

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL NIVEL
DE CONOCIMIENTO EN LA PREVENCIÓN DE ANEMIA
FERROPÉNICA DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS DE 06 A 23
MESES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO
HUANCAYO ESSALUD 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO,
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACIÓN DE LA PRIMERA
INFANCIA**

**ANA MARIA AQUINO GUTIERREZ
DANITZA GORA FLORES**

**Callao, 2018
PERÚ**

AUTORAS:

**ANA MARIA AQUINO GUTIERREZ
DANITZA GORA FLORES**

DEDICATORIA

A Dios por darme una oportunidad más de vida y seguir con lo propuesto.

A mis padres María y Obidolio por su apoyo incondicional.

A mis hijos Guillermo y Said por ser mi fortaleza aun cuando la adversidad estuvo en nuestros caminos.

A Juan Flores, por llenar mi vida de felicidad constante.

A Dios por darme la fortaleza de continuar luchando cuando eh estado a punto de rendirme.

A mis padres, por su sacrificio, esfuerzo por ser fuente de motivación y ejemplo para poder superarme día a día, por sus palabras de aliento para ser perseverante y cumpla con mis ideales.

*A mis hermanos y sobrino por brindarme su compañía, por permitirme disfrutar de lo hermoso de la vida y que todo es posible si estamos
unidos.*

AGRADECIMIENTO

A Dios, por su infinita bondad que tiene para con nosotras, de darnos la vida con millones de oportunidades de mirar siempre adelante.

A nuestros padres por sus ejemplos de perseverancia y lucha diaria en la vida.

A nuestras colegas de trabajo que con sus sentimientos de egoísmo y celos hacia nosotras nos impulsaron a escalar profesionalmente.

A nuestra coordinadora Dra. YRENE BLAS SANCHO por su apoyo en este proceso de Titulación de la segunda especialidad profesional.

A nuestros docentes, por ser guías en los procesos de enseñanza aprendizaje.

Finalmente, agradecemos a la prestigiosa Universidad Nacional del Callao por darnos la oportunidad de una formación de calidad.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO	Presidenta
MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN	Secretario
MG. CONSTANTINO MIGUEL NIEVES MARRETO	Vocal

ASESORA: MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN

N° DE LIBRO: 003

N° DE FOLIO: 39

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 149

Fecha de aprobación de la Tesis: 24/11/2018

Resolución de Decanato N° 1452 - 2018-CF/FCS de fecha 24 de Noviembre del 2018 de designación de Jurado Examinador de Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. AQUINO GUTIERREZ ANA MARIA

LIC. GORA FLORES DANITZA

ÍNDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.2.1. Problema General.....	11
1.2.2. Problemas Específicos	11
1.3. Objetivos	12
1.3.1. Objetivo General	12
1.3.2. Objetivos Específicos.....	12
1.4. Limitantes de la investigación	12
1.4.1. Limitante temporal.....	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	14
2.1. Antecedentes	14
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	14
2.2.2. Antecedentes Nacionales	15
2.2.1. Teórico.....	19
2.2.2. Conceptual	26
CAPÍTULO III:	54
HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	54
3.1. Hipótesis.....	54
3.1.1. Hipótesis General	54
3.1.2. Hipótesis Específicas.....	54
3.3. Operacionalización de variables	56
CAPÍTULO IV.....	58
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	58
4.1. Tipo y diseño de la de Investigación	58
4.1.1. Tipo de la Investigación	58

4.1.2. Diseño de la Investigación	58
4.2. Población y muestra	59
4.2.1. Población	59
4.2.2. Muestra	59
4.2.3. Criterios de Inclusión	60
4.2.4. Criterios de Exclusión	60
4.3. Técnicas e Instrumentos para recolección de la información	61
4.4. Análisis y procesamiento de datos	61
CAPÍTULO V	64
RESULTADOS	64
5.1 Resultados Descriptivos.....	64
GRAFICO Nº 01.....	64
EDAD DE LOS PADRES DEL GRUPO CONTROL Y GRUPO EXPERIMENTAL DEL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO HUANCAYO ESSALUD 2018	64
GRAFICO Nº 02.....	65
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES DEL GRUPO CONTROL Y GRUPO EXPERIMENTAL DEL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO HUANCAYO ESSALUD 2018	65
5.2 Resultados Inferenciales.....	66
GRAFICO Nº 03	66
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES PRE-TEST EN EL GRUPO EXPERIMENTAL.....	66
GRAFICO Nº 04	67
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES PRE-TEST DEL GRUPO CONTROL	67
GRAFICO Nº 05.....	68
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES POST TEST EN EL GRUPO EXPERIMENTAL	68
GRAFICO Nº 06.....	69
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES POST TEST EN EL GRUPO CONTROL.....	69
GRAFICO Nº 07	70

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES PRE TEST Y POST TEST EN EL GRUPO EXPERIMENTAL.....	70
GRAFICO N° 08.....	71
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES PRE TEST Y POST TEST EN EL GRUPO CONTROL	71
CAPÍTULO VI.....	72
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	72
6.1 Contrastación de la hipótesis	72
6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares	74
6.3 Responsabilidad ética.....	76
CONCLUSIONES	77
RECOMENDACIONES	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS	81
ANEXO N° 01	82
INSTRUMENTO VALIDADO	82
ANEXO N° 02	86
CONSENTIMIENTO INFORMADO	86
ANEXO N° 03	87
BASE DE DATOS.....	87
ANEXO N° 04	88
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS	88
ANEXO N° 05	89
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA.....	89
ANEXO N°06	90
PROGRAMA EDUCATIVO.....	90
ANEXO N°07	107
..... RECETAS RICAS EN HIERRO	
.....	107
ANEXO N°08	110

FOTOGRAFÍAS.....	110
ANEXO N°09	116
TRIPTICO "LA ANEMIA- PREVENCIÓN"	116

ÍNDICE DE FIGURAS DE CONTENIDO

N°	TÍTULO	PAG.
GRAFICO		
N° 01	Edad de los padres del grupo control y grupo experimental del servicio de crecimiento y desarrollo del Policlínico Metropolitano Huancayo ESSALUD 2018	64
N° 02	Grado de instrucción de los padres del grupo control y grupo experimental del servicio de crecimiento y desarrollo del Policlínico Metropolitano Huancayo ESSALUD 2018	65
N° 03	Nivel de conocimientos de los padres pre-test en el grupo experimental	76
N° 04	Nivel de conocimientos de los padres pre-test del grupo control	77
N° 05	Nivel de conocimientos de los padres post test en el grupo experimental	68
N° 06	Nivel de conocimientos de los padres post test en el grupo control	69
N° 07	Nivel de conocimientos de los padres pre test y post test en el grupo experimental	70
N° 08	Nivel de conocimientos de los padres pre test y post test en el grupo control	71

RESUMEN

El problema de la anemia ferropénica en el mundo, en el Perú y nuestra región cada vez se incrementa, como enfermeras comprometidas y con convicción de aportar en que este problema de salud pública se reduzca incrementado el nivel de conocimiento de las madres y hacer frente a la anemia ferropénica, nos proponemos: Determinar la efectividad del programa educativo en el nivel conocimiento en la prevención de la anemia ferropénica, de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al servicio de Crecimiento y Desarrollo del Policlínico Metropolitano Huancayo ESSALUD 2018. La metodología fue de tipo de investigación cuantitativa, prospectiva y cuasi experimental; la muestra estuvo conformada por 70 padres de niños sin anemia; divididas en 35 como grupo control y 35 padres grupo experimento; la investigación se desarrolló en tres momentos: primer momento del pre test, segundo momento desarrollo de la intervención educativa y tercer momento evaluación del pos test; los resultados a los que arribamos son: El 45.7% tiene un nivel de conocimiento muy bajo antes de aplicar el programa educativo y después de la aplicación del programa educativo las madres alcanzan en un 97.1 % su nivel de conocimiento a muy alto; concluyendo que el programa educativo en prevención de la anemia si es efectivo.

PALABRAS CLAVE: anemia ferropénica, programa educativo, nivel de conocimiento.

ABSTRACT

The problem of iron deficiency anemia in the world, in Peru and our region is increasing, as nurses committed and with conviction to contribute that this public health problem is reduced increase the level of knowledge of mothers and cope with The anemia Iron deficiency, we propose: Determine the Effectiveness of the educational program at the level of knowledge in the prevention of iron deficiency anemia, of the parents of the children from 6 to 23 months who attend the service of growth and development of the Metropolitan Polyclinic Huancayo Dessalud 2018. The methodology was of a quantitative, prospective and quasi-experimental type of research; The sample was formed by 70 parents of children without anemia; Divided into 35 as control group and 35 parents group experiment; The research was developed in three moments: first moment of the pre-test, second moment development of the educational intervention and third moment evaluation of the post test; The results to which we arrive are: the 45.7% has a very low level of knowledge before applying the educational program and after the application of the educational program The mothers reach in a 97.1% their level of knowledge to very high; Concluding that the educational program in anemia prevention if it is effective.

Key words: Iron deficiency anemia, educational program, level of

Knowledge.

INTRODUCCIÓN

La anemia por deficiencia de hierro en el mundo entero constituye un problema de salud pública, afectando principalmente a los niños de 6 meses a 23 meses, edad de oro en la que, si no tomamos medidas correctivas esta enfermedad silenciosa, afectará el desarrollo psicomotor el que tiene serias repercusiones en el desarrollo de los seres humanos.

Este tipo de anemia situación problemática que se presenta en países en desarrollo con mayor porcentaje de mortalidad infantil, los casos de anemia por deficiencia de hierro de nivel moderado o severo afectan el desarrollo cognitivo de los niños, produciendo lesiones irreversibles debido a que daña el sistema inmunológico del ser humano, a consecuencia de estos incrementados la morbilidad infantil.

El presente trabajo de investigación tiene como propósito determinar la efectividad a la aplicación de un programa educativo en los padres de niños que no tienen anemia e incrementar los conocimientos de estos para prevenir los casos de anemia.

El informe final tiene como estructura en el capítulo I: Formulamos el planteamiento del problema, determinación del problema, formulación del problema, objetivos. Capítulo II: Abordamos en el marco teórico: Antecedentes del estudio, marco conceptual, definición de términos básicos; En el Capítulo III : Proponemos las variables e hipótesis y la operacionalización de variables; en el Capítulo IV: Describimos la metodología ; Capítulo V: Exponemos los Resultados; en el capítulo VI: Discusión de resultados, contrastación de la hipótesis, contrastación de resultados con otros estudios similares; Responsabilidad ética; Finalmente conclusiones recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La anemia en nuestro país es un flagelo silencioso que ataca en la etapa más vulnerable siendo una de ellas la primera infancia, la malnutrición durante esta etapa de vida es más vulnerable a los efectos negativos, Considerando, además el rápido crecimiento de los niños en sus primeros años donde los requerimientos nutricionales son más altos y específicos, etapa de vida donde la presencia de la anemia se está haciendo predominante.

En el Continente Americano, pocos países cuentan con información detallada acerca de la prevalencia de anemia. Así, Ecuador, por ejemplo, notificó una prevalencia nacional de 70% en los niños de 6-12 meses de edad, y de 45% en aquellos de 12-24 meses. Cuba informó que 64% de los niños de 1-3 años sufren de anemia; en Misiones, Argentina, la prevalencia es de 55% en los niños de 9-24 meses, y en México, de 50.7% en una muestra de 152 niños cuya edad oscilaba entre los 6 y los 36 meses. (1)

Actualmente en el Perú el 43.5% de los niños de 6 a 35 meses sufre de anemia correspondiéndole a la zona rural el 51.1% y a la urbana en 40%, estamos hablando de 620 mil niños menores de 3 años anémicos de 1,6 millones a nivel nacional y de 410 mil niños menores de 5 años que presentan desnutrición crónica. (2)

En nuestro país, con respecto a la anemia la cifra es crítica pues 4 de cada 10 (43.6%) niños la padecen. La región sierra es la más vulnerable, con un 51.8%, la selva 51.7% y la costa 36.7%. Los departamentos con mayor porcentaje de anemia son Puno con 75.9%, Loreto 60.7%, Pasco 60.3%, Huancavelica 58.1% y Ucayali 57.1% de niños menores de 3 años con anemia (3)

La Red de Salud Valle del Mantaro (RSVM) de la Dirección Regional de Salud Junín indicó que ha registrado 19 mil niños menores de tres años con anemia en las provincias de Concepción y Huancayo, durante los seis primeros meses de este año. Madison Ávalos Cairampoma, coordinadora de Etapa Vida Niño de la RSVM, señaló que de los 6 mil niños que viven en Concepción, un total de 2.500 presentan anemia. Asimismo, de los 30 mil menores de tres años que hay en Huancayo, cerca de 16.500 presentan esta enfermedad. (4)

En el Policlínico Metropolitano Huancayo podemos observar que para el año 2015 se incrementó notablemente los casos de anemia en los niños menores de 6 a 36 meses de edad con 50.3% casos en comparación al 2014 con 49.2%, Asimismo, el 2016 la anemia se encontró en 42.7% y el 2017 en 44%. según los indicadores del servicio de Crecimiento y Desarrollo (informes operacionales de multimicronutrientes).

Se han desplegado denodados esfuerzos mundial, nacional y a nivel local, la anemia aún se sigue elevando en la población infantil. A la vez, siendo conocedores que actualmente la anemia afecta a los niños y niñas, se prioriza las estrategias del Plan Nacional de lucha contra la anemia que están enfocadas en la persona, familia y comunidad, enfatizando las actividades de prevención con la suplementación de

micronutrientes, alimentación rica en hierro, agua segura, saneamiento básico, además de control de Crecimiento y Desarrollo, Atención en Salud de Calidad y Oportuna.

Frente a esta situación el presente estudio pretende dar respuesta a la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuál es la efectividad del programa educativo en el nivel de conocimiento en la prevención de anemia de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al servicio de Crecimiento y Desarrollo del Policlínico Metropolitano Huancayo ESALUD 2018?

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la efectividad del programa educativo en el nivel de conocimiento en la prevención de anemia ferropénica, de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al servicio de Crecimiento y Desarrollo del Policlínico Metropolitano Huancayo ESSALUD 2018?

1.2.2. Problemas Específicos

¿Cuál es el nivel de conocimiento en la prevención de anemia ferropénica, de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al Policlínico Metropolitano Huancayo ESSALUD, antes de aplicar el programa educativo?

¿Cuál es el nivel de conocimiento en la prevención de anemia ferropénica, de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al Policlínico Metropolitano Huancayo ESSALUD, después de aplicar el programa educativo?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la efectividad del programa educativo en el nivel de conocimiento en la prevención de la anemia ferropénica, de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al servicio de Crecimiento y Desarrollo del Policlínico Metropolitano Huancayo ESSALUD 2018.

1.3.2. Objetivos Específicos

Identificar el nivel de conocimiento en la prevención de anemia ferropénica, de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al servicio de Crecimiento y Desarrollo del Policlínico Metropolitano Huancayo ESSALUD, antes de aplicar el programa educativo.

Identificar el nivel de conocimiento en la prevención de anemia ferropénica, de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al Policlínico Metropolitano Huancayo ESSALUD, después de aplicar el programa educativo.

Comparar el nivel de conocimiento en la prevención de anemia ferropénica, de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al Policlínico Metropolitano Huancayo ESSALUD, antes y después de aplicar el programa educativo.

1.4. Limitantes de la investigación

1.4.1. Limitante temporal

En el proceso de este estudio, el desarrollo del programa educativo estaba planeado para 2 horas por cada sesión sin embargo a la ejecución, las inquietudes de los padres y preguntas múltiples hicieron que se prolongaran a más horas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

RODRÍGUEZ GARCÍA, Manuel de Jesús; CORRALES REYES, Ibraín Enrique; GARCÍA RAGA, Mónica; RODRÍGUEZ SUÁREZ, Carlos Manuel; ALGAS HECHAVARRÍA, Luis Antonio. Cuba. **“Efectividad de estrategia educativa sobre anemia ferropénica para familiares de niños menores de 2 años. Bayamo 2015”**. Es un estudio cuasiexperimental, con el objetivo de intervenir con familiares de niños menores de dos años en la adquisición de conocimientos orientados a la prevención y control de la anemia. Se trabajó con una muestra de 33 casos. La estrategia concibió cinco actividades educativas sobre la lactancia materna y la dieta en la prevención de la anemia en el niño menor de dos años, la prevención del parasitismo intestinal, la utilidad de la suplementación y fortificación de alimentos. Se emplearon métodos teóricos, empíricos y estadísticos como el inductivo-deductivo, modelación, el método Delphi y la prueba de los signos. Se alcanzaron resultados significativos en la incorporación de conocimientos para reducir la anemia ferropénica, con mayor relevancia en el control del parasitismo intestinal y en las acciones dirigidas a la fortificación de alimentos. La estrategia educativa resultó efectiva a partir de la

validación obtenida por criterio de expertos y los resultados obtenidos con su introducción en la práctica comunitaria. (5)

AGUIRRE Maira Noelia, BUSTOS María Ema, MIÑO Silvana Elizabet Argentina. Estudio titulado: **“Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica de las madres de niños de 4 a 5 años que asisten al Jardín “Hojitas Verdes” de la Escuela N° 390 Ángel Vicente Peñaloza” en San Vicente – Misiones, 2015”**. Estudio observacional, transversal y descriptivo, la muestra estuvo constituida por 72 Madres de niños del Nivel Inicial, la técnica de recolecciones datos fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Los resultados fueron sorprendentes observar, como madres jóvenes y con un nivel educativo incompleto, tuvieron iguales conocimientos acerca de la anemia, cómo reconocerla y cómo prevenirla, a diferencia de las madres madres de mayor edad y con un nivel educativo completo. Concluyendo que no existe tal relación entre edad y nivel educativo (6).

