

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA EN MADRES CON
NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ASISTEN AL ESTABLECIMIENTO
DE SALUD I-4 SANTO DOMINGO. PIURA. 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

AUTORES:

CARMEN ROSA FERNÁNDEZ REMICIO

CARLOS ALBERTO MENACHO CHAUCA

CALLAO – 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO SECRETARIA
- Mg. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: DRA. CHALCO CASTILLO NANCY SUSANA

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 113

Fecha de Aprobación de tesis: 16/11/2018

Resolución del Consejo de Facultad 1444-2018-CF/FCS de fecha 14 de noviembre del 2018, sobre designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A mi madre orfelina y padre felix, por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera y creer en mi capacidad.

A mi esposa cruz maría e hijos, por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

Carlos

A mis padres Jorge y maría por su apoyo y esfuerzo en cada momento de mi vida para lograr mis metas trazadas.

A mi esposo Danilo y mi hijo Oscar por ser el motivo y la fuerza a seguir luchando cada día así poder ser mejor en mi vida profesional.

Carmen

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por permitirme tener y disfrutar a mi familia, gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto, gracias a la vida porque cada día nos demuestra lo hermosa que es y lo justa que puede llegar a ser; gracias por creer en mí y un profundo agradecimiento a los docentes de la Universidad Nacional del Callao, por haber recibido su apoyo, paciencia y enseñanzas, para la conclusión de este trabajo de investigación.

Carlos

A Dios por haberme dado la vida y tener una hermosa familia.

A mi familia por su apoyo incondicional en cada momento de mi vida profesional.

Un agradecimiento especial a todos los docentes de la Universidad Nacional del Callao por haberme impartido conocimientos, paciencia para realizar este trabajo.

Carmen

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1 Identificación del problema	10
1.2 Formulación del Problema	13
1.2.1 Problema General	13
1.2.2 Problemas Específicos	13
1.3 Objetivos	13
1.3.1 Objetivo General	13
1.3.2 Objetivos Específicos	14
1.4 Limitantes de la investigación	14
1.4.1 Limitante teórico	14
1.4.2 Limitante temporal	14
1.4.3 Limitante espacial	14
II. MARCO TEÓRICO	15
2.1 Antecedentes	15
2.1.1 Antecedentes Internacionales	15
2.1.2 Antecedentes Nacionales	15
2.2 Marco	17
2.2.1 Teórico	17
2.2.2 Conceptual	19
2.2.3 Teórico – Conceptual	33
2.3 Definición de términos básicos	34
III. VARIABLES E HIPOTESIS	36
3.1 Hipótesis	36
3.2 Operacionalización de variables	38

IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	41
4.1 Tipo y diseño de la de Investigación	41
4.1.1 Tipo de la Investigación	41
4.1.2 Diseño de la Investigación	41
4.2 Población y muestra	41
4.2.1 Población	41
4.2.2 Muestra	42
4.2.3 Criterios de Inclusión	42
4.2.4 Criterios de Exclusión	42
4.3 Técnicas e Instrumentos para recolección de la información	42
4.4 Análisis y procesamiento de datos	44
V. RESULTADOS	45
5.1 Resultados Descriptivos	45
5.2 Resultados Inferenciales	53
5.3 Otro tipo de resultados	
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	57
6.1 Contrastación de la hipótesis	57
6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares	59
VII. CONCLUSIONES	71
VIII. RECOMENDACIONES	73
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	79
Anexo 1: Instrumentos validados	80
Anexo 2: Consentimiento informado	85
Anexo 3: Base de datos	86
Otros	87

ÍNDICE DE TABLAS DE CONTENIDO

Tabla 5.1 Grado de instrucción de las madres de niños menores de tres años.....	pagina 45.
Tabla 5.2 Ocupación de las madres de niños menores de tres años.....	pagina 46.
Tabla 5.3 Lugar de procedencia de las madres de niños menores de tres años.....	pagina 47.
Tabla 5.4 Edad de las madres de niños menores de tres años.....	pagina 48.
Tabla 5.5 Nivel de conocimientos sobre anemia ferropénica antes y después del programa educativo en las madres de niños menores de tres años.....	pagina 49.
Tabla 5.6 Nivel de conocimientos sobre anemia ferropénica antes y después del programa educativo en la dimensión 1 Diagnóstico y Tratamiento de la anemia en las madres de niños menores de tres años.....	pagina 50.
Tabla 5.7 Nivel de conocimientos sobre anemia ferropénica antes y después del programa educativo en la dimensión 2 Consecuencias de la anemia en las madres de niños menores de tres años	pagina 51.
Tabla 5.8 Nivel de conocimientos sobre anemia ferropénica antes y después del programa educativo en la dimensión 3 Medidas Preventivas de la anemia en las madres de niños menores de tres años	pagina 52.

ÍNDICE DE FIGURAS DE CONTENIDO

Grafico 5.1 Grado de instrucción de las madres de niños menores de tres años.....	pagina 45.
Grafico 5.2 Ocupación de las madres de niños menores de tres años.....	pagina 46.
Grafico 5.3 Lugar de procedencia de las madres de niños menores de tres años.....	pagina 47.
Grafico 5.4 Edad de las madres de niños menores de tres años.....	pagina 48.
Grafico 5.5 Nivel de conocimientos sobre anemia ferropénica antes y después del programa educativo en las madres de niños menores de tres años.....	pagina 49.
Grafico 5.6 Nivel de conocimientos sobre anemia ferropénica antes y después del programa educativo en la dimensión 1 Diagnóstico y Tratamiento de la anemia en las madres de niños menores de tres años.....	pagina 50.
Grafico 5.7 Nivel de conocimientos sobre anemia ferropénica antes y después del programa educativo en la dimensión 2 Consecuencias de la anemia en las madres de niños menores de tres años	pagina 51.
Grafico 5.8 Nivel de conocimientos sobre anemia ferropénica antes y después del programa educativo en la dimensión 3 Medidas Preventivas de la anemia en las madres de niños menores de tres años	pagina 52.

