

Fuente: Encuesta Pilot

## ANEXO 5: FOTOS

CENTRO DE SALUD
CHALHUAHUACHO
AMBULANCIA
PERU
E UD-064
PERU
E UC-015

Anemia por deficiencia de hierro
Carnes rojas, sangrecita, bazo, higado