2.2.2. Antecedentes Nacionales

BERNUY VILLA, Janelli, CIFUENTES LÓPEZ, Yolanda Rosario ROJAS ARÉSTEGUI, Liz Karina Perú. **“Efectividad de una Intervención Educativa en el Nivel de Conocimientos de las Madres de Niños de 6 a 23 meses sobre Anemia Ferropénica, Perú 2017”**. el estudio fue de tipo cuantitativo, diseño pre experimental y de corte transversal. La población

estuvo constituida por 45 madres. La recolección de datos lo realizaron mediante una entrevista y el instrumento fue un cuestionario que se aplicó antes y después de la intervención educativa, validado a través de juicio de expertos y prueba piloto. Obteniendo como resultados antes de la intervención educativa se determinó que el nivel de conocimiento que predominó en las madres, el 75% fue conocimiento bajo; mientras que el nivel de conocimiento que predominó después de intervención educativa fue en alto el 100%. Concluyendo La intervención educativa fue efectiva en el incremento de conocimientos de las madres sobre la anemia ferropénica. (7)

YZAGUIRRE COAGUILA Angélica Lucero, Perú. **“Efecto de una intervención educativa sobre el conocimiento de prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses en el centro de salud 03 de febrero – Pachacútec, ventanilla – callao 2017”**; es un estudio de enfoque cuantitativo, de diseño pre experimental y de corte longitudinal. La población de muestra fue de 68 madres de familia. Resultados: Se puede evidenciar que las madres que participaron en el pretest alcanzaron el 91.7% teniendo un nivel de conocimiento bajo sobre la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses. Y en el postest se observó un incremento favorable en un 100%. Conclusión: Luego de la intervención educativa dirigida a las madres sobre la prevención de anemia ferropénica podemos concluir que se acepta la hipótesis de que el efecto de una intervención

educativa tuvo un incremento significativo sobre el conocimiento de prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses. (8)

QUISPE TORRES, July Milagros, Perú. “Influencia de un Programa Educativo en el Nivel de Conocimiento y Prácticas sobre Prevención de la Anemia Ferropénica a Madres de Niños de 3 a 5 años de la I.E. 1683 Mi Pequeño Mundo – Víctor Larco, Perú, 2016”. Su diseño fue pre experimental de corte transversal, con una muestra de 40 madres, donde se aplicó un cuestionario antes y después del programa educativo el que les permitió medir el nivel de conocimiento y de prácticas, los resultados muestran que después de la aplicación del programa educativo el 92.5% de las madres presentan un nivel de conocimiento bueno, 7.5% presenta un nivel regular; en las practicas se observaron el 90% de las madres tienen un puntaje adecuado y el 10% obtuvo un puntaje inadecuado. Llegando a la conclusión que el programa educativo influye significativamente en el nivel de conocimientos y prácticas de las madres. (9)

GARRO VERA, Hellen Isabel, Perú. “Efectividad del programa educativo prevención de anemia ferropenia y desnutrición crónica en niños de 6 a 36 meses en el nivel cognitivo y prácticas de las madres que asisten a un centro de salud de Lima – Metropolitana. Lurín 2015”. Estudio con

enfoque cuantitativo, de nivel aplicativo y corte transversal, la muestra fue 15 madres primerizas, el cuestionario fue el instrumento utilizado. Los resultados antes de la aplicación del programa educativo el 53.3% conoce de prevención de anemia ferropénica y desnutrición crónica, mientras que después de la aplicación del programa educativo el 100% conoce. Llegando a la conclusión que el programa educativo es efectivo debido al incremento del nivel cognitivo y sus prácticas en un 100%. (10)

HANCCOCCALLO PACCO, Mery Eulalia, Perú. **“Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau”, Lima, 2014”**. Estudio descriptivo, exploratorio, no experimental, de corte transversal. Los resultados evidencian que las madres pueden tener conocimientos de anemia ferropénica, mantienen una actitud buena y excelente, sin embargo, permanecen con sus prácticas riesgosas. Concluyendo que las madres del Centro de Salud Miguel Grau tienen un nivel de conocimientos bueno a excelente, actitudes excelentes, sin embargo, realizan prácticas riesgosas. (11)

2.2. Marco

2.2.1. Teórico

Teorías del aprendizaje

La Teoría del aprendizaje de adultos haciendo referencia a la Andragogía como una ciencia, campo del conocimiento y como proceso de desarrollo integral de la persona adulta, así mismo Knowles en el (2001), señala que la Andragogía ofrece los principios fundamentales que permiten el diseño y conducción de procesos de enseñanza más eficaces, siendo aplicable a diversos contextos de enseñanza de adultos, como en el desarrollo de recursos humanos en las organizaciones, la educación universitaria, la educación comunitaria. (12). Este último es el escenario, donde el trabajo del profesional de enfermería se desenvuelve con mayor amplitud en busca de la recuperación y sobre todo prevención, conservación de la vida y salud.

Por lo que se considera a la Andragogía como la guía o conducción, de un conjunto de técnicas de aprendizaje enseñanzas, donde los aprendices son los adultos. de esta forma los adultos aprenden a partir de su propia experiencia siendo estas positivas o negativas, donde el decide porque y para que aprende, donde es autónomo en su aprendizaje, por lo que las estrategias o metodologías de enseñanza que se emplee en este grupo humano resultan importantes y trascendentes, es así que la motivación, la manera de la enseñanza, la experiencia y la interacción grupal, aplicando de forma inmediata lo aprendido (talleres) hace que lo aprendido sea más práctico, didáctico, ágil y sobre todo más fácil para ser aplicado.

En tal sentido la andragogía no solo es la adquisición de conocimientos y mejora de habilidades y destrezas, sino es un proceso de desarrollo integral, donde el individuo desarrolla como persona, como profesional, como familia, como individuo de la comunidad en la cual es capaz de desenvolverse de la manera más adecuada posible en la sociedad siendo el aprendizaje más significativo.

Teoría del Aprendizaje Social

Formulada por Albert Bandura, quien abarca varios conceptos de la teoría del aprendizaje tradicional y el condicionamiento operante. Teorías que fueron desarrolladas desde el 1977 basada en el aprendizaje conductista sobre el condicionamiento clásico y operante. Donde añade dos ideas importantes, que son los procesos de aprendizaje por mediación que se producen entre estímulos y respuestas y el de la Conducta que es aprendida desde el medio ambiente a través del proceso de aprendizaje por observación.

a. Aprendizaje mediante la observación

El ser humano por su naturaleza vive en sociedad, rodeado de individuos

En la sociedad en la que las personas se desarrollan viven rodeados de individuos a los que se les observa y sirven como modelos e incluso con la globalización personajes de televisión, internet los que pueden ser positivos o negativos los que al ser observados termina siendo copiados estos también son repetidos si las consecuencias son gratificantes. Por consecuencia su comportamiento habrá sido reforzado. Por lo general, el refuerzo positivo (o negativo) tendrá poco

impacto si el refuerzo ofrecido externamente no coincide con las necesidades del individuo.

El aprendizaje también se da por la observación de las consecuencias de otros como el caso de nuestro estudio si el padre ve que los hijos de sus hermanos, familiares o amigos mejoran su salud, etc, brindándoles tal o cual cosa, consideran que los suyos también se verán beneficiados. Esto se conoce como refuerzo vicario este último también se caracteriza por ser más que una simple imitación por lo que es importante reconocer que la identificación es diferente a la imitación ya que implica toda una serie de actitudes y comportamientos, mientras que la imitación por lo general implica la copia de un solo comportamiento.

b. Los procesos de aprendizaje de mediación

Bandura consideraba que los seres humanos son procesadores activos de información, que valoran la relación entre su comportamiento y sus consecuencias. Por tanto, el aprendizaje por observación no puede ocurrir a menos que los procesos cognitivos estén implicados. Estos factores mentales median o relacionan el proceso de aprendizaje para determinar si una nueva respuesta se adquiere o no. Por lo que hay un proceso de pensamiento antes de la imitación (Proceso de mediación), observación del comportamiento (estímulo) e imitación o no del mismo (respuesta).

Bandura propuso cuatro modelos de mediación:

b.1. Atención: Caracterizada por ser aquella en la que antes de ser imitada o realizada primero debe captarla es así que se observa muchos comportamientos a lo largo del día, pero muchos de ellos no nos interesan. Por lo tanto, la atención es extremadamente importante para que comportamiento tenga una influencia suficiente para ser imitado.

b.2. Retención: La retención de la conducta recién aprendida es necesaria para que ésta se mantenga. Sin retención, no se establecería el aprendizaje del comportamiento, y es posible que se tenga que volver a observar el modelo nuevo, ya que no fuimos capaces de almacenar la información sobre el comportamiento.

b.3. Reproducción: Caracterizada por ser la capacidad de realizar la conducta que el modelo acaba de mostrar. Las mismas que muchas veces están limitadas por diversos factores físicos personales sociales, culturales o de salud. Esto influye en las decisiones de tratar de imitar o no. En esta fase, la práctica de la conducta de forma repetida es importante para la mejora de las capacidades por lo que el profesional de enfermería emplea diversas estrategias durante la educación continua.

b.4. Motivación: Es la voluntad de realizar una conducta. Las recompensas y los castigos que siguen un comportamiento serán valorados por la persona antes de imitarlo. Si las recompensas percibidas superan los costos percibidos (si los hay), entonces el comportamiento tendrá más probabilidades de ser imitado por el observador. Por el contrario, si el refuerzo vicario no es lo suficientemente importante para el observador, entonces no va a imitar el comportamiento. Estos son visiblemente adoptados por los

padres que se ven influenciados por los comerciales, propagandas o por lo que manifiestan los familiares frente a la alimentación de los niños. (12)

Teoría de Determinantes de la Salud de LALONDE.

Los determinantes de la salud deben de tener un control adecuado. Ya que son factores y condiciones que intervienen en la salud de los seres

Determinantes básicos en el proceso de promoción de la salud:

a. Estilo de vida: *Relacionado a conductas de salud* (estilos de vida como falta de ejercicio, ingesta de alcohol, drogas, tabaco y alimentación inadecuada.

b. Biología humana: Relacionado a la genética que no es modificable.

c. Sistema sanitario. Siendo caracterizado por calidad, disponibilidad, accesibilidad, costos.

d. Medio ambiente: Es el área o entorno condicionada para el desarrollo de la vida y la salud la que se ve afectada por la contaminación, dentro de la contaminación física se destaca los Macros ambientes: Agua y alimentos, contaminación del aire,"transportes,"etc. Microambiente: Barrio, casa, escuela, trabajo, etc. y la Contaminación Social dada por la Pobreza, desempleo, ignorancia, grado de desarrollo, nivel cultural, etc.

El pasar de un modelo de curación de las enfermedades a un modelo basado en la promoción de la salud es uno de los desafíos latentes que se le presenta a las políticas de salud entre estos retos está también la reducción de las desigualdades, el incremento del esfuerzo

preventivo y la capacitación de las personas para manejar y afrontar aquellos procesos que limitan su bienestar y el de los demás.

Por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia que la promoción de la salud es un compromiso que busca una situación de equidad cuyo enfoque se dirija a capacitar a individuos y comunidades para que estos tomen decisiones saludables. Así mismo la promoción de la salud tiene propósitos como asegurar políticas públicas de adoptar decisiones saludables en los numerosos determinantes de la salud en la persona, familia y comunidad. (13)

La prevención y promoción de la salud se concentra en el aprendizaje, las personas más predispuestas a padecer de enfermedades no son únicamente los pobres, sino son aquellas que tienen el menor nivel educativo o aquellas que se resisten a desaprender. Por lo que mediante la aplicación de intervenciones educativas de enfermería se puede incrementar los conocimientos, mejorar las prácticas y así prevenir enfermedades; conforme a la teoría de la Dra. Nola Pender, basada en el modelo de promoción para la salud, en el que las personas interactúan con el entorno y donde se tiene en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, es que se busca transformar progresivamente el entorno a lo largo del tiempo. El objetivo sin duda alguna es lograr un estado de salud óptimo, el que hacer de enfermería sin duda alguna desde hace mucho tiempo dejó de ser un mero enfoque biologicista pues su quehacer diario así lo demuestra desenvolviéndose en diferentes áreas con el solo objetivo el bienestar de las personas y la comunidad.

Una de las áreas es la educación intra y extramural, a través de las intervenciones educativas la enfermera busca mejorar y potencializar

el conocimiento y mejorar la práctica de hábitos saludables donde hace uso de distintos métodos, técnicas y estrategias educativas con la finalidad de mejorar la calidad de vida, fomentando en todo momento la toma de decisiones propias.

Por lo que se confirma la importante participación de la enfermera en la educación para la salud, a través de planes, estrategias y técnicas apropiadas y oportunas para la población objetivo. Basados en la teoría de enfermería de Madeleine Leninger, relacionado a la interculturalidad pues hace referencia que la enfermera(o) debe estar preparada para atender a persona con diferentes creencias y modos de vivir, asimismo distinguir las diversas culturas de las personas porque los seres humanos en sus diferentes grupos tienen sus propias prácticas, creencias, valores, tradiciones y costumbres. En el caso de nuestro estudio los padres o cuidadores constituyen como protagonistas importantes en el cuidado de sus niños y que estas pueden ser mejoradas y reorientadas por el profesional de enfermería, resultando un gran desafío para el profesional de enfermería, pero nada imposible.

Por lo que actualmente la cultura, es considerada como una herencia social ya que es transmitida de generación en generación.

La teoría del aprendizaje humanístico de Carl Rogers, las teorías del desarrollo psicológico como las de Abraham Maslow, Erik Erikson, entre otras enfocan una estrecha relación entre la enseñanza-aprendizaje, definiendo la enseñanza como la acción de guiar, educar y motivar al alumno, función del maestro; mientras que el aprendizaje, corresponde al alumno.

Entonces se puede arribar a la conclusión que teorías cognitivo-sociales y del comportamiento, son elementos valiosos para planificar estratégicamente un programa educativo, nuevas metodologías y materiales educativos para generar nuevos cambios en las actitudes y creencias de índole negativas en los adultos.

2.2.2. Conceptual

a. Programa Educativo:

Es una estrategia educativa, organizada, sistematizada que permite detallar paso a paso el proceso de enseñanza aprendizaje.

Para desarrollar un programa educativo se tiene que tener en cuenta lo siguiente:

Metodología del diseño de materiales educativos

El diseño y elaboración de materiales educativos debe seguir un proceso riguroso para cubrir las expectativas del proceso enseñanza aprendizaje, reuniendo las características como secuencia básica, que es aportar material adecuado y útil sobre educación para la salud. Utilizando el criterio fundamental de probar el material varias veces con diferentes grupos e introducir los cambios convenientes. Tomando como referencia a Kaplún, M, 1995. Se debe cumplir con las siguientes fases (14):

b. Fase preparatoria

- Con respecto a los objetivos que se busca lograr; el material debe estar diseñado en la búsqueda de los mismos.
- Los contenidos deben estar sincronizados con los temas de la asignatura.
- Las características del diseñador del material didáctico: capacidades, estilos cognitivos, intereses, conocimientos previos, experiencia y habilidades requeridas para el uso de estos materiales.
- La característica del contexto. Es importante tomar en cuenta el contexto en el que se va a desarrollar y donde se piensa emplear dicho material, se debe tomar en cuenta los recursos y temas que se desarrollan.

c. Fase de Elaboración.

En esta fase estamos en el trabajo de concreción del material, poniendo en juego todas las capacidades, recursos y medios para realizar el material educativo, el que se perfeccionara en medida de su aplicación. (14)

Los momentos de una sesión educativa:

- Recojo de saberes y experiencias previos. (Contextualización, introducción y felicitación)
- Desarrollo de las ideas claves. (Explicación)
- Aplicación práctica. (Reproducción y Aplicación)
- Reforzamiento.
- Evaluación
- Compromiso.

Los principios de la educación de adultos:

Se debe tener en cuenta que la Andragogía se basa en tres principios, participación, horizontalidad, flexibilidad.

Participación:

La participación se requiere ya que el estudiante es capaz de interactuar con sus compañeros, intercambiando experiencias que ayuden a la mejor asimilación del conocimiento. Es decir, el estudiante participante puede tomar decisiones en conjunto con otros estudiantes participantes y actuar con estos en la ejecución de un trabajo o de una tarea asignada.

Horizontalidad:

La horizontalidad se manifiesta cuando el facilitador y el estudiante tienen características cualitativas similares (adultez y experiencia). La diferencia la ponen las características cuantitativas (diferente desarrollo de la conducta observable).

Flexibilidad:

Es de entender que los adultos, al poseer una carga educativa - formativa, llena de experiencias previas y cargas familiares o económicas, necesiten lapsos de aprendizaje acordes con sus aptitudes y destrezas. (15)

Selección de Técnicas y materiales apropiados:

Las técnicas y materiales didáctico deben tener relación directa con el proceso de Enseñanza -Aprendizaje, donde la enfermera podrá impartir los contenidos a los padres, empleando, técnicas auditivas (grabaciones, perifoneo o sistema de audio) y técnicas audiovisuales, además de dinámicas de interacción grupal que comprenden, juego de roles, charlas y discursos libres, demostración y re demostración; técnicas visuales (escritas y gráficas), imágenes (mensajes captados a través de la vista), el proyector de diapositivas.

En la intervención educativa se logra un mayor aprendizaje en menor tiempo y una mayor retención de lo aprendido. De igual manera se pueden utilizar los dípticos, trípticos y otro, siendo material educativo utilizado para desarrollar, en forma resumida, ideas, conocimientos, consejos y recomendaciones en materia de salud que nos permitirá reforzar lo aprendido.

d. La anemia

La anemia es un trastorno donde el número de eritrocitos o glóbulos rojos están disminuidos, donde la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo, las necesidades fisiológicas específicas; estas varían en función a la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar en la que vive la persona, sus estilos de vida, las diferentes etapas de vida y sobre todo el tipo de alimentación.

e. Anemia ferropénica.

Se considera anemia a los niveles bajos de hemoglobina por falta de hierro. (16)

La anemia ferropénica se da por deficiencia de hierro es la forma más frecuente de anemia. Causada por deficiente consumo de hierro en la dieta, también se puede dar por otras causas.

Causas de la anemia:

De acuerdo con la Norma Técnica de Salud N° 134, los niveles bajos de hierro e incremento de necesidades es debido a la prematuridad, niños menores de 2 años.

También tenemos el bajo aporte de hierro debido a inadecuada cantidad de ingesta de alimentos ricos en hierro como las dietas vegetarianas.

Disminución en la absorción de los alimentos ricos en hierro: El consumo de los taninos como el café, té, infusiones, gaseosas. Además de considerar a las pérdidas sanguíneas como epistaxis reiteradas, infecciones parasitarias.

Se considera anemia a parámetros de la hemoglobina menores a 11g/dl. en menores de 6 años. La anemia ferropénica se caracteriza por ser microcítica e hipocrómica es decir que los glóbulos rojos tienen un tamaño más pequeño que el normal y

el contenido de hemoglobina es menor dando glóbulos rojos pálidos.

La cantidad promedio de hierro en nuestro organismo es de alrededor 4 gr. Lo que representa el 0.005%. Distribuidos en: hemoglobina (2,5 gr.), reservas hepáticas (1gr.), mioglobina y otras proteínas enzimáticas que son dependientes del hierro (0,3 gr.).

En la parte proximal del intestino delgado se absorbe el hierro el requerimiento de este mineral es de 8-10 mg diario en la Dieta. El contenido de hierro de la leche materna es tres veces mayor al de la leche de vaca (17)

HIERRO

Mineral que se almacena en el cuerpo del ser humano, La hemoglobina en los glóbulos rojos y la mioglobina en los músculos. también en enzimas y neurotransmisores, su deficiencia repercute en deficiencias negativas en el desarrollo psicomotor, conducta, reducción del tono vagal. Asimismo, la velocidad de conducción muy lenta de sus sistemas sensoriales de audición, visión. (16)

FORMA QUÍMICA DEL HIERRO

- Hierro Hemínico (hierro hem): Forma del hierro que participa en la estructura del grupo hem o hierro unido a porfirina. Se

encuentra únicamente en alimentos de origen animal, ejemplo: Hígado, sangrecita, bazo, bofe, riñón, carne de cuy, carnes rojas Su absorción es de 10 – 30%.

- Hierro no Hemínico (hierro no hem): Principalmente en los alimentos de origen vegetal, su absorción es de 10%, ejemplo de este tipo de alimentos en lo que se encuentra el hierro no hem están en las habas, lentejas, arvejas, en las que es mayor el nivel de absorción. Las espinacas, acelgas y hojas de color verde oscuro, su nivel de absorción es menor (16)

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ANEMIA

De acuerdo con la norma técnica N° 134-Minsa, se caracterizan los signos y síntomas mas comunes, como el incremento del sueño, astenia, inapetencia, irritabilidad, agotamiento físico, vértigos, mareos, cefaleas, alteraciones en el crecimiento.