RESUMEN

El presente estudio se titula “**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS QUE ASISTEN AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I - 4 SANTO DOMINGO**”, tiene como **OBJETIVO**: Determinar la efectividad de un programa educativo sobre anemia ferropénica en el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo. **METODOLOGIA**: El enfoque es cuantitativo debido a que los datos obtenidos son susceptibles de cuantificación, de nivel aplicativo y de corte transversal, ya que se ha permitido presentar la variable de estudio, en un tiempo y espacio determinado. La población muestral estuvo conformada por 30 madres que asisten mensualmente al establecimiento de salud I-4 Santo Domingo, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, el instrumento que se utilizó fue el cuestionario. **RESULTADOS**: del total de la población 100% (30); el 34% (10) poseía conocimiento alto, el 63% (19) poseía conocimiento medio y 3% (1) poseía conocimiento bajo sobre anemia ferropénica, mientras que después de la aplicación del programa educativo el 90% (27) poseía conocimiento alto y 10% (3) poseía conocimiento medio. **CONCLUSIONES**: el programa educativo es efectivo ya que las madres incrementaron el nivel de conocimientos sobre anemia ferropénica.

Palabras clave: Programa Educativo, Conocimiento, Anemia ferropénica.

ABSTRACT

This study is entitled "**EFFECTIVENESS OF THE EDUCATIONAL PROGRAM ON IRON DEFICIENCY ANEMIA IN THE LEVEL OF KNOWLEDGE OF MOTHERS OF CHILDREN UNDER THREE YEARS ATTENDING THE HEALTH ESTABLISHMENT I - 4 SANTO DOMINGO**",

AIMS TO: Determine the effectiveness of a program education on iron deficiency anemia in the level of knowledge of mothers of children under three years of age who attend Health Facility I - 4 Santo Domingo.

METHODOLOGICAL: The approach is quantitative because the data obtained are susceptible to quantification, application level and cross-section, since it has been allowed to present the study variable, in a given time and space. The sample population consisted of 30 mothers who attend the I-4 Santo Domingo health center monthly, who met the criteria for inclusion and exclusion, the instrument that was used was the questionnaire. **RESULTS:** of the total population 100% (30); 34% (10) had high knowledge, 63% (19) had medium knowledge and 3% (1) had low knowledge about iron deficiency anemia, while after the application of the educational program 90% (27) had high knowledge and 10% (3) had average knowledge. **CONCLUSIONS:** the educational program is effective as mothers increased the level of knowledge about iron deficiency anemia.

Keywords: Educational Program, Knowledge, Ferropenic Anemia.

INTRODUCCION

La anemia por deficiencia de hierro es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo. A pesar de conocer tanto sobre su etiología y como enfrentarla es uno de los problemas nutricionales menos controlado. Este problema es un serio riesgo para la salud del niño, produciendo deterioro del desarrollo cognitivo y psicomotor, afectando la formación del sistema nervioso central desde la etapa de feto, pudiendo no ser resueltos con posterioridad y las consecuencias en etapas posteriores, afectaran de forma negativa la productividad de la persona cuando ingrese al mercado laboral (1)

Según la OPS – OMS indica que la prevalencia de anemia en niños de 1 a 5 años es de 50- 60% en los países en desarrollo. En el continente americano, aproximadamente 94 millones de personas sufren de anemia ferropénica. En la mayor parte los estudios, indican que la población más afectada es la de los recién nacidos de bajo peso, y menores de dos años.

En el Perú según la Encuesta Nacional Demográfica de Salud- ENDES 2000 uno de cada dos niños presentó anemia, Según el ENDES 2015 muestra aumento de 41.6% a 43.5% en menores de 3 años la prevalencia de anemia se mantiene alta.

Este problema afecta, no solo a la capital Lima, sino a las provincias con una alta incidencia de anemia en regiones, de sierra y selva, zonas de quintil I y II (las de pobreza y extrema pobreza). Es así que se toma como área de estudio, al Establecimiento de Salud I-4 Santo Domingo, perteneciente al Distrito de morropon, Provincia de Chulucanas, departamento de Piura, él cuenta con un servicio destinado al “Niño Sano” donde la enfermera operativiza actividades del PPR (Programa Presupuesto por Resultados), entre las actividades preventivo promocionales orientadas a promover y fomentar la salud de los niños, también investiga las variables que tienen que ver con el incremento de la anemia, para así disminuir su incidencia y controlar sus efectos, motivo

que lleva a desarrollar el presente estudio de investigación titulado “EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE ANEMIA FERROPENICA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS QUE ASISTEN AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I - 4 SANTO DOMINGO”, cuyo propósito es proporcionar a las autoridades del establecimiento de salud, específicamente a las enfermeras, información validada y confiable sobre el nivel de conocimientos de las madres acerca de la anemia ferropénica para que en base a ello se fortalezca las Estrategias, para la prevención y educación relacionadas a la anemia.

El presente trabajo consta de: Capítulo I en el cual se expone el problema que a su vez comprende: Planteamiento del problema, Formulación del Problema, Justificación, Objetivos, Propósitos y Marco Teórico. El capítulo II: Material y Método consta de Tipo y Nivel, Descripción del Área de Estudio, Población y Muestra, Técnica e Instrumento de Recolección de Datos, Validez y Confiabilidad del Instrumento, Plan de Recolección, Procesamiento y Análisis de Datos y consideraciones éticas. El capítulo III en el que se expone los resultados y discusión. En el capítulo IV se presentan las conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones. Finalmente se presenta Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS) el 2008, estimó que en el mundo hay 2000 millones de personas con algún grado de anemia, y cerca del 50% de los casos pueden atribuirse a la carencia de hierro que pueden ser prevenibles o tratados a bajo costo. A nivel mundial la prevalencia de la anemia sobre todo la severa es mayor en América del Sur (Perú, Brasil, Bolivia y parte de Venezuela) en África en un 50% de países, en Asia (Iraq, India, Indonesia) con prevalencias mayores al 40%. Anemia moderada Ecuador, Colombia, México, Libia, Egipto, China, Rusia, Canadá. Anemia Leve Chile, Groenlandia, Noruega, Suecia, Australia, No presenta prevalencia de Anemia Estados Unidos. (2)