En el examen físico: Se puede identificar lo siguiente: Piel y membranas mucosas pálidas, piel seca, caída de cabello.

Existen también alteraciones en la conducta alimentaria, las que van a permitir a los padres identificar la anemia, signos como: Tendencia a comer tierra (Pica); hielo; uñas, cabello, pasta de dientes y otros productos inusuales.

Muchos de estos signos y síntomas aparecen de forma progresiva y no de forma brusca, razón por la que los padres no evidencian esta enfermedad.

CONSECUENCIAS

Las consecuencias más conocidas de la deficiencia que ocurren luego de la depleción de las reservas de hierro son:

- La disminución en la concentración de hemoglobina, la concentración corpuscular media de hemoglobina, el tamaño y el volumen de las células rojas nuevas.
- Reducción de la capacidad del organismo de mantener la temperatura adecuada cuando se expone a temperaturas climáticas bajas.
- Reducción de la producción hormonal y el metabolismo, incluyendo los neurotransmisores y hormonas tiroideas asociadas con funciones neurológicas, musculares y reguladoras de la temperatura.
- Afección del desarrollo cognoscitivo en todas las edades. Se ha reportado una disminución de 5 puntos en el coeficiente intelectual (CI) en niños con antecedentes de anemia durante el primer año de vida.
- Provoca retardo en el desarrollo psicomotor el que se evidencia en la etapa escolar, toda vez que sus capacidades psicomotrices este alteradas de forman disminuida, teniendo trascendencia irreversible.
- Incremento de las infecciones de forma recurrente.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de una anemia por deficiencia de hierro se hace a través de la clínica (sintomatología) así como a través de exámenes de laboratorio, Los criterios que permiten diagnosticar anemia, de acuerdo con la normativa vigente se establece de la siguiente manera, influenciada estos valores por la altitud sobre el nivel del mar, valor que en Huancayo hay realizar el, reajuste restando 2.1 al valor observado del resultado de hemoglobina.

Los valores de la hemoglobina en los niños de 06 a 24 meses son:

Valor normal igual o mayor a 11 gr/dl; anemia leve de 10.0 gr/dl – 10.9 gr/dl; anemia moderada de 7.0 a 9.9 gr/dl y anemia severa menor a 7.0 gr/dl.

LA ANEMIA Y SU TRATAMIENTO PREVENTIVO

De acuerdo con la norma técnica; NT N°134/MINSA-2017. Los niños deben ser tamizados a a partir de los 06 de edad.

- a. A los 04 meses se dará inicio de con gotas Complejo Polimaltosado Férrico o sulfato ferroso en gotas, hasta los 6 meses de edad, con dosis de 2 mg/kg/día.
- b. De los 6 meses continuará con la dotación de Micronutrientes por doce meses para completar 360 sobres (1 sobre diario). Los niños que por diferentes razones no se realizó la entrega de Micronutrientes a los 6 meses, podrán iniciar a cualquier edad, teniendo como limite el rango de 6 a 36 meses.

- c. Los niños mayores a 6 meses, que se encuentren en establecimientos que no tienen multimicronutrientes, se les otorgará Hierro en otras presentaciones.
- d. Por razones de suspensión como: diarreas, vómitos y otros cuadros de enfermedad por los que no se debe consumir los Multi micronutrientes, en la brevedad de la recuperación del menor se reiniciar con el esquema hasta completar los 360 sobres; evitando deserción

SULFATO FERROSO Y MULTIMICRONUTRIENTES

Es importante tener en cuenta el contenido de hierro elemental de los productos farmacológicos considerados en el petitorio único de medicamentos.

Asimismo, la dosificación dependerá de los resultados para administrarlos como tratamiento o de manera preventiva.

Tal es el caso del sulfato ferroso, complejo polimaltosado férrico y los multimicronutrientes (16)

La norma técnica establece que:

El sulfato ferroso en gotas contiene 1 gota de este es igual a 1.25 mg. De hierro elemental, mientras que el complejo polimaltosado férrico en gotas, una gota contiene 2.5 mg de hierro elemental.

En la presentación de jarabe el sulfato ferroso equivale el ml igual a 3mg de hierro elemental; comparando que el complejo polimaltosado férrico en la misma presentación 1ml es igual a 10mg de hierro elemental.

La presentación en polvo y composición de los multimicronutrientes está determinada por: Hierro 12.5 mg de hierro elemental; Zinc 5mg; Ácido fólico 160ug; Vitamina A 300ug; Vitamina C 20mg.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA ANEMIA

Establece la normatividad vigente el esquema de tratamiento para la anemia que se describe de la siguiente manera:

En niños de 06 a 35 meses, por vía oral 3mg/kg/al día, como dosis máxima 70 mg/kg/día, en la presentación de jarabe ó gotas de sulfato ferroso o de complejo polimaltosado férrico, en un periodo de 06 meses continuos; asimismo los controles de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de haber iniciado el tratamiento.

De acuerdo con este esquema podemos arribar a la conclusión que el tratamiento es para casos de anemia leve y moderada y anemia severa deberá ser referida a los establecimientos de mayor nivel.

DIETA

Los problemas de deficiencia de hierro se previenen mediante el incremento del contenido del hierro en la dieta, tales como sangre, carnes y menestras. Asimismo, la vitamina C incrementa la absorción del hierro y los alimentos taninos como el té, chocolate y café dificultan la absorción de este. (2)

REQUERIMIENTO DE HIERRO

El requerimiento de ingesta diaria de hierro (alimentos ricos en hierro) para los niños de 06 meses a 8 años de acuerdo con el ministerio de salud es de 11mg.

BIODISPONIBILIDAD DEL HIERRO

La biodisponibilidad es la utilización biológica del hierro por nuestro organismo, esta a su vez se da como:

- **Biodisponibilidad alta de Hierro:** Incluyen cantidades abundantes de carne de res, pollo, pescado y vísceras (hígado, bofe, riñón, sangrecita) con alimentos ricos en ácido ascórbico en la mayoría de las comidas.
- **Biodisponibilidad intermedia de Hierro:** Con predominio de cereales, raíces y tubérculos, sin embargo, incluyen algunos alimentos de origen animal y fuentes de ácido ascórbico. Una dieta de baja biodisponibilidad puede convertirse en una de biodisponibilidad intermedia, agregando alimentos que favorezcan la absorción de hierro. Una dieta con biodisponibilidad alta puede convertirse en baja cuando agregamos inhibidores de la absorción de hierro.
- **Biodisponibilidad baja del Hierro:** A base de cereales, raíces y tubérculos con mínimas cantidades de carne, pescado y fuentes de ácido ascórbico, predominan alimentos como las leguminosas y los cereales ricos en sustancias que reducen la absorción del hierro inorgánico. (18)

Fuentes de hierro:

ALIMENTOS DE ORIGEN VEGETAL	HIERRO Mg/100gr	ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL	HIERRO Mg/100gr
Maca	14.6	Sangre de Alpaca	51.3
Habas secas	13.0	Sangre de Pollo	29.5
Habas	9.0	Bazo de res	28.8
Lentejas	7.1	Morcilla	20.0
Papa seca	5.5	Hígado de cerdo	13.0
Frutas Oleaginosas	4.5	Hígado de res	10.0
Quinoa	4.0	Riñones	10.0
Acelgas	3.5	Hígado	8.0
Frutas secas	3.4	Pulmón	6.5
Perejil	3.0	Yema de huevo	6.0
Espinacas	2.0	Corazón de res	4.0
Zanahoria	1.2	Carne	3.4
Tomate	0.6	Huevo entero	2.8
Lechuga	0.6	Aves de corral	2.0
Pimiento	0.4	Pescados	0.5 a 2.0

Fuente: CENAN/INS/MINSA. Tablas peruanas de Composición de alimentos 8va. Edición. Lima-Perú. 2009

ABSORCION DE HIERRO - FACILITADORES

- Vitamina C (ácido ascórbico): mejora la absorción del hierro no hemínico ya que convierte el hierro férrico de la dieta en hierro ferroso, el cual es más soluble y puede atravesar la mucosa intestinal.

- La Vitamina A: Mantiene al hierro soluble y disponible para que pueda ser absorbido ya que compite con otras sustancias, polifenoles y fitatos, que se unen al hierro y lo hacen poco absorbible. La combinación de vitamina A con hierro se usa para mejorar la anemia ferropénica (por deficiencia de hierro).
- Otros ácidos orgánicos: ácido cítrico, ácido láctico y ácido málico, también benefician la absorción de hierro no hemínico.
- Proteínas de la carne: además de proveer hierro hemínico (altamente absorbible) favorecen la absorción de hierro no hemínico promoviendo la solubilidad del hierro ferroso. El mecanismo mediante el cual el factor cárnico aumenta la absorción del hierro no Hem se relaciona con el contenido de aminoácidos ricos en histidinas y en enlaces sulfidrilos de la proteína ingerida, por esto, las carnes con alto contenido de actina y miocina son las que más aumentan la biodisponibilidad; estos enlaces, promueven la solubilidad del hierro ferroso y además, facilitan la reducción del férrico.

INHIBIDORES DE LA ABSORCION DEL HIERRO

- Ácido fítico (fitatos): Se encuentra en arroz, legumbres y granos enteros. Si bien las legumbres y los cereales tienen alto contenido de hierro no hemínico no se los considera una buena fuente de hierro ya que también son ricos en fitatos, los que inhiben la absorción del hierro no hemínico. Pequeñas cantidades de ácido fítico (5 a 10 mg.) pueden disminuir la absorción del hierro no hemínico en un 50 %. La industria alimenticia ha disminuido el contenido de fitatos utilizando

enzimas, como las fitasas, capaces de degradar el ácido fítico y así aumentar el uso del mismo.

- **Taninos:** Se encuentran en algunas frutas, vegetales, café, té (negro, verde) vinos, chocolate, frutos secos y especias (orégano). Pueden inhibir la absorción ya que se combinan con el hierro formando un compuesto insoluble.
- **Proteínas vegetales:** Las proteínas de la soya (tofu) tienen un efecto inhibitorio en la absorción del hierro no hemínico que no depende del contenido de fitatos.
- **Calcio:** Cuando el calcio se consume junto con el hierro en una comida, el calcio disminuye la absorción de hierro hemínico como el no hemínico. El calcio tiene un efecto inhibitorio que depende de sus dosis (18)

En conclusión, es necesario consumir alimentos ricos en hierro, pero también tener conocimiento de los alimentos que inhiben o promueven la absorción de hierro en el organismo.

ESTRATEGIAS PARA PREVENIR LA ANEMIA

ALIMENTACIÓN BALANCEADA:

Es considerada como una estrategia esencial en la prevención de la anemia, los padres tienen la responsabilidad de hacerlo, pero para ello tiene que tener el conocimiento necesario para hacerlo bien.

Clasificación de los alimentos, según su función:

Los alimentos energéticos: Este tipo de alimentos permiten que nuestro organismo provea la energía requerida para su funcionamiento. Que se conforman por: cereales, azúcares, tubérculos, grasas, carbohidratos.

Los alimentos constructores: tiene como función construir y reconstruir células del cuerpo humano, se conforman por las carnes, pescados, mariscos, huevos, la leche.

Los alimentos reguladores: se direccionan a prevenir enfermedades y al aprovechamiento de las vitaminas y minerales. Ejemplo las frutas, y/o los vegetales, agua, sal. (19)

a. Edad de inicio de la alimentación complementaria:

se da inicio con la alimentación complementaria a los 6 meses de edad la niña o niño además de continuar con lactancia materna necesita consumir alimentos complementarios a la leche materna para cubrir sus requerimientos nutricionales.

La evidencia confirma que el niño debe recibir lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y continuar con la lactancia frecuente y a demanda hasta los dos años o más, recomendación de la Organización Mundial de la Salud.

Hasta los 6 meses la lactancia materna cubre la mayoría de los requerimientos nutricionales, y es a partir de los seis meses que se debe iniciar la alimentación complementaria y continuar con la

lactancia materna todas las veces que el niño o niña quiera. Una apropiada alimentación complementaria consiste en:

- **Alimentos que sean ricos en energía, proteína de alto valor biológico y en micronutrientes (especialmente hierro, zinc, calcio, vitamina A, vitamina C y folatos).**
- **En cantidades, consistencia y frecuencias apropiadas.**
- **Fáciles de preparar con alimentos de la olla familiar y con alimentos accesibles por las familias.**
- **Adecuados en calidad microbiológica y libre de contaminación (patógenos, toxinas o sustancias químicas dañinas).**
- **Sin mucha sal o condimentos.**
- **Fácil de comer y fácil de ser aceptado por el infante. (20)**

b. cantidad, consistencia y frecuencia de los alimentos

Una niña o niño que recibe lactancia materna necesita energía de los alimentos complementarios para cubrir sus requerimientos diarios según su edad. Esto se muestra en la cantidad de alimentos que debe recibir el niño(a) según su edad.

La alimentación complementaria, se efectuará varias veces durante el día; la misma que se irá incrementando gradualmente conforme crece y desarrolla la niña o niño según su edad, sin descuidar la lactancia materna. (20)

Consistencia, cantidad y frecuencia de los alimentos en los niños y niñas de 6 a 23 meses

Grupo de edad (meses)	Energía (Kcal/día)	Consistencia	Cantidad	Frecuencia	
				Con Lactancia materna	Sin lactancia materna
6-8 meses	200	Comidas espesas. Papillas, puré o maceradas.	Empezar con 2 a 3 cucharadas por comida incrementando gradualmente hasta llegar a 5 cucharadas o 1/4 de un plato mediano tendido.	2 a 3 comidas al día.	3 comidas al día más 2 refrigerios que incluyan lácteos.
9-11 meses	300	Comidas espesas pero ahora los alimentos desmenuzados o picados para que pueda comer con los dedos.	De 5 a 7 cucharadas o 1/3 plato tendido mediano.	3 comidas al día, más 1 refrigerio.	3 comidas al día más 2 refrigerios que incluyan lácteos.
12-23 meses	550	Preparaciones sólidas, variadas utilizando alimentos de la dieta familiar (segundo).	De 7 a 10 cucharadas o 1 plato tendido mediano.	3 comidas al día, más 2 refrigerios.	3 comidas al día más 2 refrigerios que incluyan lácteos.

Fuente: Instituto Nacional de Salud

c. Variedad de alimentos

A partir de los 6 meses se deben ofrecer frutas (plátano de isla, durazno, papaya), tubérculos (papa amarilla, camote, yuca), vegetales (zapallo, zanahoria, espinaca), cereales sin gluten (arroz, fideos sémola, maicena). A partir de los 7 meses todos los alimentos que consume el niño de 6 meses, más yema de huevo, carne de res, de pollo, hígado, y cereales con gluten (trigo, soya, quinua). A partir de los 9 meses a más todos los alimentos que consume el niño de 8 meses más menestras (pallares, frejoles, alverja partida, lentejas). El huevo entero, pescado y cítricos deben ser introducidos a partir del año para evitar alergias.

Las grasas provenientes de la alimentación infantil deben proporcionar del 30 al 40% de la energía total, agregar a una de las comidas principales del niño una cucharadita de grasa que puede ser bajo la forma de aceite, mantequilla, Margarina.

LOS PADRES O CUIDADORES EN LA ALIMENTACION DEL NIÑO

La función de los padres y/o cuidadores en el proceso tiene vital importancia toda vez que son quienes se encargan de proporcionar los alimentos a diario a los niños, los que van a influir de manera determinante en su estado nutricional, asimismo en la desencadenación de una anemia por malnutrición.

Los padres como responsables de esta tarea tan importante y/o las personas que se encuentran al cuidado de los niños cuando los padres trabajan, corresponde que tenga el mínimo de conocimientos para cometer errores y caer en este problema de salud pública.

El rol de los padres y el cuidador a nivel del hogar y de la sociedad son un factor importante para asegurar el desarrollo óptimo del niño; ya que, los primeros años de vida resultan de vital importancia debido a que un estado de deficiencia nutricional en la infancia tiene efectos severos que se reflejan incluso durante la etapa adulta y en la productividad de las personas.

Una alimentación inadecuada dentro del hogar tiene un efecto negativo sobre las condiciones de salud del niño, sobre su habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevo ambientes y personas. También,

estudios previos confirman que el bajo nivel nutricional de los niños se refleja en resultados negativos para el país en términos de crecimiento económico: la mala nutrición durante los primeros años afecta negativamente su productividad cuando ingresan en el mercado laboral. Si se toma en cuenta todo lo antes mencionado, resulta lógico pensar que una dieta balanceada en nutrientes y buenas prácticas nutricionales desde los primeros años de vida constituye la primera línea de defensa del menor, no solo contra las posibles enfermedades que pudiera contraer sino, fundamentalmente, a favor de las habilidades; que, en el futuro, le permitirán desenvolverse productiva y eficientemente en su actividad laboral; evidenciándose aquí el rol importante de los padres y cuidadores en la alimentación del niño.

Cabe señalar la existencia de factores que determinan o influyen en los hábitos alimentarios y aunque la disponibilidad es el factor más importante para la elección y el consumo de un alimento, la población no consume todos los alimentos que tiene a su alcance. Factores socio culturales, demográficos y nivel socioeconómico, etc. Tienen influencia en la calidad o cantidad de los alimentos consumidos.

Factores socioculturales Tienen una gran influencia sobre lo que las personas comen, preparan sus alimentos, además de sus prácticas alimentarias y su preferencia.

Los factores que rigen la dieta del hombre pueden clasificarse de esta forma:

- 1) El hombre come lo que puede encontrar a su alrededor.

2) Cuando puede elegir, escoge lo que sus antepasados comieron. La alimentación es una de las manifestaciones socioculturales más importante en la vida de los pueblos. El alimento es una forma de comunicación, vehículo de conductas, normas y prohibiciones religiosas. Cada comunidad selecciona sus alimentos entre lo que encuentra en su entorno, según sus hábitos alimentarios, dando respuesta a realidades históricas, medioambientales, socioeconómica. Cada cultura va a definir lo que es o no válido como alimento, condicionando así su utilización más allá de su disponibilidad. Debido al papel central del alimento en el día a día, y más en concreto en las relaciones sociales, las creencias y las prácticas alimentarias son difíciles de cambiar, aún cuando interfieren con una correcta nutrición.

Los factores que afectan a la elección de los alimentos y que pueden condicionar el estado nutricional son, entre otros, las pautas de crianza, los cuidados y la alimentación del niño, el marco familiar, las preferencias alimentarias, los tabúes, la religión, el marco social, el costumbrismo, el nivel cultural, el marco educativo, los hábitos de higiene, el estado de salud, la educación nutricional, la publicidad, el marketing, la disponibilidad económica, etc. (21)

Factores económicos: La influencia de los recursos económicos en los hábitos alimenticios es evidente, pues como decía Yudkin (1977) para consumir un alimento, no basta con estar disponible, sino que es necesario comprarlo y para ello hace falta dinero. El factor económico está muy relacionado con el resto de los factores socioculturales. En general el aumentar el nivel de ingresos mejora el

estado nutricional, pero solo hasta que empiezan a influir en la selección de alimentos.

Los hogares con escasos recursos pueden tener dificultades para comprar suficiente comida o para modificar su alimentación por motivos de salud (Cade.1992). Las familias pobres a menudo presentan dietas nutricionalmente inadecuadas y tienden a estar por debajo de los niveles recomendados de energía y algunos nutrientes. Las condiciones de las viviendas pueden afectar a la dieta debido a una falta de facilidades para cocinar y almacenar alimentos. De hecho, parece que cuando hay que reducir gastos, muchos hogares empiezan recortando los destinados a la compra de alimentos (McKenzie, 1976; Wold, 1985).

La pobreza en nuestro país repercute en la alimentación de la población, principalmente en aquellos que se encuentran en pobreza extrema, donde la alimentación contiene fundamentalmente carbohidratos, siendo el nutriente que más predomina en la dieta del poblador peruano. El alza del costo de vida y la escasez de víveres en las zonas rurales debido a las sequías han hecho sentir su impacto en las costumbres alimentarias de numerosas familias, conforme se agotan los excedentes agrícolas, se hace patente la crisis mundial y nacional, el consumidor comienza a buscar alternativas, el aumento del precio hace que la selección para el consumo familiar plantee un verdadero problema. Los cuidadores que pertenecen a los grupos socioeconómicos menos favorecidos tienen mayores probabilidades de tener niños con bajo peso, ya que es de vital importancia la influencia económica en las decisiones de los cuidadores sobre la alimentación de los niños.

Factores sociodemográficos: Las características socio demográficas de los padres, como su edad, procedencia, grado de instrucción, ocupación y paridad, condicionan, en muchas ocasiones, su conducta frente a la de alimentación del preescolar. Así tenemos:

- **Edad:** Este indicador puede reflejar la experiencia del individuo; es decir a mayor edad mayor oportunidad de haber adquirido circunstancias o situaciones que ayuden a la madre a mejorar sus prácticas en relación con la alimentación del niño. Estudios relacionan la edad de la madre, con el estado nutricional del infante inciden en que aquellas madres de menor edad, son más inseguras respecto a la toma de decisiones en relación a la alimentación de sus niños ; sin embargo, en un estudio realizado en zonas urbanas de Chile, se refleja lo contrario; aquellas madres con menor edad, toman decisiones más acertadas que las experimentadas. Esto evidencia que la edad no es determinante y que debe ser analizado en conjunto con otras características.
- **Procedencia:** esta característica, se encuentra estrechamente relacionada al lugar donde se da las mayores incidencias de pobreza. Las familias provenientes del área rural o de lugares urbano-marginales, tienen menor poder adquisitivo, por lo tanto, menor ocasión de proporcionar variedad en la alimentación de sus hijos. Sin embargo, este indicador se relaciona, además, con las oportunidades de progreso que no se presentan en las áreas marginales.

- **Grado de instrucción:** referente a ello, en numerosos estudios, uno de ellos realizado en Chile, 1995; el 21% de los niños con el estado nutricional de sobrepeso u obesidad según peso para edad, tenían padres con un nivel educativo universitario. Usando los mismos parámetros se encontró que más de 50% de los niños con desnutrición moderada tenían padres que no habían asistido a la universidad, lo cual se atribuye que el bajo nivel de escolaridad lleva a prácticas inadecuadas de cuidado en el hogar.

No obstante, se esperaba, que el nivel de formación académica de los padres de familia influenciaría en tener hijos con un estado nutricional adecuado; pero se encontró que los padres con una educación universitaria tenían más probabilidad de tener hijos con sobrepeso u obeso que padres con un nivel educativo menor. Esto nos indica que, aunque algunos padres saben lo que es saludable para sus hijos (y para sí mismos) no lo ponen en práctica. Y muchas veces dejan que el sedentarismo predomine en el hogar. Por lo tanto, el grado de instrucción de los padres es un indicador que también influye en la alimentación de los niños y que debe ser analizado en relación con otros indicadores.

- **Ocupación:** este indicador se encuentra relacionado a la disponibilidad de tiempo de los padres debido a las múltiples actividades que desempeñan producto del trabajo. No es ajeno

a la realidad que, en muchas familias, las madres se encuentran desempeñando actividades laborales fuera del hogar, lo cual limita el tiempo que pudiesen proporcionar a preparar alimentos saludables y nutritivos para sus hijos; eligiendo, gran parte de ellas, alimentos prácticos, que en su mayoría no resultan nutritivos.

- Paridad: definido como el número de hijos que la familia ha procreado. Este indicador también influye en forma indirecta en el estado nutricional del infante.

Un estudio realizado en Brasil, revela que a mayor número de hijos en el seno familiar disminuye la importancia que le otorgan los padres al cuidado de la alimentación de los niños, en muchas ocasiones delegando esta función a los hermanos mayores. Esta situación se escapa de lo que idealmente debería ocurrir, ya que a mayor paridad mayor experiencia y por ende mayor cuidado con los hijos.

Como podemos apreciar cada de uno de estos indicadores influyen en menor o mayor grado en el estado nutricional de los infantes; sin embargo, es importante rescatar que éstos no pueden ser analizados en forma aislada, ya que todos interaccionan entre sí para influir en la conducta de la familia en materia de alimentación saludable.

Creencias y costumbres alimentarias

En el Perú con la diversidad de culturas, sumadas a estas las costumbres relacionadas a su nutrición , van a constituir determinantes en el problema con el consumo de los alimentos, Asimismo el poder adquisitivo de la familia, y el conocimiento del valor nutritivo de los alimentos, constituyen situaciones problema para la salud. De allí la importancia de conocer en qué consiste cada uno de estos patrones para poner en práctica medidas destinadas al cambio de éstos. En nuestro país existen muchas creencias erradas, tales como:

Dar al niño después de los 6 meses solo puré de papa o la mezcla de papa y zapallo o camote y zapallo lo va a llenar, pero no lo está alimentando lo necesario para su desarrollo, de persistir con esta alimentación el niño presentará un cuadro de desnutrición, deberá seguir proporcionando leche materna; incluir pescado, y huevos, queso, quinua, frijol de soya y carne en las cantidades que su edad y normas recomiendan. No olvidar que el niño está aprendiendo a comer y es importante formar hábitos alimenticios y educar su paladar. Otro error es dar a los niños, leche con té, café, cocoa y bastante azúcar, la combinación de estas sustancias altera el metabolismo del calcio, elemento nutritivo de la leche. Dar todas sus comidas licuadas o en puré, para que les sea más fácil pasarlas. Las mamás ignoran que al dejar de masticar los niños no aprovechan una buena cantidad de minerales que ingresan al organismo sólo por la mucosa salival y no por el estómago ni los intestinos.

CREENCIAS ERRADAS SOBRE LA ANEMIA

El consumir limón produce anemia: No es cierto, El limón es una fruta rica en vitamina C y ayuda a la absorción de hierro. El consumo de alimentos de color rojo favorece prevenir y tratar la anemia No es cierto, el pigmento de los alimentos no se relaciona a su composición de hierro.

Los jugos o extractos de diferentes frutos y verduras de color rojo o verde no curan la anemia. No deben de consumir los niños menestras de noche por que les cae pesado, tampoco es cierto la menestra tiene cometido de hierro y son nutritivas no caen mal. Se recomienda perlar o colarlas para dar de consumir a los niños en caso de tener dificultades en su digestión.

Recordemos que no se administra te, mates u otras bebidas calientes después del consumo de alimentos ricos en hierro toda vez que inhibe la absorción del hierro. (25).

2.3. Definición de términos básicos

- a. Efectividad: Es la capacidad de conseguir el resultado que se busca a partir de un conjunto de actividades diseñadas o programadas.
- b. Prevención: Conjunto de medida o disposición que se toman de manera anticipada para evitar que suceda una cosa, que es considerada negativa.

- c. Educación para la salud: Actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores, actitudes y habilidades personales que promuevan salud.
- d. Anemia Ferropénica: Anemia crónica caracterizada por hematíes pequeños y pálidos y por depleción de los depósitos de hierro, por no consumo adecuada de alimentos ricos en hierro.
- e. Conocimiento: Conjunto de información que se almacena a través de la experiencia o aprendizaje.

CAPÍTULO III:

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis General

El programa educativo es efectivo en el nivel de conocimiento en la prevención de anemia ferropénica, de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al servicio de Crecimiento y Desarrollo del Policlínico Metropolitano Huancayo ESSALUD – 2018

3.1.2. Hipótesis Específicas

El nivel de conocimiento en la prevención de anemia ferropénica, de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al Policlínico Metropolitano Huancayo ESSALUD, antes de aplicar el programa educativo es muy bajo.

El nivel de conocimiento en la prevención de anemia ferropénica, de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al Policlínico Metropolitano Huancayo ESSALUD, después de aplicar el programa educativo es muy alto.

3.2. Definición conceptual de las variables

3.2.1. Programa educativo.

Proceso de enseñanza aprendizaje que permite orientar a un grupo de personas para lograr alcanzar los objetivos y mejorar

las conductas que deben de manifestar al usuario sobre los contenidos, actividades a desarrollar, así como las estrategias y recursos a emplear para este fin.

3.2.2. Nivel de conocimiento sobre prevención de la anemia

Conjunto de ideas, conceptos y datos que se adquiere a lo largo de la existencia de cada persona como resultado de sus vivencias, contacto con el mundo y con otras personas.

3.3. Operacionalización de variables

“EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA, DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS DE 6 A 23 MESES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO HUANCAYO ESSALUD 2018”

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor final de la variable
Programa educativo	Proceso de enseñanza aprendizaje que permite orientar a un grupo de personas para lograr alcanzar los objetivos y mejorar las conductas que deben de manifestar al usuario sobre los contenidos, actividades a desarrollar así como las estrategias y recursos a emplear para este fin.	Estrategia de enseñanza ordenada, metódica y adecuada la misma que tiene por objetivo hacer más eficiente la dirección del aprendizaje gracias a ello los padres de los niños de 6 – 23 meses pueden adquirir conocimientos y habilidades.	Metodología	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en equipo - Dinámica de grupo - Exposición participativa - Demostración y re demostración. - Juegos grupales (rompecabezas) 	Efectivo/no efectivo
		Conjunto de información brindada a los padres de los niños de 6 – 23 meses sobre la Anemia, y su prevención	Contenido	<ul style="list-style-type: none"> - Generalidades sobre la anemia - Estrategias para reducir y prevenir la anemia - Factores que influyen en la alimentación. 	
		Tiempo invertido en cada sesión	Duración	2 horas. por cada sesión. (4 sesiones en 1 mes)	

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Valor final de la variable
Nivel de conocimiento sobre prevención de la anemia	Conjunto de ideas, conceptos y datos que se adquiere a lo largo de la existencia de cada persona como resultado de sus vivencias, contacto con el mundo y con otras personas.	Esto toda información que presenta y adquiere el o los padres de los niños de 6 a 23 meses sobre la anemia	Generalidades sobre la anemia	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de Anemia - Tipos - Manifestaciones clínicas - Diagnostico - Causas - Consecuencias - Tratamiento - Hierro: (Requerimiento, biodisponibilidad, absorción inhibidores) 	BAJO MEDIO ALTO
		Conjunto de ideas, conceptos sobre las medidas o estrategias que presentan o adquieren los padres sobre la prevención de la anemia.	Conocimiento o sobre las estrategias para reducir y prevenir la anemia	<ul style="list-style-type: none"> -Fortificación y enriquecimiento -Nutriessalud (multimicronutrientes) - Acciones en Salud -Educación Nutricional y diversificación de la dieta. - Alimentación del niño: (Edad de inicio, cantidad, variedad, consistencia, número de veces, frecuencia). 	

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Tipo y diseño de la de Investigación

4.1.1. Tipo de la Investigación

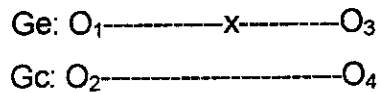
Es un estudio cuantitativo, prospectivo y cuasi- experimental.

Prospectivo: La población sujeta al estudio (grupo control y experimental), se observa a través del tiempo. El seguimiento se realizó mediante la aplicación de un cuestionario después de la aplicación de un programa educativo para el grupo experimental.

Cuasi- experimental porque se aplicó un pre-test (Ver Anexo N° 01) y un post-test (Ver Anexo N° 01) en dos grupos, control – experimental donde se realizó la evaluación del conocimiento de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al Policlínico Metropolitano Huancayo ESSALUD, luego de aplicar el programa educativo (Ver anexo N° 06) al grupo experimental y se evaluó la efectividad de éste mediante la aplicación del mismo test a los dos grupos control y experimento (post-test).

4.1.2. Diseño de la Investigación

El Diseño de investigación es Cuasi Experimental,



Dónde:

Ge: Grupo Experimental

Gc: Grupo Control

O₁ y O₂: Aplicación del Pre test (Ver anexo N° 01)

X: Programa Educativo

O₃ y O₄: Aplicación de Post test (Ver Anexo N° 01)

4.2. Población y muestra

4.2.1. Población

Padres de los niños con tamizaje de anemia, de 6 a 23 meses durante los meses de mayo, junio y julio del 2018 del Policlínico Metropolitano Huancayo.

Total: 86

4.2.2. Muestra

Estuvo constituida por 70 padres de niños de 6 a 23 meses que reúnen los criterios de inclusión donde se hará uso del muestreo probabilístico aleatorio simple.

La muestra se dividirá en grupo experimental (35 padres) y grupo control (35 padres).

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE UNA MUESTRA

INTRODUZCA EL MARGEN DE ERROR EN LA SIGUIENTE CASILLA	5.0%
INTRODUZCA EL TAMAÑO DE LA POBLACION EN LA SIGUIENTE CASILLA	66
TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA NC 95%=	70
TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA NC 97%=	73

4.2.3. Criterios de Inclusión

- Padres de los niños 6 a 23 meses que asisten de forma regular al control de sus niños, servicio de Crecimiento y Desarrollo
- Padres con pleno uso de sus capacidades mentales y físicas.
- Padres de niños de 6 a 23 meses que sepan leer y escribir
- Participación voluntaria previa firma de consentimiento informado.

4.2.4. Criterios de Exclusión

- Padres de niños de 2 a 23 meses con diagnóstico de anemia.

Eliminación:

- Padres que siendo parte del estudio falten a alguna sesión.

4.3. Técnicas e Instrumentos para recolección de la información

En la recolección de datos se hizo uso de la técnica encuesta y el instrumento un cuestionario (anexo N° 01) el instrumento contiene interrogantes relacionadas al nivel de conocimiento sobre anemia constan de 15 ítems, interrogantes tipo cerrada de opción múltiple, cuenta con una validez de juicio de expertos (Ver anexo N° 04) cuyos resultados de acuerdo a la prueba estadística binomial es $p= 0.014$, si $p < 0.05$ el grado de concordancia es significativo de acuerdo a los resultados por cada juez, por consiguiente el instrumento es válido.

La confiabilidad del instrumento se realizó mediante el coeficiente K de Richardson toda vez que las preguntas son de opción múltiple y llevadas a una opción dicotómicas (conoce, no conoce), obteniendo como resultado Coeficiente K de Richardson = 0.8994; el que indica excelente confiabilidad. (Ver anexo N° 05).

Valores finales asignados:

Nivel de Conocimiento	Puntaje del Cuestionario
Muy Bajo	(0 - 5)
Bajo	(5,1 - 10,5)
Medio	(10,51 - 14)
Alto	(14,1 - 17)
Muy Alto	(17,1 - 20)

4.4. Análisis y procesamiento de datos

Para la recolección de datos, se solicitó la autorización institucional. Una vez obtenida la autorización se procedió a aplicar el instrumento y el

programa educativo, previa explicación y firma del consentimiento informado de los padres de niños de 6 a 23 meses. (Ver anexo N° 02).

El pre test, se aplicó a los padres que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo al grupo experimental (35 padres) grupo control (35) con un tiempo de 25 a 30 minutos, además de coordinar las siguientes sesiones para iniciar el programa. (Ver anexo N° 06).

Las sesiones se realizaron dos veces por semana siendo estas 8 sesiones con una duración en promedio de 1 hora con 30 minutos donde se aplicaron diversas estrategias metodológicas como: la exposición, discusión, lluvias de ideas, juegos y dinámicas relacionados con el tema, trabajos en pequeños grupos y demostraciones, se utilizó como materiales didácticos: diapositivas en Power Point de cada tema, material didáctico para las dinámicas, globos, trípticos (Ver anexo N° 09), recetarios para preparación de menús (Ver anexo N° 07). Finalmente se realizó una segunda evaluación (post-test) al grupo experimental y grupo control con un tiempo de 25 a 30 minutos, para valorar los resultados del programa educativo después de haber ejecutado la última sesión.

La información recolectada se procesó, utilizando el programa estadístico SPSS, Excel (Ver anexo N° 03), donde los resultados de las variables del pre y post-test fueron analizados utilizando la estadística inferencial de la prueba no paramétrica de Wilcoxon porque comparamos dos muestras con datos obtenidos mediante el diseño antes y después para determinar si existe una diferencia significativa, los resultados del programa fueron analizados a través de la estadística descriptiva con frecuencias simples

donde se evaluó la efectividad del programa educativo y serán presentados en gráficos de barras compuestas e incluyendo promedios.