Según la Organización Mundial de la Salud, el 15% de la población mundial; es decir de 500 a 600 millones de personas, padece anemia ferropénica. La prevalencia de este tipo de anemia en niños preescolares es alrededor del 10 % en países desarrollados y un 51 % en países en vías de desarrollo. Esta situación de salud infantil es un problema alarmante, que se hace cada vez más evidente en los países subdesarrollados de América Latina y el Caribe, siendo el Perú el país con la mayor prevalencia de anemia con el 57% de los casos de todo Latinoamérica . Según el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, la prevalencia de anemia en niños de 6 a 23 meses, a nivel nacional es de 57.1%; del cual, en la zona urbana la prevalencia es de 52.3% y en la zona rural de 68.9%. En la ciudad de Lima la prevalencia de anemia es de 47%. Los grupos etáreos más afectados son los lactantes y pre escolares, porque se encuentran en un período de crecimiento y desarrollo rápido. (3)

La situación de anemia a nivel de latino América y el Caribe se encuentran en países como Haití con el porcentaje más alto 65.8%,

encontrándose el Perú en tercer lugar con un 50.4% de porcentaje de anemia en niñas y niños menores de 5 años .De los países de América del Sur, Chile es el que ocupa el último lugar con un 1.5% de anemia. La clasificación de anemia en los países de América latina y el Caribe según gravedad como problema de Salud Pública ubica al Perú con una prevalencia severa mayor al 40% por lo que se considera como problema de Salud Publica en el país. (4)

En el Perú, uno de cada dos niños menores de 3 años tiene anemia (46,6 %), siendo esta mayor en el área rural (53,3%) que en el área urbana (42,9%). Según la ENDES 2009 y la ENDES 2011, primer semestre, la prevalencia de la anemia en los menores de tres años disminuyó en 3,8 puntos porcentuales a nivel nacional (de 50,4 % a 46,6%), la misma que fue de 3,9 puntos porcentuales en el área urbana y 3,4 puntos porcentuales en el área rural. Según región natural, la ENDES 2011 primer semestre ratifica que la prevalencia de la anemia es mayor en la sierra (54,9%) y en la selva (50,9%), que contrastan con la costa (38,9%); mientras que en la sierra y la selva la anemia afecta a cerca de seis y cinco de cada diez niños respectivamente; en la costa solo afecta a cuatro de ellos, cerca de dos y alrededor de un niño menos que en la sierra y la selva. Según ENDES 2009 y la ENDES 2011 primer semestre, el nivel promedio de la prevalencia bajó en la región de la costa (de 43,4 a 38,9 %) y en la sierra (de 59,8% a 54,9%); y subió en algo más de tres puntos porcentuales en la región de la selva (de 47,6 % a 50,9%). (5)

Sin embargo, la cifra resulta mayor cuando revisamos la prevalencia según grupo atareo, así, tenemos que afecta al 75,2 % de niños y niñas de 6 a 8 meses y alcanza al 72% en niños y niñas de 9 a 11 meses de edad, siendo aún elevada en niñas y niños de 12 a 17 meses de edad (60.3%), mientras que en los infantes de 18 a 59 meses los porcentajes son menores, la prevalencia se da en las zonas rurales que en la urbana; encontrándose regiones donde las brechas son mayores.(6)

Esta situación descrita es más evidente en las zonas urbano marginales debido al proceso de migración del campo a la ciudad, donde los pobladores traen consigo ciertos patrones culturales provenientes de diversas zonas o regiones de nuestro país, lo cual repercute en las formas de criar y alimentar al niño menor de 5 años. Por lo que, si no se toman las medidas necesarias para favorecer la salud del niño y no se revierte a tiempo la anemia, puede tener consecuencias funcionales en el niño, tales como: retardo del crecimiento, alteración del desarrollo psicomotor y desarrollo intelectual, probablemente irreversible (7).

La prevalencia de la anemia por carencia de hierro ocurre en niños de 6 y 17 meses de edad, lo que significa que una importante proporción de nuestros niños van a tener problemas en su desarrollo psicomotor y cognitivo. (8) Al nacer, el niño lleva una reserva de hierro, que es transmitida por la madre, para compensar la cantidad aportada por la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. A partir de esta edad, el niño va complementar el aporte de hierro con una alimentación balanceada. Por lo tanto la presencia de anemia por carencia de hierro, en la mayoría de los casos es por diversos factores.

Según datos del Instituto Nacional de Salud y el Centro Nacional de Nutrición, en el Perú solo el 3.8% de niños con anemia cumple el tratamiento de 6 a más veces por semana; el 22.2% de niños menores de 36 meses reciben una alimentación complementaria acorde al esquema del MINSA; y el 56.8% de niños menores de 6 meses recibe lactancia materna exclusiva. (9)

Casas Castro, Vilma en su investigación “Adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en niños de 6- 24 meses y factores asociados C.S.M.I Tahuantinsuyo Bajo” (2010), menciona que la razón por la que muy pocos niños son adherentes al tratamiento, responde a diversos factores que están relacionados a efectos secundarios al tratamiento farmacológico, desconocimiento de la madre sobre la enfermedad y

tratamiento, atención inoportuna; entre otras fueron las razones que conllevaron a la no adherencia al tratamiento.(10)

En el Establecimiento de Salud I-4 Santo Domingo, de la Provincia de Morropon, Departamento de Piura, según datos estadísticos, aproximadamente más del 40% de niños menores de 5 años atendidos en el consultorio de CRED, son diagnosticados con la enfermedad de anemia, ya que son datos estadísticos, según los controles de examen de hemoglobina. La enfermera brinda consejería integral personalizada a las madres que acuden al control periódico de sus niños sobre la prevención de anemia, en un breve tiempo de 5 a 10 minutos; empleando la técnica expositiva, en su mayor parte de manera oral y sin uso de materiales visuales, con escasa oportunidad de participación de las madres, convirtiéndose en seres pasivos.

Sin embargo no se ha obtenido los resultados esperados; toda vez que las estadísticas de los casos de anemia en este centro de salud siguen teniendo el mismo comportamiento.

Al interactuar con las madres de familia refieren: “no le doy la medicina por que se estriñe”, será por la medicina que los dientes se están manchando de marrón”, “no tengo plata para comprar la vitamina”, “mi hijo vomita la vitamina”, “me olvido de darle la vitamina todos los días”, “solo le di un mes”, “a mi niño no le gusta la sangrecita”, “mi esposo no quiere que comamos carne”, “al niño le da asco la sangrecita”, “en mi casa lo que comemos más es la sopa”, “la espinaca es buena contra la anemia”, “no sé qué darle a mi hijo, que alimentos tienen hierro” “el doctor me dijo que no le diera la vitamina si mi hijo está enfermo con tos o diarrea”, “porqué es importante darle hierro a mi niño.”, “el pescado le provoca alergia y puede causar infección de las heridas”; “la menestra le afloja el estómago”, “la betarraga es buena para prevenir la anemia”, “no me alcanza para hacer mi segundo...solo hago sopa de huesos...el caldo de hueso es muy nutritivo”, entre otras expresiones.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la efectividad del programa educativo sobre anemia ferropénica en el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo?

1.2.2 Formulación de problemas específicos

- ¿Cuál es la efectividad antes y después del programa educativo sobre anemia ferropénica en el nivel de conocimiento en su dimensión diagnóstico y tratamiento, en las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo?
- ¿Cuál es la efectividad antes y después del programa educativo sobre anemia ferropénica en el nivel de conocimientos, en su dimensión consecuencias de la anemia en las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo?.
- ¿Cuál es la efectividad antes y después del programa educativo sobre anemia ferropénica en el nivel de conocimiento en su dimensión medidas preventivas en las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la efectividad del programa educativo sobre anemia ferropénica en el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar la efectividad antes y después del programa educativo sobre anemia ferropénica en el nivel de conocimientos, en su

dimensión medidas preventivas de la anemia ferropénica de las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo.

- Identificar la efectividad antes y después del programa educativo sobre anemia ferropénica en el nivel de conocimientos, en su dimensión diagnóstico y tratamiento de la anemia en las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo.
- Identificar la efectividad antes y después del programa educativo sobre anemia ferropénica en el nivel de conocimientos, en su dimensión consecuencias de la anemia en las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo.

1.4 Limitantes de la investigación

Los hallazgos del presente estudio solo son generalizables para la población de estudio, es decir las madres de niños menores de tres años con anemia ferropénica que asisten al Establecimiento de Salud I-4 Santo Domingo; sin embargo puede ser comparado con poblaciones con características similares.

1.4.1 Limitante teórico

No se encontraron limitantes en este aspecto.

1.4.2 Limitante temporal

No se encontraron limitantes en este aspecto

1.4.3 Limitante espacial

Está determinada por la alta dispersión geográfica y poblacional característica de nuestro distrito, asimismo el empadronamiento inconcluso de las familias en programas sociales y la idiosincrasia propia de esta zona (machismo, matriarcado)

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

2.1.1 Antecedentes internacionales

TEJADA, M. (2015); en su estudio sobre “escolaridad materna y desnutrición del hijo o hija. Centro clínico nutricional Menca de Leoni, caracas”. El estudio es de tipo descriptivo, método no-experimental correlacional. Las conclusiones, los diferentes escenarios de la vida juegan un rol especial por lo que, la considera generadora de conocimientos y fortaleza de la autoestima. (34)

RAGA, M. (2014); en su estudio sobre “efectividad de un programa educativo sobre anemia ferropénica en familiares de niños menores de 2 años”. El estudio es de tipo descriptivo, método cuasi-experimental. Las conclusiones, 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. (35)

PARRA, B. (2014); en su estudio sobre “estado nutricional del hierro en gestantes adolescentes, Medellín, Colombia””. El estudio es de tipo analítico, de corte transversal. Las conclusiones, fueron que hubo cambios positivos en los conocimientos sobre cómo mejorar las prácticas alimentarias y la ingestión de suplementos. (36)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

PAREDES, E. (2016); en su estudio sobre: “conocimientos sobre anemia ferropénica en madres de niños menores de 1 año que acuden al consultorio cred hospital tingo maría”, El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo, el instrumento fue un formulario tipo cuestionario y la técnica la encuesta. Las conclusiones del estudio, fueron las siguientes: el 65,0% de las madres del grupo en estudio, alcanzó un nivel de conocimiento alto, seguida por el 20,0% de las madres que logra un nivel

de conocimiento medio sobre anemia ferropénica el 10,0% de las madres con nivel de instrucción menor a secundaria alcanzó un nivel de conocimiento bajo sobre anemia ferropénica, el 56,7% de las madres procedentes de la zona urbana, alcanzaron un nivel de conocimiento alto (30).

QUISPE J. (2016), en su estudio; “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 2016” El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo, el instrumento fue un formulario tipo cuestionario y la técnica la encuesta. Las conclusiones que llegaron fueron las siguientes: se evaluó el nivel del conocimiento de las madres antes y después del programa educativo sobre la prevención de la anemia ferropénica en niños de 3 a 5 años, encontrándose que después de la aplicación del programa educativo el 92.5% de las madres presento un nivel de conocimiento bueno, el 7.5% presento un nivel regular y ninguna madre de familia presento un nivel malo. Se determinó el nivel de las prácticas de las madres antes y después del programa educativo sobre la prevención de la anemia ferropénica en niños de 3 a 5 años, obteniendo que después de la aplicación del programa educativo se obtuvo que un 90% presento un nivel adecuado y solo un 10% un nivel inadecuado. Se determinó que el programa educativo influyó de manera significativa ($p < 0,05$).en el nivel de conocimiento ($p = 0.000$) y prácticas ($p = 0.003$) sobre prevención de la anemia ferropénica a madres de niños de 3 a 5 años de la I.E.1683 Mi Pequeño Mundo (31).