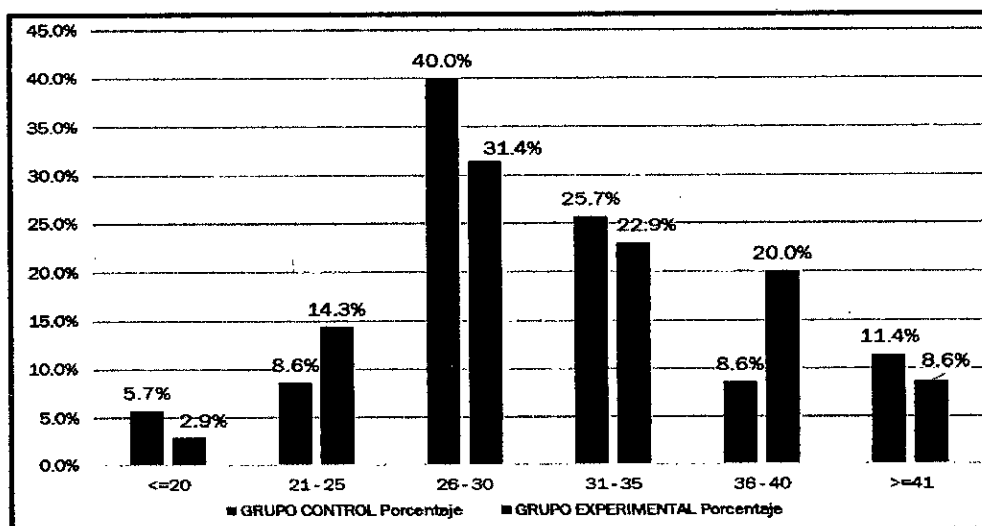
CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 Resultados Descriptivos

GRAFICO N° 01

EDAD DE LOS PADRES DEL GRUPO CONTROL Y GRUPO EXPERIMENTAL DEL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO HUANCAYO ESSALUD 2018

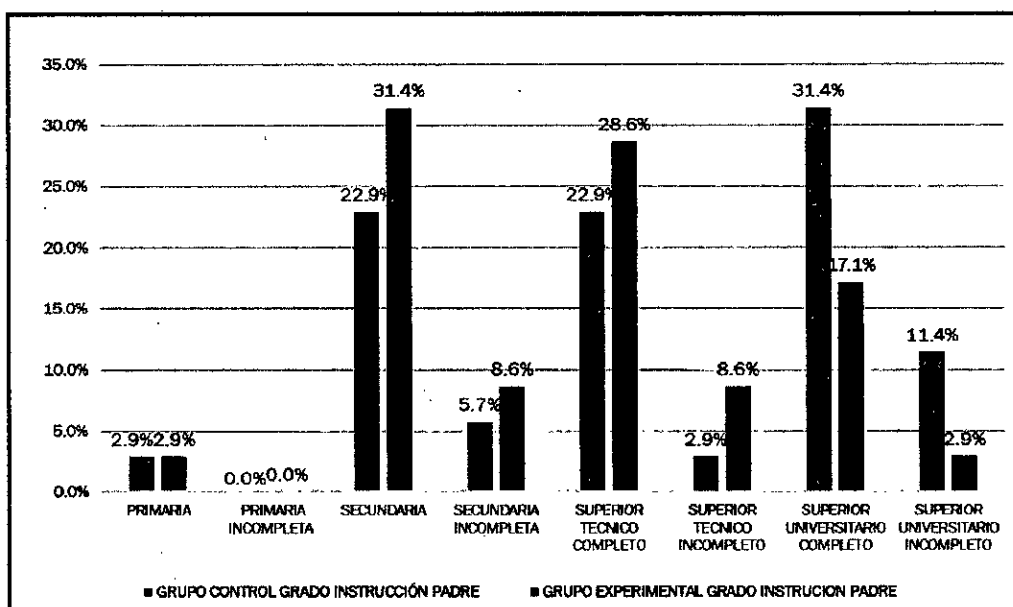


Fuente: Encuesta realizadas a los padres de los niños de 6 – 23 meses de edad, que acudieron al servicio de crecimiento y desarrollo del Policlínico Metropolitano Huancayo- 2018.

En el presente gráfico, podemos evidenciar en el grupo etario con más porcentajes fue el de 26 y 30 años de edad para el grupo control fue de 40% y para el grupo experimental 31.4%.

GRAFICO N° 02

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES DEL GRUPO CONTROL Y GRUPO EXPERIMENTAL DEL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO HUANCAYO ESSALUD 2018

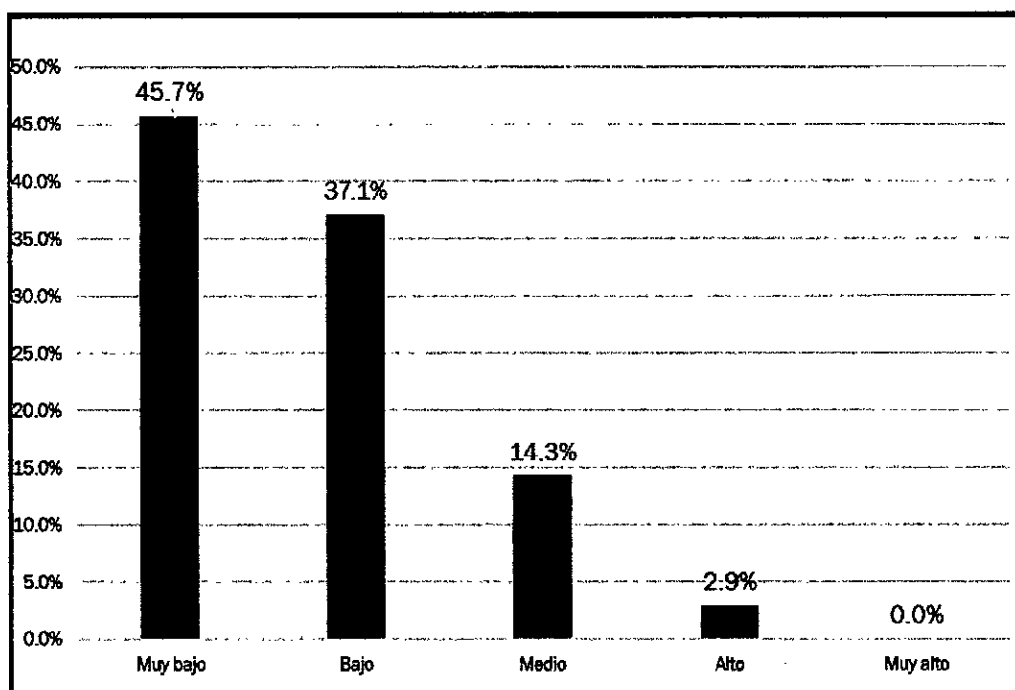


Fuente: Encuesta realizadas a los padres de los niños de 6 – 23 meses de edad, que acudieron al servicio de crecimiento y desarrollo del Policlínico Metropolitano Huancayo- 2018.

En el Gráfico N°2, se observa que en el grupo control de padres un 31.4% tiene un grado de instrucción universitario completo, 22.9% de padres con superior técnico completo y secundaria completa 22.9%, en los padres del grupo experimental (35) superior universitario completo 17.1%; superior técnico completo 28.6% y secundaria completa 31.4%.

5.2 Resultados Inferenciales

GRAFICO N° 03
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES PRE-TEST EN EL
GRUPO EXPERIMENTAL

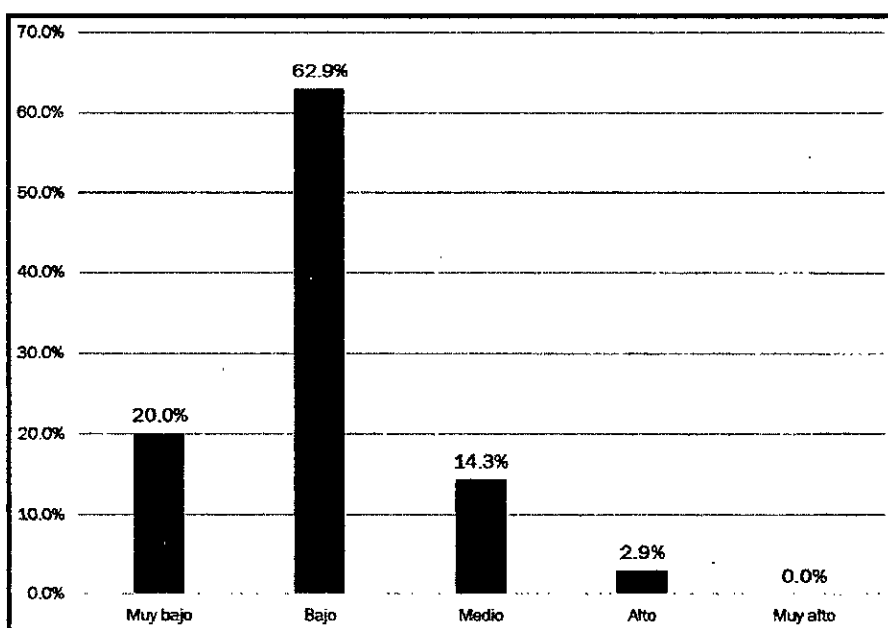


Fuente: Encuesta a madres que acudieron al programa educativo en el policlínico Metropolitano Huancayo - ESSALUD 2018

En el gráfico N° 3, se pone en evidencia que los padres del grupo experimental (35) que acudieron al programa educativo en el pre test el 45.7% tiene un nivel de conocimiento muy bajo; el 37.1% bajo, el 14.3% medio, el 2.9% alto y el 0.0% muy alto.

GRAFICO N° 04

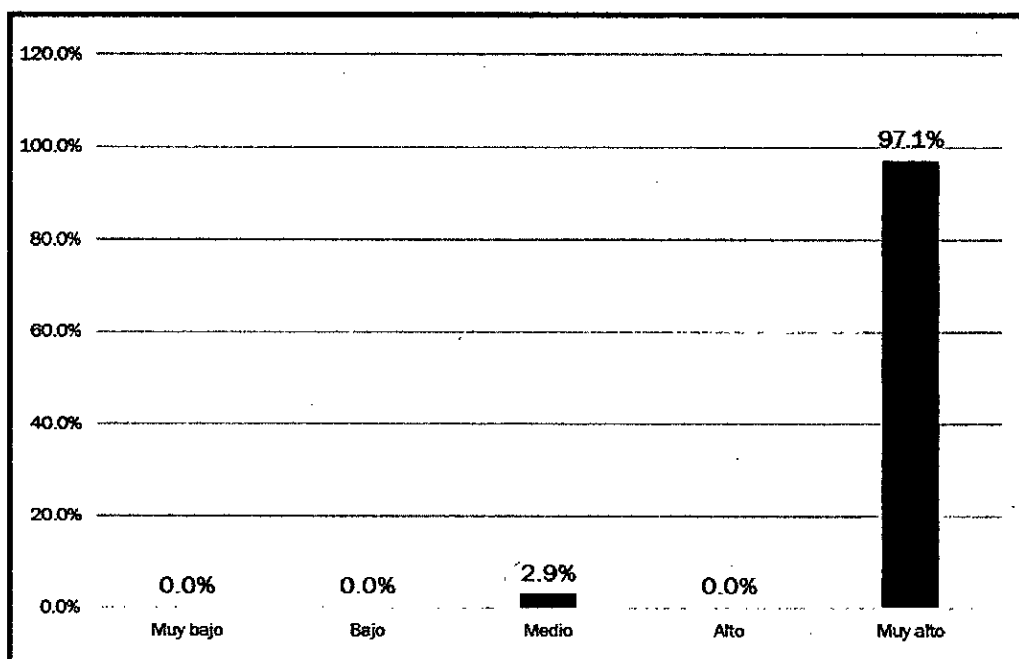
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES PRE-TEST DEL GRUPO CONTROL



Fuente: Encuesta aplicada a los padres de niños de 06 – 23 meses que participaron en este estudio como grupo control, Policlínico Metropolitano Huancayo - Essalud 2018.

En el gráfico N° 04, nos muestra en los padres (35) del grupo control aplicado el pretest. Lo siguiente: El nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica en el pre test el 20% presentan un nivel de conocimiento muy bajo, el 62.9% bajo, 14.3% medio, el 2.9% alto y el 0.0% muy alto.

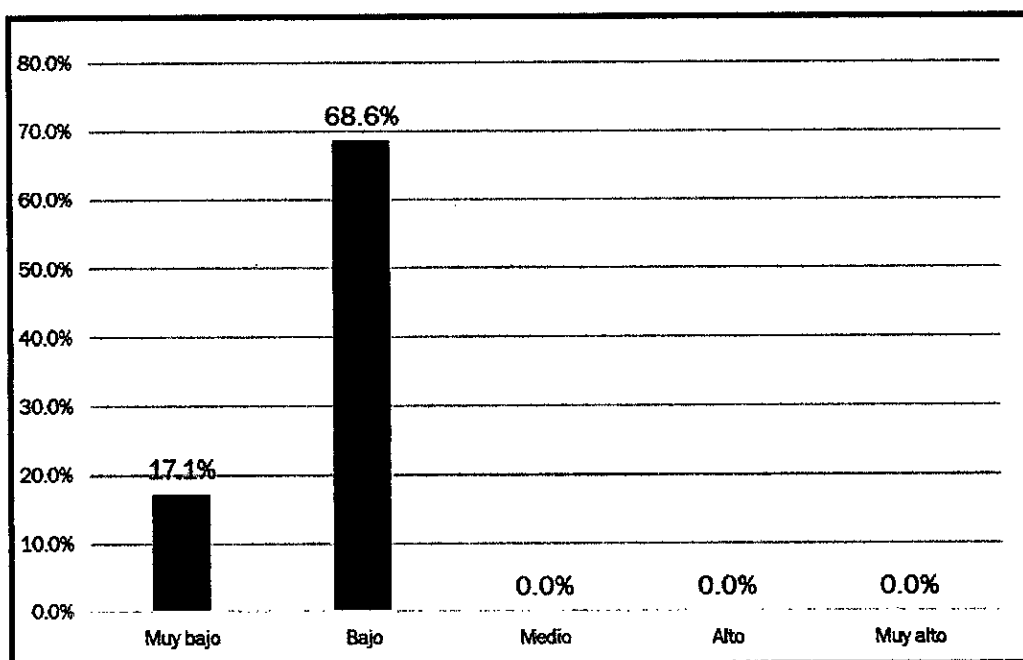
GRAFICO N° 05
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES POST TEST EN EL
GRUPO EXPERIMENTAL



Fuente: Encuesta aplicada a los padres de niños de 06 – 23 meses que participaron en este estudio como grupo control, Policlínico Metropolitano Huancayo - Essalud 2018.

En el gráfico N° 05, nos muestra que en los padres del grupo experimental después de aplicado el programa educativo el nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica se incrementó en un 97.1% nivel de conocimiento muy alto, y 2,9% medio.

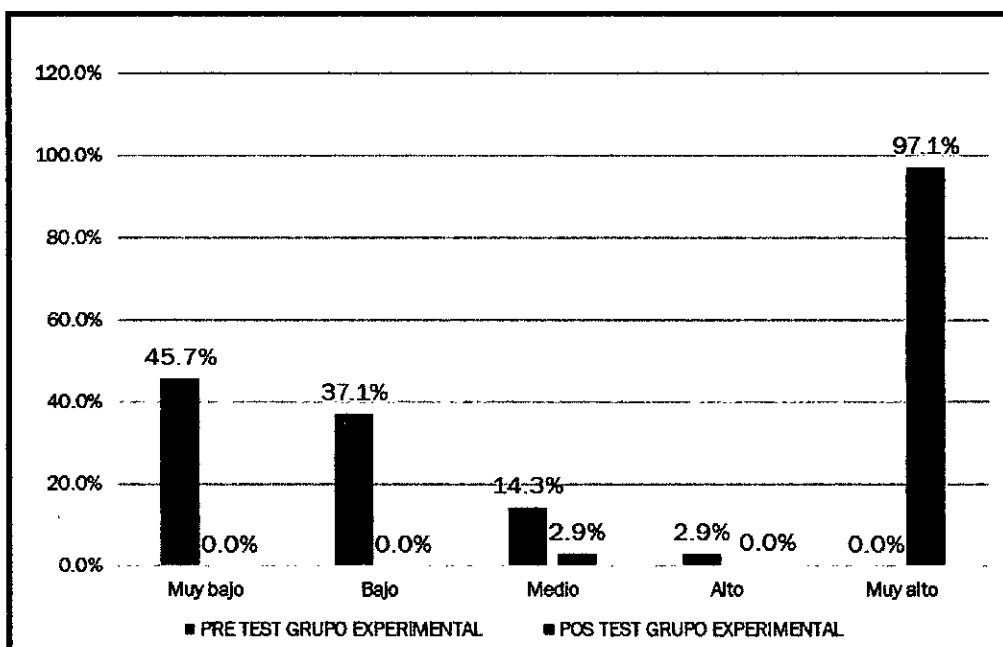
GRAFICO N° 06
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES POST TEST EN EL
GRUPO CONTROL



Fuente: Encuesta aplicada a los padres de niños de 06 – 23 meses que participaron en este estudio como grupo control, Policlínico Metropolitano Huancayo - Essalud 2018.

En el gráfico N° 06, nos muestra que en los padres del grupo control, después de aplicado el post test, el nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica no se modificó considerablemente siendo el 68,6% el nivel de conocimiento bajo; 17,1% muy bajo.

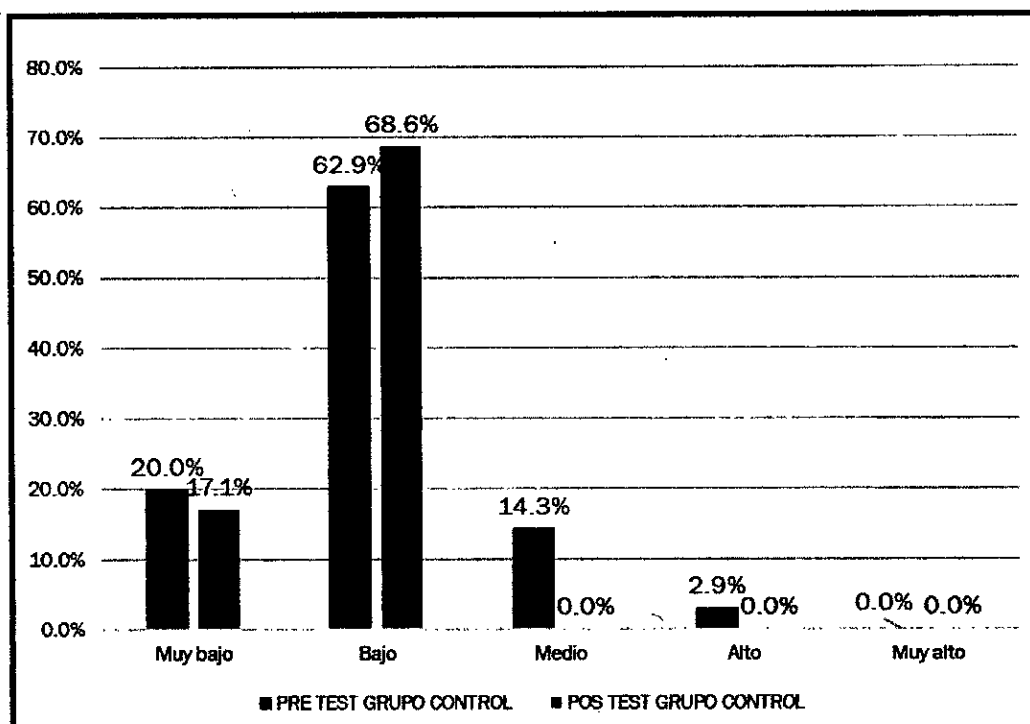
GRAFICO N° 07
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES PRE TEST Y POST TEST Y POST TEST EN EL GRUPO EXPERIMENTAL



Fuente: Encuesta aplicada a los padres de niños de 06 – 23 meses que participaron en este estudio como grupo control, Policlínico Metropolitano Huancayo - Essalud 2018.

En el gráfico N° 07, nos muestra que, en los padres del grupo experimental, antes y después de aplicado el programa educativo en el nivel de conocimiento del pre test muy bajo 45.7%, bajo 37.1%, medio 14.3%, alto 2.9% y post test muy alto 97.1%, medio 2.9%. Observando que el incremento en el nivel de conocimiento fue significativo

GRAFICO N° 08
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES PRE TEST Y POST
TEST EN EL GRUPO CONTROL



Fuente: Encuesta aplicada a los padres de niños de 06 – 23 meses que participaron en este estudio como grupo control, Policlínico Metropolitano Huancayo - Essalud 2018.

En el gráfico N° 08, nos muestra que, en los padres del grupo control, en el pre test con nivel de conocimiento muy bajo 20.0%, bajo 62.9%, medio 14.3%, alto 2.9%, muy bajo 0.0% y en el post test muy bajo 17.1%, bajo 68.6%, medio 0.0%, alto 0.0%, observando que no hay cambios significativos.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de la hipótesis

Para la contrastación de hipótesis se realizó la prueba de hipótesis de Wilcoxon por considerar a un grupo experimental y de control que están sujetos a un programa y se quiere determinar si fue efectivo o no.