CHOQUEMAMANI E. y ASUNCIÓN D. (2015), en su estudio: “Efecto del programa “sálvame mami” en el nivel de conocimiento sobre la alimentación saludable en madres de niños de 06 a 23 meses con anemia ferropénica del puesto de salud módulo I “José Gálvez”, 2015, El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo, el instrumento fue un

formulario tipo cuestionario y la técnica la encuesta. Luego de haber realizado el estudio se llegó a las siguientes conclusiones: El programa “Sálvame Mami” afecta favorablemente en el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en las madres incluidas en el estudio del post-test según el grupo control y experimental. El programa “Sálvame Mami” no afecta significativamente en el nivel de conocimiento sobre alimentación balanceada en el grupo experimental respecto al grupo control. El programa “Sálvame Mami” afecta favorablemente en el nivel de conocimiento sobre alimentos fuentes de hierro en el grupo experimental respecto al grupo control. El programa “Sálvame Mami” afecta favorablemente en el nivel de conocimiento sobre higiene en el grupo experimental respecto al grupo control (32).

PÉREZ V. (2015), en su estudio “Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica de las madres con niños de 6 a 36 meses. Centro de salud de chiriaco.bagua-2015, el estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformado por 112 madres, la técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Las conclusiones fueron; La mayoría de las madres con niños de 6 a 36 meses de edad que acuden al centro de salud chiriaco, presentan un nivel de conocimiento bajo sobre la anemia ferropénica. En la dimensión diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica la mayoría de las madres con niños de 6 a 36 meses de edad, presentan un nivel de conocimiento bajo. Mientras que en la dimensión de medidas preventivas y consecuencias de la anemia ferropénica la mitad de las madres tienen un nivel de conocimiento bajo. Las madres con grado de instrucción primaria y primaria incompleta predomina un nivel de conocimiento bajo, asimismo las tres cuartas partes de las madres de raza awajún y 57,4% tienen un nivel de conocimiento bajo (33).

2.2. Marco

2.2.1 Teórico

Teoría de Nola Pender

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

Teoría de Ausubel: El aprendizaje significativo

Para Ausubel la enseñanza era un proceso por el cual se ayuda al estudiante a que siga aumentando y perfeccionando el conocimiento que ya tiene, en vez de imponerle un temario que debe ser memorizado. La educación no podía ser una transmisión de datos unilateral.

La idea de aprendizaje significativo con la que trabajó Ausubel es la siguiente: el conocimiento verdadero solo puede nacer cuando los nuevos contenidos tienen un significado a la luz de los conocimientos que ya se tienen.

Es decir, que aprender significa que los nuevos aprendizajes conectan con los anteriores; no porque sean lo mismo, sino porque tienen que ver con estos de un modo que se crea un nuevo significado.

Teoría del Aprendizaje social de Albert Bandura

Según Albert Bandura, la mayoría de las imágenes de la realidad en la que basamos nuestras acciones, están realmente inspiradas en la experiencia que adquirimos a través de otras personas (experiencia vicaria).

Y es que nos pasamos muchas horas del día adquiriendo conocimientos a través de este tipo de aprendizaje. Cada uno de nosotros tenemos un repertorio de personas a las que tomamos como referencia en diferentes ámbitos de la vida: Nuestros padres, nuestros profesores, nuestros compañeros del trabajo, nuestros amigos, personajes públicos que nos “inspiran”, etc.

Casi sin darnos cuenta, repetimos comportamientos que vemos en los demás. Sin embargo, no somos autómatas. Elegimos el modelo, observamos atentamente, memorizamos y evaluamos si nos compensa imitarle, o no.

2.2.2 Conceptual

A. Definición de Anemia

La anemia ferropénica es una afección que se caracteriza por un descenso de los depósitos de hierro orgánicos provocando una reducción del número de hematíes o glóbulos rojos que suministran oxígeno a todas las células del organismo, y el hierro es un mineral imprescindible para el transporte del oxígeno. Por este motivo cuando

existe una anemia suele aparecer cansancio, fatiga, debilidad y palidez entre otros.

La carencia de micronutrientes, especialmente de hierro, no es ajena a nuestra realidad; ya que en nuestro país la prevalencia supera el 50%; agravándose cada vez más debido al incremento progresivo del costo de vida y la dificultad para la adquisición de alimentos de valor nutritivo.

Este problema de alimentación infantil en el Perú se inicia a los 6 meses de edad. Los niños peruanos a esta edad reciben alimentos diluidos como sopas, jugos o caldos y el consumo de alimentos que contienen hierro es muy limitado. Además se les ofrece estos alimentos sólo 2 o 3 veces al día. Es en este periodo que se inician los problemas nutricionales, presentándose altas tasas de anemia y una alta proporción de niños con retardo en el crecimiento y desarrollo.

El hierro es un elemento esencial para casi todos los seres vivos, una de sus funciones más importantes es su intervención en la hematopoyesis. La carencia de hierro es uno de los problemas nutricionales más importantes que afecta a millones de personas en todo el mundo.

La anemia por carencia de hierro es originada por la inadecuada ingesta de hierro, tanto en cantidad como en calidad; por el aumento de las demandas corporales y el aumento de pérdidas. La anemia ferropénica afecta fundamentalmente a lactantes, niños en edad preescolar y mujeres en edad fértil. No tiene distinción de clases sociales aunque las personas de nivel socioeconómico bajo son las más afectadas. De ahí que el profesional de enfermería que labora en el primer nivel debe implementar un programa de sesiones demostrativas orientado a facilitar el incremento de conocimientos de las madres con la finalidad de prevenir enfermedades nutricionales.

(17)

B. Causas de la Anemia

Dentro de las causas de la anemia ferropénica tenemos:

- Un ingreso insuficiente de hierro en el organismo debido a la falta de aporte del mismo en los alimentos, porque una dieta si es equilibrada, contiene 6mg de hierro, 100ca, especialmente si contiene carne o pescado, fuentes del grupo Hem que es muy absorbido, o por el predominio de cereales, legumbres y verduras, en donde la biodisponibilidad el metal sea baja. Este aumento del consumo de hierro tiene lugar durante el periodo de crecimiento por el aumento de masa de sangre y de los tejidos sólidos.
- Eliminación excesiva de hierro, las pérdidas obligadas de hierro son del orden de 1mg-día y las adicionales en las mujeres durante el periodo de actividad gonadal de 0.5-1 mg más por las hemorragias menstruales, embarazo y lactancia. Por ello, la ferropenia es mucho más frecuente en las mujeres y en este periodo de su vida las perdidas patológicas de hierro generalmente son por hemorragias pequeñas y repetidas, conocidas como ocultas porque no son descubiertas a simple vista. Estas hemorragias pueden ser compensadas con un discreto incremento de la eritropoyesis y no tendrían trascendencia si no fuera porque supone la eliminación del hierro de la hemoglobina de los hematíes vertidos al exterior. Y hay que tener en cuenta que una pérdida de hematíes vertidos al exterior aparentemente, por ejemplo 1 ml, significa la eliminación de 1mg de hierro, que si es diaria a la larga puede producir a una depleción importante, las fuentes más frecuentes de estas hemorragias ocultas son ulcerosas del aparato digestivo y del genital femenino.
- Aumento de requerimiento debido al crecimiento, sobre todo, en el menor de dos años. Niños prematuros y/o de bajo peso al nacer, ya que nacen sin menores depósitos de hierro .Nonos de 6 meses a 24 meses debido al crecimiento rápido y al déficit de hierro en la dieta. Niños de estratos socioeconómicos bajos, parasitosis intestinal,

uncinarias, amebas, guardias es una de las causas que ocasionan pérdida de hierro. La biodisponibilidad de la leche o fórmula utilizada es importante ya que el porcentaje absorbido es pobre si ella no está enriquecida ya que el porcentaje absorbido es pobre si ella no está enriquecida, la absorción será mínima.

- Otra causa del déficit de hierro se encuentra en la mala absorción digestiva del mismo. Esto ocurre en algunas enfermedades menos frecuentes como son la enfermedad celiaca, atrofia intestinal por intolerancia al gluten, la enfermedad de Crohn, enfermedad inflamatoria del intestino o la aclorhidria, deficientes secreciones de jugo ácido – péptico por el estómago, así como en algunos pacientes gastrectomizados. En el caso del hierro, se considera que la leche materna, a un de madres anémicas, cubre las necesidades de los niños sanos, nacidos a término, hasta los 4 meses de edad. De hecho varios estudios han indicado que los niños amamantados en forma exclusiva entran en un balance negativo de hierro entre el cuarto y sexto mes de edad y que sus reservas de hierro están exhaustas a los nueve meses. Esta situación generalmente no se contrarresta con el uso de sucedáneos de la leche materna sin fortificación. Por ello se debe considerar el uso de fórmulas fortificadas o la administración de suplemento de hierro, hasta cerca de dos años de edad. (18).

C. Fisiopatología de la Anemia.

Para mantener una oxigenación tisular adecuada y un equilibrio ácido base normal, se precisa un número adecuado de hematíes. El hematíe maduro es un disco bicóncavo a nuclear que se mueve libremente a lo largo de la circulación sanguínea y es capaz de atravesar la microcirculación. Para que los hematíes permanezcan en la circulación a lo largo de su vida media completa, necesitan tener tamaño y forma específica.

La producción de hematíes se da en una serie de etapas de maduración que comienza a partir de una célula pluripotente que se diferencia en precursores eritroides. Cuando las células sufren los cambios madurativos, pierden su núcleo y adquieren hemoglobina como componente. La producción de hematíes está bajo la influencia de la eritropoyetina, una hormona glicoproteína, que induce el paso de los precursores eritroides de la médula ósea en hematíes. En el feto, se produce en el sistema monocito-macrófagos del hígado. Tras el nacimiento, se sintetiza en las células peritubulares del riñón. La vida media del hematíe es de unos 120 días de media. Cuando los hematíes han terminado su vida normal, son secuestrados y destruidos en el bazo. El hierro liberado se recicla para uso por la médula ósea en la producción de otros hematíes.

La molécula de hemoglobina es un complejo tetramérico proteína – heme que contiene dos pares de cadenas polipeptídicas similares, las de tipo alfa que contienen 141 aminoácidos.

La anemia conceptualmente refleja una alteración del balance entre producción y destrucción de hematíes y puede ser debida a tres mecanismos.

1. Destrucción aumentada de hematíes,
2. Pérdida de la circulación,
3. Producción insuficiente de hematíes. (19).

D. Signos y Síntomas de la Anemia

La anemia ferropénica suele tener una forma de evolución crónica, de manera que, por lo general, el organismo va teniendo tiempo para ir poniendo en juego ciertos mecanismos compensatorios de la anemia que impiden que el problema se muestre de modo evidente desde el principio. Por ello, los síntomas de este tipo de la anemia no suele aparecer en la persona hasta que el nivel de hemoglobina no es muy bajo, de 9g/dl o menos, cuando el nivel normal es superior a 11g/dl en cualquiera persona.

Entre los síntomas y signos principalmente son palidez en conjuntivas palpebrales, mucosas orales, lechos úngues y palma de las manos, anorexia, decaimiento, cansancio. Otras manifestaciones incluyen: dificultad para ganar peso, cabello fino y quebradizo. Asimismo se pueden observar alteraciones en el comportamiento de los lactantes y de los niños, caracterizadas por irritabilidad y falta de interés en su ambiente. (20)

E. Diagnóstico de la Anemia

Realizar primeramente una exhaustiva historia clínica, la cual nos permitirá conocer la existencia o no de antecedentes importantes como factores de riesgo de anemia, asimismo obtendremos información acerca de los hábitos alimenticios del niño y de la familia, realizar el examen físico que nos revelara los síntomas clínicos, así como las manifestaciones conductuales que pueda presentar el pequeño. Solicitar los exámenes de laboratorio hemoglobina y hematocrito, la medición de concentraciones de hemoglobina en sangre es el método más conveniente para identificar a la población anémica. Esta medición, sin embargo tiene limitada especificación, ya que no distingue entre la anemia ferropénica y la anemia debido a infecciones crónicas por ejemplo, su sensibilidad es también dada la clara superposición de valores normales en poblaciones hierros deficientes.