Hipótesis General

El programa educativo es efectivo en el nivel de conocimiento en la prevención de anemia ferropénica, de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al servicio de Crecimiento y desarrollo del Policlínico Metropolitano Huancayo Es Salud – 2018.

		Estadísticos			
		PRETEST GRUPO CONTROL	POSTEST GRUPO CONTROL	PRETEST GRUPO EXPERIMENTAL	POST TEST GRUPO EXPERIMENTAL
N	Válido	35	35	35	35
	Perdidos	0	0	0	0
Media		7,423	6,931	6,440	19,206
Desviación estándar		2,9533	2,5839	3,9777	1,3458
Mínimo		2,7	2,7	1,3	13,3
Máximo		14,7	13,3	14,7	20,0

H0: El programa educativo NO es efectivo en el nivel de conocimiento en la prevención de anemia ferropénica, de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al servicio de Crecimiento y Desarrollo del Policlínico Metropolitano Huancayo Es salud – 2018

H1: El programa educativo SI es efectivo en el nivel de conocimiento en la prevención de anemia ferropénica de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al servicio de Crecimiento y Desarrollo del Policlínico Metropolitano Huancayo Es salud – 2018.

Estadísticos de prueba	
	post test grupo experimental - pre test grupo experimental
Z	-5,167 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	.000
a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo	
b. Se basa en rangos negativos.	

Siendo el valor de $p = 0,000$ este es menor de $0,005$, se rechaza la hipótesis nula.

Se concluye que el programa educativo SI es efectivo en el nivel de conocimiento en la prevención de anemia ferropénica de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al servicio de Crecimiento y Desarrollo del Policlínico Metropolitano Huancayo Es Salud – 2018.

Estos resultados se basaron en el proceso enseñanza aprendizaje de las madres sobre anemia ferropénica, sustentada en la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura, quien afirma que los seres humanos son procesadores activos de información, valorando la relación entre su comportamiento y sus consecuencias.

El que guarda relación con nuestro estudio, toda vez las participantes mediante la observación uno del otro, desarrollaron nuevas conductas.

La efectividad del programa educativo aplicado en relación a mejorar el nivel de conocimiento de las madres, esta muy relacionado con la teoría de Promoción de la salud, de Nola pender, en las que las madres al mejorar sus conocimientos sobre anemia ferropénica, esto repercutirá en la salud de sus niños, asimismo en la salud de la familia.

Madeleine Leninger, hace referencia de la preparación que debe tener la enfermera respecto a las costumbres y creencias de las personas a las que se dirige, lo que permite llegar con el conocimiento adecuado y oportuno para ellas. En el presente estudio en la etapa de preparación del programa educativo se converge a este tipo de situaciones que permitieron dirigirnos adecuadamente al grupo de madres por lo que tuvo que tenerse en cuenta las creencias y formas de vivir, así distinguir las diferentes culturas de las personas.

Nuestro estudio también nos permite hacer la contrastación con la teoría de Knowles quién se refiere a la andragogía como una orientación didáctica, activa e integradora, siendo este modelo aplicado en nuestro estudio, el que nos permitió alcanzar los objetivos propuestos, identificando los supuestos de la andragogía.

6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares

Al respecto, Rodríguez García, M. J y otros. En su estudio realizado en Cuba obtuvieron semejantes resultados concluyendo en la

efectividad de la estrategia educativa sobre la anemia ferropénica en la adquisición de conocimientos orientados a la prevención y control.

Aguirre M. N y otros investigadores; De acuerdo a los resultados de su estudio en los que arribaron fueron sorprendentes, toda vez que que las madres jóvenes con estudios incompletos tuvieron igual nivel de conocimientos respecto a la anemia a diferencia d las madres de mayor edad y con estudio completos. De acuerdo a nuestro estudio también podemos aseverar que la edad y el grado de instrucción de las madres no se relacionan con el nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica.

Así mismo Bernuy Villa, Jannelli, en su estudio realizado en Lima menciona que antes de realizar la intervención educativa el 75 % de madres tiene un nivel de conocimiento bajo; y después fue alto al 100%; concluyendo que fue efectiva la intervención educativa; comparando con nuestro estudio se puede observar que en el nivel de conocimiento es muy bajo es de 47,6% y después del programa educativo el 97.3% es muy alto, arribando a la misma conclusión que el programa educativo es efectivo en el incremento del nivel de conocimientos.

Yzaguirre Coaguila A. L, en su estudio realizado en Perú, obtuvieron como resultado que el 91.7% de madres tuvieron el nivel de conocimiento bajo en el pre test; después de la intervención educativa respecto a anemia ferropénica incremento su nivel de conocimiento a favorable en el 100% de las madres, conclusión a la que arriban al igual que nuestro estudio el incremento de conocimientos sobre anemia ferropénica es significativa en las madres de niños de 6 a 24 meses de edad.

Quispe Torres J.M. en su estudio aplicado en Perú. Llega a las siguientes conclusiones: El programa educativo realizado fue significativo el que influye en el nivel de conocimientos y prácticas de

las madres. Es importante precisar que nuestro estudio se enfocó a solo determinar nivel de conocimiento y se ha concluido en que si se mejorar el nivel de conocimiento de bajo a muy alto. Pero las prácticas adecuadas, serían tema de otra investigación.

6.3 Responsabilidad ética

En el proceso de estudio y demás se guarda con estricta confidencialidad el anonimato de los participantes. Asimismo, para que puedan participar en este estudio han firmado su consentimiento informado los 70 padres.

CONCLUSIONES

1. Se concluye que el programa educativo fue efectivo de manera significativa en el nivel de conocimiento en la prevención de la anemia ferropénica, de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al servicio de Crecimiento y Desarrollo del Policlínico Metropolitano Huancayo ESSALUD - 2018.comprobada con la prueba estadística de WILCOXON; el p valor = 0.000 < a 0.005 que rechaza la hipótesis nula.
2. El nivel de conocimiento en la prevención de anemia ferropénica, de los padres antes del programa educativo es bajo con 68.6% de padres.
3. El nivel de conocimiento en la prevención de anemia ferropénica, de los padres después del programa educativo es muy alto con 97.1% de padres.

RECOMENDACIONES

1. A EsSalud implementar programas educativos y gestionar presupuestos para ejecución de estos, para prevenir la anemia.
2. A la Red Asistencial Junín – Es Salud, gestionar recursos económicos, soporte técnico, y sostenibilidad para la ejecución de estos programas educativos.
3. A los padres; asumir responsabilidad paterna sobre la salud de sus niños.
4. A las colegas: mantener su espíritu colaborador y proactivo frente al trabajo diario de hacer frente tantos problemas de salud que aquejan a nuestra población infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud OMD. Sistema de Información Nutricional. [Online] Acceso 03 de Juliode 2018. Disponible en:
http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/.
2. MINSA. Ministerio de Salud del Perú. [Online]; Plan Nacional para la Reducción de la Anemia 2017 - 2021. Acceso 05 de Juliode 2018. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/index.asp>.
3. Mariana R. El 44% de niños tiene anemia en el Perú. Perú 21. : p. 16.
4. Meza J. 19 mil menores de tres años de Huancayo y Concepción tienen anemia. El Comercio..
5. Manuel de Jesús RG, Ibraín Enrique CR, Mónica GR, otros. Efectividad de estrategia educativa sobre anemia ferropénica para familiares de niños menores de 2 años. Revista de Ciencias Biológicas y de la Salud. 2017; XX(1).
6. Garrido J. Docplayer. [Online]; 2018. Disponible en:
<https://docplayer.es/33525874-Nivel-de-conocimiento-sobre-anemia-ferropenica-de-las-madres-de-ninos-de-4-a-5-anos-de-edad-que-asisten-al.html>.
7. Janelli BV, Yolanda Rosario CL, Liz Karina RA. Repositorio Institucional Universidad Peruana Cayetano Heredia. [Online]; 2017. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/956>.
8. Yzaguirre Coaguila LA. Repositorio Digital Institucional Universidad César Vallejo. [Online]; 2017. Disponible en:
<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/12687>.
9. Quispe J. Repositorio Digital Institucional Universidad Cesar Vallejo. [Online]; 2016. Disponible en:
<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/11391?show=full>.
10. Garro H. Cybertesis UNMSM. [Online]; 2016. Disponible en: "Efectividad del programa educativo prevención de anemia ferropenia y desnutrición crónica en niños de 6 a 36 meses en el nivel cognitivo y prácticas de las madres que asisten a un centro de salud de Lima – Metropolitana". Lurin 2015.
1. Hancoccallo E. Repositorio de tesis Universidad Peruana Unión. [Online]; 2015. Disponible en: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/250>.

- 1 Caraballo R. Investigación RevInPost Posgrado. Revista Investigación y
 2. Postgrado Universidad Pedagógica Experimental. [Online]; 2006. Acceso 15
 de Octubre de 2006. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/658/65822208.pdf>.
- 1 sald Md. Modelo de Abordaje de Promoción de la SALud en el Perú - MINSA.
 3. [Online]. Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf.
- 1 Peré N, Rodés V. Módulo Educación a Distancia. División de Capacitación y
 4. Formación Continua. [Online].; 2006.. Disponible en:
http://www.capacitacion.edu.uy/files/investigacion/proyectos/educacion_distancia/02_unidad_2.pdf.
- 1 Wikipedia. Wikipedia La Enciclopedia Libre. [Online]; 2018. Acceso 20 de
 5. Octubre de 2018. Disponible en:
<https://es.wikipedia.org/wiki/Andragog%C3%ADa>.
- 1 Salud Md. Norma Técnica - Manejo Terapéutico y preventivo de la Anemia en
 6. niños, adolescentes, mujeres gestantes y puéperas. [Online].; 2017..
 Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>.
- 1 Bellido HAC. SlidePlayer. Anemia Ferropriva. [Online]; 2008. Disponible en:
 7. <https://slideplayer.es/slide/3938436/>.
- 1 Lizbeth A, Estefani L. Repositorio de la Universidad Nacional del Centro del
 8. Perú. [Online].; 2016.. Disponible en:
<http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/4387/Alva%20R%20-%20Loro%C3%B1a%20T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 1 Untitled. NUTRICIÓN POR ETAPA DE VIDA. [Online]. Disponible en:
 9. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogc/especiales/2007/nutricion/archivos/NUTRI-ETAPA-VIDA-PRESENTACION.pdf>.
- 2 Nutrición CNdAy, Salud INd. Alimentación Saludable. [Online]. Disponible en:
 0. <https://alimentacionsaludable.ins.gob.pe/ninos-y-ninas/alimentacion-complementaria>.
- 2 Villalobos N. Academia. Factores culturales; hábitos alimentarios. [Online].
 1. Disponible en:
http://www.academia.edu/11573851/Factores_culturales_h%C3%A1bitos_alimentarios.

ANEXOS

ANEXO N° 01

INSTRUMENTO VALIDADO

Sr (a). buen día, el presente cuestionario se realiza con el objetivo de obtener información para la investigación cuyo título es “Efectividad del programa educativo en el nivel de conocimiento en la prevención de anemia ferropénica, de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al servicio de crecimiento y desarrollo del Policlínico Metropolitano Huancayo Es Salud 2018, por lo que se le solicita responder con sinceridad a fin de obtener información veraz y formular estrategias para prevenir anemia en sus niños. Cabe recalcar que el presente cuestionario es completamente confidencial. Se agradece por anticipado su participación. Gracias.

I. DATOS GENERALES

1. Edad del niño: ____ años, ____ meses
2. Sexo del niño(a) M (), F ()
3. Edad de madre o padre:
4. Sexo de padres M (), F ()
5. Religión madre o padre:
6. Procedencia: Costa () Sierra () Selva ()
7. Grado de instrucción:
 - a. Primaria
 - b. Primaria Incompleta
 - c. Secundaria
 - d. Secundaria Incompleta
 - e. Superior técnico completo
 - f. Superior técnico incompleto
 - g. Superior universitario completo
 - h. Superior universitario incompleto

II. PREGUNTAS

1. La anemia se presenta cuando hay una disminución de.....en la sangre:
 - a. Agua.
 - b. Calcio.
 - c. Vitamina.
 - d. Hierro.
 - e. Minerales
2. ¿Por qué se produce la anemia ferropénica?
 - a. Por no comer carne.
 - b. Por no comer vegetales.
 - c. Por no consumir alimentos ricos en hierro.
 - d. Por no comer legumbres
 - e. No sabe

3. ¿Cuáles son los signos y síntomas de un niño con anemia?
- a. Piel pálida y niño con mucho sueño.
 - b. Solo presenta sueño.
 - c. Niño irritable y juega todo el día.
 - d. Niño travieso
 - e. No sabe.
4. ¿Cuáles son las consecuencias de la anemia ferropénica?
- a. Ceguera y pérdida de la audición
 - b. Cambios de comportamientos en el niño
 - c. Retraso en el crecimiento y desarrollo intelectual
 - d. Neumonía y Obesidad infantil
 - e. Cansancio y dificultad para dormir
5. El consumo de alimentos ricos en hierro en los niños es importante, porque:
- a. Le calma el hambre
 - b. Favorece su desarrollo.
 - c. Lo ayuda a subir de peso
 - d. Previene enfermedades del corazón
 - e. No es importante su consumo.
6. ¿Qué son los suplementos NUTRIESSALUD (multimicronutrientes o también llamados chispitas)?
- a. Es un sobrecito que se da al niño cuando está enfermo
 - b. Es un sobrecito de un gramo que se reparten gratuitamente
 - c. Es un sobrecito que contiene vitaminas y minerales, en cantidades pequeñas, pero indispensables para el organismo.
 - d. Es un sobrecito que solo contiene hierro
 - e. No sé.
7. ¿Cuál es la composición de los NUTRIESSALUD?
- a. Hierro, zinc, ácido fólico, vitamina A, vitamina C
 - b. Hierro, calcio, fosforo, vitamina C, Aluminio
 - c. Agua, Complejo B, calcio, DHA, ARA
 - d. No sé
 - e. Todas las anteriores

8. ¿Cómo y cuantas veces a la semana se administra los NUTRIESSALUD (multimicronutrientes o chispitas)?
- a. Con Sopas - Inter diario
 - b. Papillas y/o segundos – diario**
 - c. Mazamorra- tres veces a la semana
 - d. Jugos y/o líquidos – una vez por semana
 - e. No sé
9. ¿Qué cantidad de la preparación donde disolvió los NUTRIESSALUD (multimicronutrientes o chispitas) consumió su niño(a)?
- a. Todo**
 - b. La mitad
 - c. Media cucharadita
 - d. No lo comió
 - e. No sé
10. De los siguientes alimentos de origen animal, ¿Cuál de ellos considera Ud. que tiene más contenido de hierro?
- a. Pollo, huevo, chanco.
 - b. Sangrecita, bofe, hígado**
 - c. Leche, queso, mantequilla.
 - d. Carne de res, charqui.
 - e. Leche, huevo, patita de pollo
11. De los siguientes alimentos de origen vegetal, ¿Cuál de ellos considera Ud. que tiene más contenido de hierro?
- a. Betarraga y rabanitos.
 - b. Lechuga y tomate.
 - c. Espinaca y acelga**
 - d. Camote y zanahoria.
 - e. No sé
12. ¿Qué alimentos, ayudan a la mejor absorción del hierro?
- a. Betarraga y zanahoria.
 - b. Hierba luisa y leche.
 - c. Carne y pescado.
 - d. Naranja y limón**
 - e. Te y café
13. La vitamina que ayuda a asimilar el hierro de los alimentos está dada por:
- a. Vitamina A
 - b. Vitamina B
 - c. Vitamina C**
 - d. Vitamina D
 - e. Vitamina E

14. ¿Cuál es la bebida que no permite absorber el hierro de los alimentos?

- a. limonada
- b. Jugo de naranja
- c. Zanahoria
- d. Te**
- e. Jugo de fruta

15. Responde de acuerdo con la edad de tu niño:

A. La consistencia y cantidad de los alimentos que se le da a los niños de 6 a 8 meses son:

- a. Aguados o diluidos $\frac{1}{2}$ plato por comida.
- b. Espesos tipo puré $\frac{1}{2}$ plato (19 cm. de diámetro) por comida.**
- c. Triturados $\frac{3}{4}$ de plato por comida.
- d. Come como un adulto – 1 plato por comida.
- e. No sé

B. La consistencia y cantidad de los alimentos que se le da a los niños de 9 a 11 meses son:

- a. Picados $\frac{3}{4}$ de plato (19 cm. de diámetro) por comida**
- b. Espesos tipo puré $\frac{1}{2}$ plato por comida
- c. Aguados $\frac{3}{4}$ de plato por comida.
- d. Come como un adulto – 1 plato por comida
- e. No sé

C. La consistencia y cantidad de los alimentos que se le da a los niños de 12 a 23 meses son:

- a. Picados $\frac{3}{4}$ de plato por comida
- b. Espesos tipo puré $\frac{1}{2}$ plato por comida.
- c. Triturados de $\frac{3}{4}$ plato por comida.
- d. Come como un adulto – 1 plato (19 cm. de diámetro) por comida**
- e. No sé.

... Gracias por su apoyo

ANEXO N° 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días Sr(a) tenemos por objetivo de investigación determinar la efectividad del programa educativo en el nivel de conocimiento en la prevención de la anemia ferropénica, de los padres de los niños de 6 a 23 meses que asisten al servicio de Crecimiento y Desarrollo del Policlínico Metropolitano Huancayo Es salud – 2018.

Con autorización de la Dirección de este establecimiento, se invita a participar en este estudio, responder este cuestionario antes de su participación en la realización del Programa Educativo y otra encuesta después de este.

Su participación es libre y voluntaria. La información que usted brinde es de uso exclusivo para la investigación y contribuirá a la implementación de programas educativos relacionados a la prevención de la anemia ferropénica.

Yo, _____ con
DNI _____ acepto participar en la investigación, siendo informado de todos los aspectos que me concierne.