La distribución normal de la concentración de hemoglobina, en la sangre varía con la edad, sexo, embarazo y especialmente con la altitud residencia del sujeto. Se puede medir ya sea en un hemoglobímetro o en un espectrofotómetro. Se recomienda la técnica de cianometahemoglobina, debe tomarse en cuenta la corrección por altitud cuando se determina la concentración de hemoglobina en poblaciones de altura.

Para niños menor de 5 años niveles de hemoglobina y hematocrito por debajo de los cuales se considera que existe anemia, la hemoglobina es menor de 11gr/dl, hematocrito menos que 33%.

El hematocrito es más simple de ejecutar por el personal de salud, pero su sensibilidad para detectar anemia es menor que con hemoglobina.

Examen de heces, examen de orina, así como pruebas más específicas como hierro sérico, ferritina sérica e índice de saturación de trasferinas. (21)

F. Tratamiento de la Anemia ferropénica.

La presencia de una anemia ferropénica indica, no solo un déficit de hierro hemoglobínico circulante, sino también un total agotamiento de todas las reserva de hierro, presentándose en un momento de crecimiento y de volemia en expansión de la mera institución de una ingestión normal es insuficiente para reponer totalmente todas las reservas. La adicional administración terapéutica de hierro es esencial por lo que el objetivo debe consistir, no solo, en corregir la anemia sino también en proporcionar adecuadas reservas de hierro para satisfacer futuras demandas. Teniendo en cuenta este último objetivo, la administración oral de hierro medicinal debe prolongarse durante aproximadamente 3 meses. La ferropenia oral es preferible a la ferroterapia, a menos que la intolerancia por parte del paciente o la falta de cooperación de los padres conviertan la vía oral en poco fiable. No existe evidencia de que la tasa de respuesta de la hemoglobina sea mayor con el hierro parenteral.

El hierro ferroso es más eficaz que el férrico. La dosificación de los preparados debe ser considerada en términos de mg de hierro elemental por día. Solo los compuestos de hierro de eficacia conocida deben ser empleados ya que han sido lanzados al mercado preparados de buen sabor, pero ineficientes. Una dosis de hierro oral elemental de 4.5 o 6 mg/kg/día repartida en tres tomas es

adecuada para el tratamiento de deficiencia de hierro establecida. La absorción porcentual disminuye por encima de esta dosis, no obteniéndose ventaja alguna administración dosis mayores.

La administración profiláctica de hierro implica dosis menores que las administradas con fines terapéuticas. El preparado oral más sencillo es el sulfato ferroso que puede administrarse en solución para lactantes o en tabletas para niños más grandes.

El tratamiento se prolongara tres meses después de la normalización de la hemoglobina, para reponer las reservas corporales. Los niños anémicos deben ser reevaluados mensualmente, motivar a la madre continuamente. Los niños que a los 30 días no respondan favorablemente a la terapia oral con hierro deberán ser derivados a un especialista de referencia.

Es importante aconsejar y orientar adecuadamente a la madre sobre los posibles efectos colaterales, los cuales son benignos y pasajeros, como dolor de estómago, náuseas, estreñimiento o diarrea, sabor metálico en la boca, coloración oscura de las deposiciones y raramente vomito. Para prevenir estos efectos secundarios se recomienda que se tome las tabletas o las gotas con posterioridad a una de las comidas del día o fraccionar la dosis a la mitad y luego aumentar a los 15 días.

En los casos de anemia severa y sobre todo acompañado de problemas respiratorios se emplea la trasfusión sanguínea, bien sea con sangre completa o con concentrados de globulosa rojos. (22)

G. Tratamiento no farmacológico o dietético:

Consiste en un apoyo nutricional, como es la diversificación de la dieta rica en hierro mediante prácticas saludables de alimentación y nutrición de la niña y el niño de 6 meses a 35 meses de edad. Promoviendo el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro como hígado, bazo, sangrecita, corazón, carnes rojas, pescado, y otras vísceras de color rojo. Promoviendo el consumo de

comidas de consistencia sólida y semisólida e incrementar progresivamente la frecuencia de las comidas de acuerdo a la edad de la niña y el niño, hasta alcanzar tres comidas más dos refrigerios. Promoviendo el consumo de alimentos ricos en vitamina C, que favorecen la absorción de hierro (23).

A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a $\frac{1}{2}$ taza (100gr ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a $\frac{1}{4}$ taza (150gr ó 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales; y, finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200gr ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales. Durante los procesos infecciosos, fraccionar, es decir repartir en pequeñas cantidades las comidas del niño, ofreciéndole con mayor frecuencia con la finalidad de mantener la ingesta adecuada. Ofrecer una comida extra hasta por dos semanas después de los procesos infecciosos. Los suplementos de hierro pueden causar constipación, por lo tanto es conveniente que agregue, a su dieta, alimentos ricos en fibra como frutas, vegetales, granos enteros y beba abundante cantidad de líquidos. El hierro de fuente animal es más fácil de absorber, para el cuerpo, que el de origen vegetal. Incluir alimentos con vitamina C, o suplementos, ayuda al cuerpo a absorber y utilizar mejor, el hierro de origen vegetal. Los alimentos cocinados en cacerolas de hierro son, también, una fuente de hierro. El calcio puede interferir con la absorción del hierro, por lo tanto, para minimizar este efecto, no consuma leche o suplementos de calcio con sus comidas o al mismo tiempo que consuma el suplemento de hierro. (24)

H. Consecuencias de la anemia ferropénica en el niño.

Desde el momento en que el balance externo es negativo por superar la suma de consumo y eliminación ingreso, comienza a

movilizarse el hierro de los dispositivos para mantener normal la concentración. Con ella, la provisión de las células que sintetizan los compuestos de hierro. De esta forma se pasa por varias fases sucesivas que han sido denominados de diversas formas. Estas fases son tres, la de ferropenia pre latente o de depleción de los depósitos, en la que se vacían progresivamente estos, la ferropenia latente, larvada o de eritropoyesis ferropénica, en la que ya es insuficiente la provisión a las células que precisan hierro, aunque sin anemia, y la de ferropenia manifiestas, en la que disminuye la concentración de hemoglobina como hemos adelantado, las consecuencias patológicas del déficit de hierro son la ferropénica hemática y la ferropenia histica, a la que dedicaremos más atención por ser menos conocidas y , en cierto modo, específica de la deficiencia de hierro, ya que el síndrome anémico es común a todas las anemias. Los efectos son no solo en la salud presente sino también en la futura, afecta principalmente a la inmunidad celular, función intestinal, crecimiento y rendimiento físico, conducta, rendimiento intelectual, metabolismo de las catecolaminas y termogénesis. (25)