Firma del participante

ANEXO N° 03

BASE DE DATOS

CODIGO	EDAD		SEXO	EDAD		SCXPA	REUG	PROCE	GRAD	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	PUNTAJE	NOTA	
	NIÑO	MESES		PADE	DRE																					ONPA	DENCI
1	22	1	41	2	1	2	3	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4	5,3
2	7	2	26	2	1	2	7	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	5,3
3	13	2	39	2	1	2	5	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	4	5,3
4	12	1	20	2	1	2	3	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,7	
5	20	1	31	2	1	2	5	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4	5,3	
6	9	1	33	2	1	2	8	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	5	6,7	
7	8	1	33	2	1	2	5	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	7	9,3	
8	14	2	30	1	1	2	7	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	9	12,0
9	18	1	36	2	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	3	4,0	
10	6	2	27	2	2	2	7	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	8	10,7	
11	13	1	27	2	1	2	7	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	9	12,0	
12	7	1	31	2	1	2	7	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	6	8,0	
13	9	1	33	2	1	2	8	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4,0	
14	8	2	38	2	1	2	8	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	5	6,7	
15	22	2	34	2	1	2	8	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	11	14,7	
16	7	1	28	2	1	2	5	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	4,0	
17	12	2	33	2	1	2	7	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	7	9,3	
18	9	1	34	2	1	2	3	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	6	8,0	
19	6	1	30	2	2	2	3	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	7	9,3	
20	6	1	47	2	1	2	7	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	8,0	
21	13	1	22	2	1	2	5	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	7	9,3	
22	12	1	30	2	2	2	4	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	6	8,0	
23	10	1	29	2	1	2	7	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	4,0	
24	11	1	25	1	1	2	3	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	5,3	
25	14	1	19	1	1	2	3	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	6	8,0	
26	7	1	27	2	1	2	7	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	10	13,3	
27	8	1	31	2	1	2	7	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	9	12,0	
28	10	1	26	2	2	3	3	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	5	6,7	
29	7	1	44	2	1	2	7	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	6	8,0	
30	17	1	30	2	1	2	6	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	5	6,7	
31	8	2	41	2	1	2	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	4	5,3	
32	15	1	23	2	1	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	3	4,0	
33	8	2	30	1	3	3	5	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	5,3	
34	18	2	27	2	2	2	3	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	5,3	
35	6	2	28	2	1	2	5	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	6	8,0	
								PUNTA	35	12	18	19	15	10	18	2	22	13	29	8	5	9	2	13			
								NOTA	20	6,9	10,3	10,9	8,6	5,7	10,3	1,1	12,6	7,4	16,6	4,6	2,9	5,1	1,1	7,4			

ANEXO N° 04

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EXPERTOS

N° ITEMS	EXPERTOS							Valor p
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	0	1	0.021
2	1	1	1	1	1	1	1	0.002
3	1	1	1	1	1	1	1	0.002
4	1	1	1	1	1	1	1	0.002
5	1	1	1	1	1	1	1	0.002
6	0	1	1	1	1	1	1	0.021
7	1	1	1	1	1	1	1	0.002
8	1	1	1	1	1	1	1	0.002
9	1	1	1	0	1	1	1	0.021
10	1	1	0	1	1	1	1	0.021

$$P_{\text{total}} = \frac{P}{n} = \frac{0.096}{7} = 0.0137$$

P = 0.014

Si $p < 0,05$, el grado de concordancia es significativa de acuerdo a los resultados por cada juez.

Por consiguiente el instrumento es válido.

ANEXO N° 05

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LA PREVENCIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA.

La confiabilidad se realizó mediante el coeficiente K de Richardson debido a que el instrumento es de opción múltiple, pero se lleva a una es escala dicotómica:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{s^2} \right)$$

La tabla muestra los datos necesarios para el cálculo del coeficiente de confiabilidad:

Resultados del cálculo del coeficiente de confiabilidad del instrumento

Instrumentos	Nº ítems (K)	Sumatoria de las varianzas de los ítems ($\sum pq$)	Varianza de la suma de ítems (s^2)	Coficiente K de Richardson
PRÁCTICAS	15	1.5136	7.10526	0.8994

Se observa que el coeficiente KD 20 hallado en el Instrumento conocimiento en la prevención de anemia ferropénica es 0.8994.

Por lo tanto, concluimos que el instrumento es de excelente confiabilidad.

Escala de interpretación de la confiabilidad

Intervalo	Descripción
0,53 a menos	Confiabilidad nula
0,54 a 0,59	Confiabilidad baja
0,60 a 0,65	Confiable
0,66 a 0,71	Muy confiable
0,72 a 0,99	Excelente confiabilidad
1,00	Confiabilidad perfecta

ANEXO N°06

PROGRAMA EDUCATIVO

- **TEMAS:**
 - ANEMIA FERROPENICA
 - Definición de anemia, causas, signos y síntomas, consecuencias
 - Fuentes de hierro en los alimentos
 - Clasificación de los alimentos de acuerdo con su aporte en hierro
 - Absorción del hierro y alimentos que favorecen
 - Alimentos que disminuyen la absorción del hierro
 - Importancia de la frecuencia en el consumo de alimentos ricos en hierro
 - Preparación y combinación de alimentos
 - Anemia y Creencias erradas

- **OBJETIVO GENERAL:**
 - Lograr que las Padres adquieran y/o mejoren su conocimiento, despejando sus dudas respecto a la anemia ferropénica.

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**
 - Lograr que los padres adquieran y/o mejoren su conocimiento sobre la anemia ferropénica la importancia de su prevención.
 - Lograr que los padres adquieran y/o mejoren su conocimiento sobre la anemia, causas, signos y síntomas además de consecuencias de la anemia ferropénica.

- **POBLACION DESTINATARIA:**
 - El programa educativo se brindará a los padres de los niños de 6 a 23 meses que no tienen anemia, que asisten al servicio de Crecimiento y Desarrollo del Policlínico Metropolitano Huancayo ESSALUD

- **TECNICAS:**
 - Exposición participativa
 - Demostración con entrenamiento.
 - Lluvia de ideas
 - Philips 66
 - Juegos

- **RECURSOS HUMANOS:**

Expositora:

- ✓ Lic. Enf. Ana María Aquino Gutiérrez
- ✓ Lic. Enf. Danitza Gora Flores

- **RECURSOS MATERIALES:**

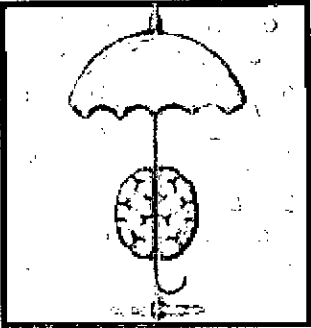
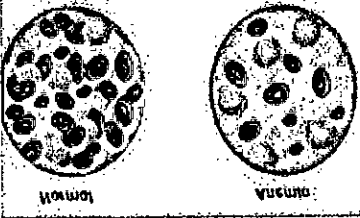
- Diapositivas en Power Point: Generalidades de la Anemia ferropénica
- Proyector multimedia
- Ecran
- Tríptico
- Plumones de colores, lapiceros
- Papelógrafos, cartulinas
- Dibujos.
- Pelotita de felpa
- Rompecabezas de anemia
- Globos


- **FECHA Y HORA:**



Los días viernes de 5:00 pm a 7:00 pm durante los meses de setiembre y octubre

- **LUGAR:**

- Sala multiusos del Hospital Ramiro Prialé Prialé Es Salud.
- Sala de espera del Block 2 del Policlínico Metropolitano Huancayo Es Salud.

TEMA	CONTENIDO	METODOLOGÍA	MATERIAL DIDÁCTICO
<p>SESION 1</p> <p>07/09/2018</p> <p>Saludo y Presentación y De las expositoras y registro participantes.</p> <p>¿Qué es la Anemia? (Ver anexo N° 08)</p>	<p>Buenos tardes señoras (es) padres de familia, somos las Lic. Enf. Ana María Aquino Gutierrez y Lic. Enf. Danitza Gora Flores; en esta oportunidad vamos a exponerles sobre una enfermedad que en la actualidad se está incrementando de manera alarmante, esta es la "ANEMIA" y que hacer para evitar que nuestros niños la adquieran</p> <p>Dinámica de anemia</p> <p>DEFINICIÓN DE ANEMIA</p> <p>La anemia es un trastorno donde el número de eritrocitos o glóbulos rojos están disminuidos, donde la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo.</p>	<p>Tradicional juego, donde unos hacen de casa, otros de niños, y se da la orden de anemia para que todo cambien de función. Una persona queda por fuera, que busca puesto luego de guiar el juego.</p> <p>Pregunta: Alguno de ustedes sabe ¿Qué es la anemia? Lluvia de ideas.</p> <p>(Se entregará a cada participante un plumón y papel de color para que defina que es la anemia, luego se agrupará las hojas con definiciones similares para poder sacar una</p>	 

<p>¿Cuáles son sus causas? (Ver anexo N° 08)</p>	<p>CAUSAS DE LA ANEMIA FERROPENICA</p> <p>Nacimiento con bajo peso Hemorragias neonatales Anemia de la madre Ritmo de crecimiento acelerado. Déficit de hierro en la dieta. Infecciones recurrentes. Parasitosis</p> <p>POBLACIÓN MAS VULNERABLE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niños menores de 2 años -Lactantes -Gestantes 	<p>definición global. Después en forma dinámica con una pelota y un equipo de sonido se realizará las preguntas a los padres para que definan la anemia)</p> <p>Exposición Participativa</p> <p>Dinámica de grupos</p> <p>Armar el rompecabezas grande de signos y síntomas de anemia</p>	 <p>El diagrama muestra un rompecabezas central con la leyenda 'Causas de la anemia'. Alrededor del rompecabezas se encuentran seis piezas con las siguientes etiquetas: 'Baja reserva de hierro en el feto', 'Infecciones recurrentes', 'Parasitosis', 'Hemorragias', 'Ritmo de crecimiento acelerado' y 'Déficit de hierro en la dieta'.</p>
--	--	---	---

<p>SESION 3</p>	<p>las edades. Se ha reportado una disminución de 5 puntos en el coeficiente intelectual (CI) en niños con antecedentes de anemia durante el primer año de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retraso en el desarrollo psicomotor. - Incremento de recurrencia de las infecciones y estudios han demostrado que el déficit psicomotor no es corregible, si la anemia ferropénica ocurre en los primeros 2 años de vida. - Reafirmación del conocimiento de signos y síntomas y consecuencias <p>PREVENCION DE LA ANEMIA</p> <p>Una opción para prevenir la anemia es la administración de suplementos de hierro como los nutriessalud, y lo más importante una alimentación balanceada rica en hierro</p> <p>¿Qué es el NUTRIESALUD?</p> <p>El NUTRIESALUD o micronutrientes (también llamados oligonutrientes) son las vitaminas y los</p>	<p>Se realizará una distribución de carteles para cada grupo en las que esté escrito un signo o un síntoma de la anemia y consecuencias los que tienen que pegar en el árbol del saber.</p> <p>Exposición participativa</p>	 
------------------------	---	---	--

21/09/2018

PREVENCIÓN

¿Cómo prevenimos la anemia?

(Ver anexo N° 08)

SESION 4

minerales, que se consumen en cantidades relativamente menores, pero que son imprescindibles para las funciones orgánicas.

COMPOSICIÓN DE NUTRIENTES

COMPOSICIÓN	DOSIS
Hierro	12,5 mg (Hierro elemental)
Zinc	5 mg
Ácido Fólico	160 µg
Vitamina A	300 µg RE
Vitamina C	30 mg

ALIMENTACIÓN BALANCEADA:

DEFINICIÓN

Basada en los tres grupos de alimentos energéticos, constructores y reguladores, los que varían de acuerdo a la edad, sexo, actividades propias del ser humano.

IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN

BALANCEADA


La alimentación balanceada es importante

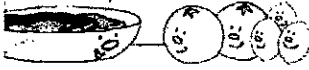

Dinámica de globos de 5 colores donde cada participante tendrá 1 color, ellos deberán elevar sus globos con las manos y tendrán que cuidarlos mientras los facilitadores intentan que entre ellos hagan caer sus globos, cuando se cae el globo el participante queda fuera del juego.

Al final se explica la importancia de cuidar nuestros micronutrientes importantes en nuestro cuerpo

Exposición participativa

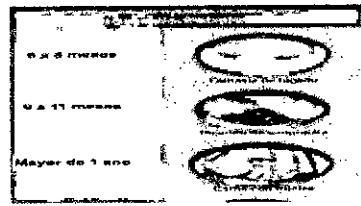


<p>28/09/2018</p> <p>Ustedes entienden alimentación balanceada?</p> <p>(Ver anexo N° 08)</p> <p>SESION 5</p>	<p>que por</p> <p>porque va a proporcionar al organismo nutrientes necesarios para cumplir con las funciones de crecimiento, fuerza y protección.</p> <p>CLASIFICACIÓN DE ALIMENTOS</p> <p>Los alimentos energéticos: Alimentos que proveen energía al ser humano.</p> <p>Conformados por: Cereales, tubérculos, menestras, grasas y azúcares.</p> <p>Los alimentos constructores: son los alimentos que renuevan y forman las células. Ejemplo: carnes, pescados, mariscos, huevos, la leche y sus derivados. Priorizar alimentos ricos en hierro sangrecita, bazo e hígado, bofe.</p> <p>Los alimentos reguladores: nos proporciona las vitaminas y minerales y permiten protegernos de las enfermedades se conforman por frutas, verduras, vegetales, agua y sal yodada.</p> <p>Antes de retirarnos alguien tiene alguna pregunta o duda se entregarán tarjetas para ser colocadas según correspondan a cada pregunta. Sobre la clasificación de los alimentos.</p>	<p>Lluvia de ideas</p>	
--	--	------------------------	---

<p>05/10/2018</p> <p>¿Sabén cuáles son los tipos de alimentos? (Ver anexo N° 08)</p> <p>Entrega de tarjetas de colores y figuras de alimentos.</p>	<p>ESQUEMA DE LA ALIMENTACION DE UN NIÑO DE 6 A 24 MESES:</p> <p>De 6-8 meses: Consistencia: Aplastado tipo puré</p> <ul style="list-style-type: none"> - N° de comidas/día: 3 comidas + 2 refrigerios. - Cantidad: 3 a 5 cucharadas o ½ plato mediano(19 cm de diámetro) <p>Dar de lactar después de los alimentos.</p> <p>De 9-11 meses: Consistencia: Picado</p> <ul style="list-style-type: none"> - N° de comidas/día: 3 comidas + 2 refrigerios. - Cantidad: 5 a 7 cucharadas o ¾ partes de plato mediano(19 cm de diámetro) <p>Dar de lactar después de los alimentos.</p>	<p>Expositivo y participativo</p>	<div data-bbox="1630 331 1951 521" style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>El hígado que tiene aquí tiene mucho hierro, y ustedes que tienen vitamina C son una combinación perfecta en un refresco para nutrir a los niñas y niños</p>  </div> 
---	--	-----------------------------------	--

- De 12-24 meses:**
- **Consistencia:** Deberá ser de la olla familiar. (Todo tipo de alimentos)
 - **Nº de comidas/día:** 3 comidas + 2 refrigerios.
 - **Cantidad:** 7-10 cucharadas soperas (01 plato de 19cm de diámetro)
 - Continuar con lactancia materna hasta los 2 años. Dar de lactar después de los alimentos.

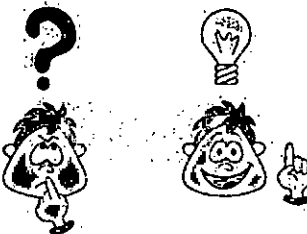

Tarjetas móviles


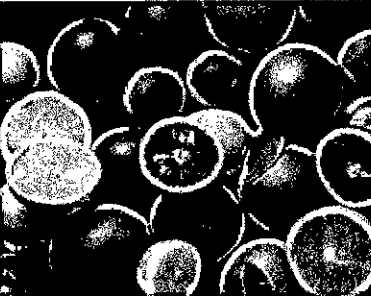


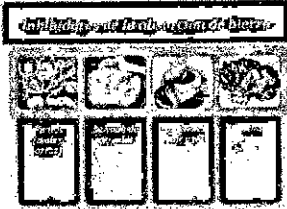
ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE 6 A 24 MESES PARA PREVENIR LA ANEMIA



EDAD (meses)	CANTIDAD DE COMIDA POR DÍA		
	Mezcla elaborada	Mezcla en plátos o cucharadas	Alimento de origen animal (carne, huevo)
6-8	3-5	4 platos pequeños	1 porción*
9-11	3-4	4 platos pequeños	2 porciones
12-24	3-4	4 porciones	2 porciones

*1 porción la porción es complementaria, 10 ml o más carnes o 2 cucharadas de carne la otra es carne o 2 cucharadas de huevo o 1 huevo cocido o 2 cucharadas de leche o 2 cucharadas de queso o 2 cucharadas de queso o 2 cucharadas de queso o 2 cucharadas de queso

MOTIVACION	CONTENIDO	METODOLOGIA	MATERIAL DIDACTICO
<p>SESION 6</p> <p>12/10/2018</p> <p>Saludo y registro de participantes (Ver anexo N° 08)</p> <p>Alguno de ustedes sabe ¿Qué es el hierro?</p>	<p>Buenos tardes padres de familia continuando con los temas, hoy hablaremos un tema muy importante y es como reducir y prevenir la anemia ferropénica – todo esto a través de una buena alimentación.</p> <p>D) DEFINICIÓN DEL HIERRO</p> <p>Mineral que se almacena en el cuerpo del ser humano, La hemoglobina en los glóbulos rojos y la mioglobina en los músculos. también en enzimas y neurotransmisores, su deficiencia repercute en deficiencias negativas en el desarrollo psicomotor, conducta, reducción del tono vagal. Asimismo, la velocidad de conducción muy lenta de sus sistemas sensoriales de audición, visión.</p>	<p>Lluvia de ideas</p> <p>(Se realizará en forma dinámica una pelota y un equipo de sonido para realizar las preguntas a los padres)</p> <p>Exposición participativa</p>	 

<p>SESION 7</p> <p>19/10/2018</p> <p>¿Qué alimentos facilitan la mejor absorción de hierro?</p>	<p>brócoli, alverjas, maca, habas, papa seca, quinua.</p> <p>CLASIFICACIÓN DE LAS FUENTES DE HIERRO SEGÚN LA CANTIDAD DE APORTE</p> <p>CLASE A: los alimentos de alto aporte de hierro. Entre ellos los alimentos de fuente animal como: sangrecita , hígado, bofe.</p> <p>CLASE B: los alimentos de aporte medio de hierro. Las menestras, carne de pollo, huevo.</p> <p>CLASE C: Los alimentos de aporte bajo de hierro generalmente alimentos de fuente vegetal como perejil, espinaca,</p> <p>FACILITADORES DE LA ABSORCIÓN DEL HIERRO</p> <p>Cítricos: vitamina C mejora la absorción del hierro no hemínico. Por ejemplos: Naranja, piña, papaya, maracuyá, membrillo, carambola, limonada.</p> <p>Proteínas de la carne: además de proveer hierro</p>	<p>Phillips 66</p> <p>(7 grupos de 6)</p> <p>Lluvia de ideas</p> <p>Demostración con entrenamiento</p>	 
---	---	--	--

<p>(Ver anexo N° 08)</p> <p>¿Alguien sabe que alimentos impiden la absorción del hierro?</p>	<p>hemínico (altamente absorbible) favorecen la absorción de hierro no hemínico. Por ejemplo</p> <p>Combinar las menestras con carne de res.</p> <p>Vitamina A: Mantiene al hierro soluble y disponible para que pueda ser absorbido. La combinación de vitamina A con hierro se usa para mejorar la anemia ferropénica (por deficiencia de hierro). Por ejemplo en ensaladas de frutas o verduras.</p> <p>INHIBIDORES DE LA ABSORCIÓN DEL HIERRO</p> <p>Café, té (negro, verde) vinos, chocolate, pueden inhibir la absorción ya que se combinan con el hierro formando un compuesto insoluble.</p> <p>Infusiones o mates.</p> <p>Proteínas vegetales: las proteínas de la soya tienen un efecto inhibitorio en la absorción del hierro no hemínico.</p> <p>Calcio: cuando el calcio se consume junto al hierro en una comida, el calcio disminuye la absorción de hierro</p>	<p>Exposición participativa</p>	
--	--	---------------------------------	---

<p>¿Cuáles son las creencias erradas sobre la anemia</p>	<p>hemínico como el no hemínico. Lácteos y derivados.</p> <p>Frutos secos y especias: (orégano).</p> <p>CREENCIAS ERRADAS SOBRE LA ANEMIA</p> <p>El consumo de limón produce anemia: Es falso, la vitamina c del limón mejora la absorción del hierro.</p> <p>Los alimentos de color rojo incrementan la hemoglobina por tanto mejoran de anemia, falso. Su pigmentación no tiene nada que ver con aporte de hierro.</p> <p>Consumir jugos de frutas y verduras de color verde curan la anemia. Esto también es falso toda vez que estos alimentos de acuerdo a su clasificación se encuentran en alimentos bajos en hierro.</p> <p>Las menestras son muy pesadas para los niños, les cae mal al estómago, falso. Las menestras por la cantidad de proteínas que las carnes, son muy nutritivas.</p> <p>Explicación de Preparación de alimentos nutritivos.</p>	<p>Exposición</p>	 
--	--	-------------------	--

SESION 8

26/10/2018

Sesión demostrativa de alimentación balanceada y rica en hierro.

(Ver anexo N° 08)

EDAD	CONSISTENCIA	CANTIDAD	ALIMENTOS SANCOCHADOS	PREPARACION
5 a 8 meses	Alimentos aplastados tipo puré	3 a 5 cucharadas o ¼ plato mediano	1 papa pequeña ½ cucharada de zapallo 2 cucharadas de hígado de poto Aceite vegetal y sal yodada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponer de un plato mediano, una cuchara y un tenedor. 2. Obtener trozos de hígado de poto, aplastar en el plato con la ayuda del tenedor hasta lograr 2 cucharadas coladas. 3. Aplastar la papa pequeña y la media cucharada de zapallo. 4. Preparar la mezcla de los tres ingredientes añadiendo poco a poco el caldo o agua hasta lograr una consistencia espesa y suave tipo puré, finalmente añadir media cucharada de aceite vegetal y pizca de sal yodada.
9 a 11 meses	Alimentos picados	5 a 7 cucharadas o ¼ partes de plato mediano	½ papa mediana 2 cucharadas de zapallo 2 cucharadas de sangrecita Aceite vegetal y sal yodada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponer de un plato mediano, una cuchara y un cuchillo. 2. Pizar en cuadritos pequeños la ½ papa mediana y las dos cucharadas de zapallo. 3. Obtener 2 cucharadas coladas de sangrecita, pizar en cuadritos pequeños añadir media cucharada de aceite vegetal y pizca de sal yodada. 4. Servir en el plato mediano los almorcillos picados colar uno en el propiador, cortarlas y estirarlas las ¼ partes del plato.
Mayor de 1 año	Alimentos de consistencia tipo segundo	7 a 10 cucharadas o un plato mediano	2 cucharadas de carne 2 trozos pequeños de juco (3 cucharadas) 2 cucharadas de fíjoles 4 radices de zanahoria Aceite vegetal y sal yodada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponer de un plato mediano, una cuchara y un cuchillo. 2. Cortar en trozos pequeños la carne y servir dos cucharadas coladas. 3. Cortar en trozos pequeños la juca y servir 3 cucharadas. 4. Servir 3 cucharadas de fíjoles, añadir una cucharada de aceite vegetal y pizca de sal. 5. Añadir 4 trozos de zanahoria.

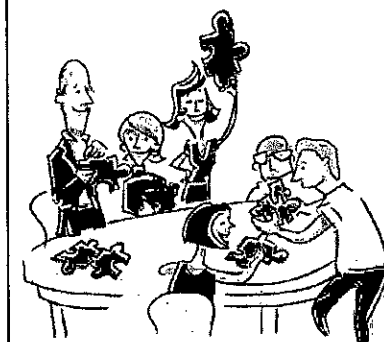
Al final representante de grupo realizará la explicación y la demostración de cómo realizó la preparación del plato elegido y las combinaciones apropiadas. También la bebida con la cual lo acompañarán y la importancia de esta.


Formarán tres grupos, para la preparación de platos para sus niños de acuerdo a su grupo etareo.

Bueno padres de familia se agradece su participación y su asistencia, se les hará entrega de materiales sobre

participativa

Demostración y re demostración



<p>Despedida</p>	<p>la anemia muchas gracias por su atención y a continuación procederemos a realizar la siguiente dinámica en grupo el nudo humano.</p>	<p>Dinámica</p>	
------------------	---	-----------------	---

RECETAS RICAS EN HIERRO

ARROZ TAPADO



INGREDIENTES

- ACEITE
- CEBOLLA PICADA
- TOMATE
- SANGRECITA
- PEREJIL
- HUEVO SANGRECHADO
- PASAS NEGRAS
- ACEITUNA
- ARROZ

• SAL

PREPARACIÓN

- LAVADO DE MANOS
- CALIENTE EL ACEITE EN UNA SARTÉN, A FUEGO MEDIO, Y DORE LA CEBOLLA. EL AJO AGREGUE EL TOMATE LICUADO Y SAZONE CON SAL Y PIMIENTA. COCINE DURANTE TRES MINUTOS. AÑADA LA SANGRECITA, REMUEVA BIEN, TAPE Y DEJE COCINAR DURANTE 20 MINUTOS. RETIRE DEL FUEGO E INCORPORA EL PEREJIL, LOS HUEVOS, LAS PASAS Y LAS ACEITUNAS. MEZCLE. COLOQUE LA MITAD DEL ARROZ CALIENTE EN MOLDES. AGREGUE ENCIMA LA MEZCLA ANTERIOR. CUBRA CON EL ARROZ RESTANTE CALIENTE Y PRESIONE LIGERAMENTE PARA COMPACTAR. VOLTEE EL MOLDE EN UN PLATO Y DESMOLDE. Y SIRVA



CROQUETAS



INGREDIENTES

- SANGRECITA
- CARNE MOLIDA
- ACEITE
- HIERBABUENA
- CEBOLLA
- AJO

• PEREJIL

PREPARACIÓN

- EN UNA SARTÉN PON LAS CUCHARADAS DE ACEITE, AGREGA CEBOLLA PICADA UNA VEZ COMIENZE A DORAR, INCORPORA EL AJO BIEN MAJADO Y EL PEREJIL, E INMEDIATAMENTE INCORPORAR LA CARNE MOLIDA, SAZONA CON SAL A TU GUSTO, MÉZCLALA BIEN PARA QUE SE INTEGRE BIEN CON LOS CONDIMENTOS, Y DÉJALA QUE COCINE HASTA QUE HAYA TOMADO COLOR.
- REMOVIENDO TRABAJAR LA MASA HASTA QUE VEAS QUE SE COMPACTA Y SEPARA DE LAS PAREDES DEL RECIPIENTE, SE PUEGE INCORPORAR HARINA.
- PÁSALA A UNA FUENTE Y DEJA ENFRIAR LA MASA UNOS 30 MINUTOS PARA QUE PUEDAS DESPUÉS ELABORAR LAS CROQUETAS.
- COGE UNA CUCHARA, LLÉNALA CON LA MASA, HAZ PRIMERO UNA BOLA Y LUEGO DALE LA FORMA QUE PREFERAS. UNA VEZ LISTAS, ESPOLVOREA CON HARINA Y A CONTINUACIÓN PASA POR EL HUEVO BATIDO PRIMERO Y FREIR



RECETAS RICAS EN HIERRO

ARROZ TAPADO



INGREDIENTES

- ACEITE
- CEBOLLA PICADA
- TOMATE
- SANGRECITA
- PEREJIL
- HUEVO SANCOCCHADO
- PASAS NEGRAS
- ACEITUNA
- ARROZ

PREPARACIÓN

- LAVADO DE MANOS
- CALIENTE EL ACEITE EN UNA SARTÉN, A FUEGO MEDIO, Y DORE LA CEBOLLA, EL AJO AGREGUE EL TOMATE LICUADO Y SAZONE CON SAL Y PIMIENTA. COCINE DURANTE TRES MINUTOS. AÑADA LA SANGRECITA, REMUEVA BIEN, TAPE Y DEJE COCINAR DURANTE 20 MINUTOS. RETIRE DEL FUEGO E INCORPORA EL PEREJIL, LOS HUEVOS, LAS PASAS Y LAS ACEITUNAS. MEZCLE. COLOQUE LA MITAD DEL ARROZ CALIENTE EN MOLDES. AGREGUE ENCIMA LA MEZCLA ANTERIOR. CUBRA CON EL ARROZ RESTANTE CALIENTE Y PRESIONE LIGERAMENTE PARA COMPACTAR. VOLTEE EL MOLDE EN UN PLATO Y DESMOLDE. Y SIRVA



CROQUETAS



INGREDIENTES

- SANGRECITA
- CARNE MOLIDA
- ACEITE
- HIERBABUENA
- CEBOLLA
- AJO

PREPARACIÓN

- EN UNA SARTÉN PON LAS CUCHARADAS DE ACEITE, AGREGA CEBOLLA PICADA UNA VEZ COMIENZE A DORAR, INCORPORA EL AJO BIEN MAJADO Y EL PEREJIL, E INMEDIATAMENTE INCORPORAR LA CARNE MOLIDA, SAZONA CON SAL A TU GUSTO, MÉZCLALA BIEN PARA QUE SE INTEGRE BIEN CON LOS CONDIMENTOS, Y DÉJALA QUE COCINE HASTA QUE HAYA TOMADO COLOR.
- REMOVIENDO TRABAJAR LA MASA HASTA QUE VEAS QUE SE COMPACTA Y SEPARA DE LAS PAREDES DEL RECIPIENTE, SE PUEDE INCORPORAR HARINA.
- PÁSALA A UNA FUENTE Y DEJA ENFRIAR LA MASA UNOS 30 MINUTOS PARA QUE PUEDAS DESPUÉS ELABORAR LAS CROQUETAS.
- COGE UNA CUCHARA, LLÉNALA CON LA MASA, HAZ PRIMERO UNA BOLA Y LUEGO DALE LA FORMA QUE PREFIERAS. UNA VEZ LISTAS, ESPOLVOREA CON HARINA Y A CONTINUACIÓN PASA POR EL HUEVO BATIDO PRIMERO Y FREIR



SALPICÓN DE SANGRECITA



INGREDIENTES

- SANGRECITA
- PAPA AMARILLA
- ZANAHORIA
- HIERBABUENA
- CEBOLLA CHINA
- CHOCLO
- AJOS
- ACEITE
- PIMENTON

PREPARACIÓN

- LAVADO DE MANOS
- PICAR LA CEBOLLA Y PREPARAR UN ADEREZO CON AJOS, ACEITE Y PEMENTÓN
- INCORPORAR LA SANGRECITA Y DEJAR HERVIR POR 30 MINUTOS
- AGREGAR CHOCLO, ARVEJA, ZANAHORIA Y LA PAPA AMARILLA DEJAR QUE COCINE.



CAUSA RELLENA DE SANGRECITA



INGREDIENTES

- SANGRECITA
- PAPA AMARILLA
- ZANAHORIA
- ARVEJA
- CEBOLLA CHINA
- CHOCLO
- AJOS
- ACEITE
- PIMENTON

PREPARACIÓN

- LAVADO DE MANOS
- PICAR LA CEBOLLA Y PREPARAR UN ADEREZO CON AJOS, ACEITE Y PEMENTÓN
- INCORPORAR LA SANGRECITA Y DEJAR HERVIR POR 30 MINUTOS. AGREGAR CHOCLO, ARVEJA, ZANAHORIA Y DEJAR QUE COCINE.
- SANCOCHAR LA PAPA AMARILLA PELAR Y AFLASTAR E INCORPORAR EL LIMÓN, AJÍ AMARILLO, ACEITE, SAL Y AMASAR HASTA LOGRAR UNA MASA UNIFORME
- COLOCAR EN UN RECIPIENTE LA MASA LUEGO COLOCAR LA SANGRECITA Y TAPAR CON OTRA PORCION DE MASA DE PAPA. DECORAR.



CHOCOLATES CON SANGRECITA



INGREDIENTES

- SANGRECITA
- COBERTURA DE CHOCOLATE
- CANELA

- CLAVO DE OLO
- GALLETAS VAINILLA
- MERMELADA

PREPARACIÓN

- LAVADO DE MANOS
- SANCOCHAR LA SANGRE DE POLLO CON AGUA, CANELA, CLAVO DE OLO, ESENCIA DE VAINILLA UNA CUCHARADITA
- LICUAR LA SANGRECITA SANCOCHADA INCORPORANDO LA GALLETAS VAINILLA HASTA FORMAR UNA CREMA, DEJAR REPOSAR Y QUE ENFRIE.
- DERRETIR EL CHOCOLATE A BAÑO MARÍA Y COLOCAR AL MOLDE EN PEQUEÑAS CANTIDADES SOLO LOS BORDES CON AYUDA DE UN PINCEL Y DEJAR ENFRIAR.
- AGREGAR LA CREMA DE SANGRECITA FRÍA A LOS MOLDES CUBIERTOS DE UNA CAPA DE CHOCOLATE Y RELLENAR EL CHOCOLATE DERRETIDO HASTA COMPLETAR EL MOLDE.



ANEXO N°08

FOTOGRAFÍAS



Foto N°01. Sesión 1. ¿Qué es la anemia?

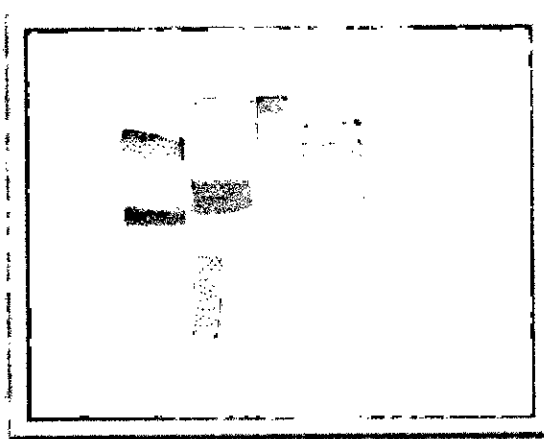


Foto N°02. Sesión 1. ¿Qué es la anemia?



Foto N° 03. Sesión 2. ¿Cuáles son sus causas?



Foto N°04. Sesión 3 ¿Cuáles son sus signos, síntomas y consecuencias?



Foto N°05. Sesión 2 ¿Cuáles son sus signos, síntomas y consecuencias?



Foto N° 06. Sesión 3. ¿Cómo prevenimos la anemia?



Foto N° 07. Sesión 4. Ustedes. ¿Qué entienden por alimentación balanceada?

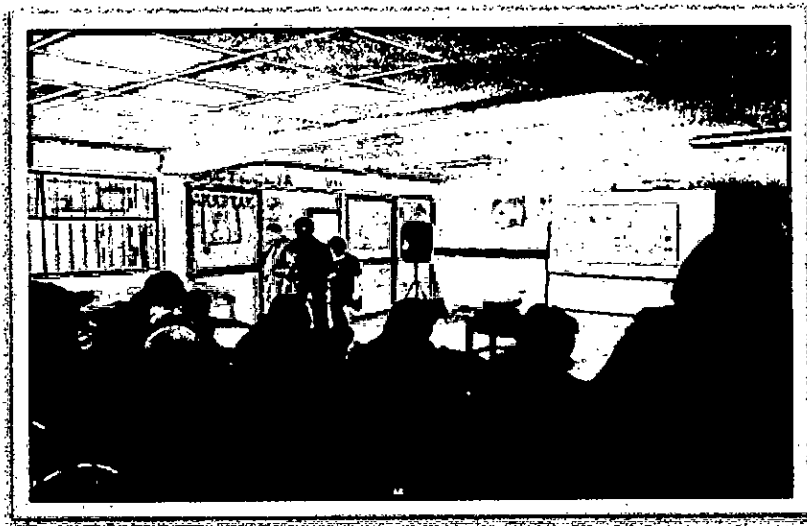


Foto N° 08. Sesión 5. Los alimentos constructores

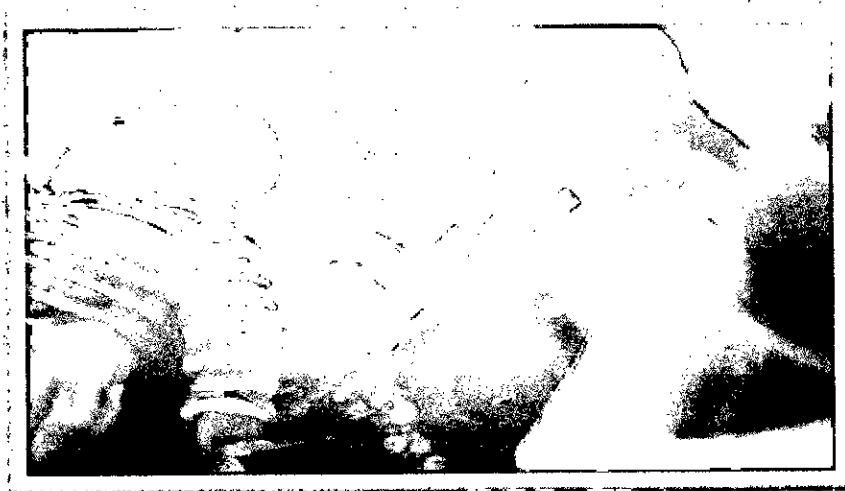


Foto N° 09. Sesión 6. Definición e importancia de hierro.

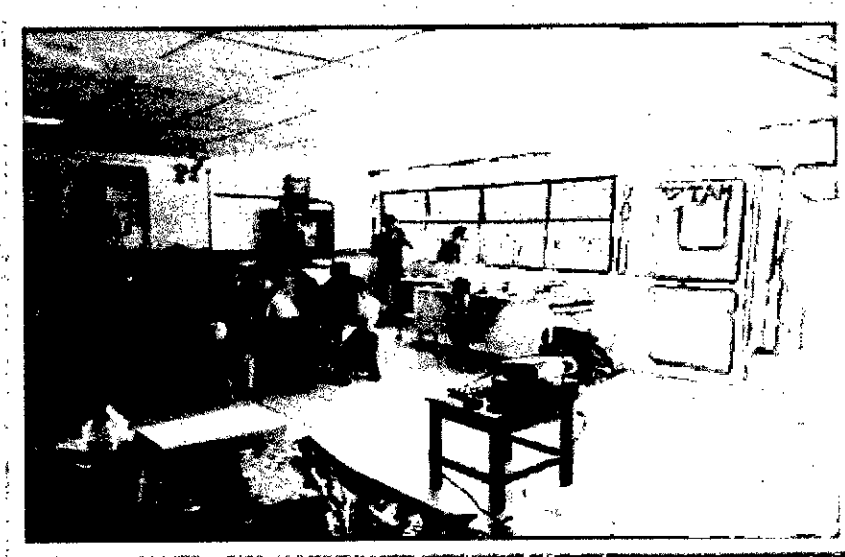


Foto N° 10. Sesión 7. Facilitadores del hierro



Foto N° 11. Sesión 8. Sesión demostrativa de alimentación balanceada y rica en hierro



Foto N° 12 Sesión 8. Degustación de platos ricos en hierro