I. Prevención de la anemia ferropénica.

Dentro de las medidas que se debe tomar para prevenir la anemia ferropénica tenemos:

- Promoción de la lactancia materna hasta los 6 primeros meses de vida.
- Alimentación complementaria adecuada la que debe empezar a partir de los 6 meses de edad, la leche materna sola no es suficiente y es necesario complementarla con otros alimentos, siendo recomendado introducir alimentos semisólidos en la dieta del niño. Además de los nutrientes que esos alimentos pueden proporcionar, esta práctica enseñará al niño a comer alimentos con diferentes texturas, consistencias y sabores.

- Se debe evitar la administración prematura de alimentos a niños amamantar, para evitar que sustituyan la leche materna, además, es importante insistir en que los alimentos semisólidos se deben considerar como complementarios a la leche humana, y que su introducción en la dieta no implica que se deba discontinuar la leche materna. Esta puede continuar hasta los 12 meses de edad, dependiendo del entorno cultural y familiar del niño.
- Las preparaciones apropiadas son mazamorra espesas o purés que contienen una densidad energética mínima de 0.8 a 1.0 kcal/gr con este tipo de preparación el niño puede cubrir sus requerimientos energéticos comiendo de 4 a 5 veces al día, además de la leche materna.
- La combinación de alimentos que se usa es importante, los alimentos de fuente animal contienen proteínas de mayor calidad en cuanto a su composición de amino – ácido y a la digestibilidad de la misma, además aportan micronutrientes. Las deficiencias de amino ácidos de alimentos vegetales se pueden mejorar con la combinación adecuada, como por ejemplo, combinando un cereal con una leguminosa. Sin embargo para los niños es importantes incluir producto animal a fin de asegurar un adecuado crecimiento.
- La relación de energía a proteína y la composición de las vitaminas y minerales, conocidas como la calidad de la dieta, es especialmente crítica en esta etapa , se recomienda que un mínimo de 10% de la energía provenga de la proteína, para que haya un óptimo de la proteína y ósea suficiente para el crecimiento. Si la cantidad de proteína es muy alta mayor 15 % por ejemplo, el organismo lo utilizara para generar energía y no para su función proteica. La grasa es otro importante elemento en la dieta y permite aumentar el contenido de energía sin aumentar el volumen. En preparaciones a la porción de puré para el niño contribuye a ello la dieta de la alimentación complementaria debe ser suficiente minerales y

vitaminas en forma disponible para el cuerpo. En algunos casos, los productos animales, permiten una mayor biodisponibilidad de varios de estos micronutrientes que las fuentes vegetales, por lo cual es importante incluir una pequeña porción de un producto animal.

El consumo de varios micronutrientes en las dietas de los niños de nuestra población es deficiente, dentro de ellos están el hierro, calcio, zinc, yodo y en algunos lugares, vitaminas A, estas deficiencias influyen negativamente en el crecimiento, el apetito o la susceptibilidad del niño a enfermarse.

Ciertos alimentos procesados facilitan la disponibilidad de estos nutrientes al cuerpo. Los niños pequeños tienen mayor dificultad para digerir algunos granos, como por ejemplo, la quinua en grano. En estos casos es preferible la utilización de harinas de quinua o de hojuelas. Para que el niño satisfaga sus requerimientos nutricionales, es necesario que coma varias veces al día, además de las preparaciones ya mencionadas se puedan ofrecer entre comidas nutritivas como pan, galletas o frutas. Cuando se recomienda un alimento para el destete, hay que tomar en consideración las percepciones de la madre ante la alimentación de su hijo. Algunos criterios importantes son que la madre considere la preparación como nutritiva y que su hijo pequeño la pueda pasar con facilidad. Otro aspecto importante es la facilidad con la cual la madre la pueda preparar.

A medida que el niño crece y empieza a desarrollar la habilidad de masticar y deglutir alimentos más consistentes se le debe dar alimentos más sólidos al principio deben ser blandos, cortados en trocitos de tamaño adecuado y a medida que se desarrolla la dentición se puede aumentar la firmeza y el tamaño de los trozos.

La madre debe usar alimentos que estén al alcance económico de la familia y que sean culturalmente aceptables. Pero teniendo en cuenta su calidad nutricional en términos de digestibilidad, densidad

energética y contenido de nutrientes. En general, se puede dar a los niños los alimentos que forman parte de la dieta del resto de la familia, pero teniendo en mente las consideraciones que se hacen a continuación.

Todos los alimentos deben ser preparados, conservados y administrados bajo estrictas condiciones higiénicas. Cuando se use alimentos de origen vegetal, se debe poner atención a factores, tales como, el descascarado, refinamiento y grado de molienda de los cereales, las leguminosas y sus productos tales como, harinas, y mezclas vegetales, que aumentan la digestibilidad de las proteínas y almidones, pero pueden reducir el aporte de algunos micronutrientes.

El contenido de fibra, flatos taninos y otros compuestos pueden interferir con la biodisponibilidad de diversos micronutrientes. El tipo de cocción en el hogar y el procesamiento industrial como la precocción, extracción y tostado, destruyen los factores anti nutricionales y mejoran la digestibilidad de proteínas y almidones. Después de los cuatro meses de edad se puede empezar a dar productos lácteos y carnes de aves, res y cerdo. Es mejor posponer hasta los ocho meses de edad los alimentos de origen animal que son potencialmente más antigénicos, como la clara de huevo y el pescado. Sin embargo estos alimentos se pueden introducir a una edad más temprana en la dieta de aquellos niños que no tengan acceso a otras fuentes de proteínas de alto valor nutricional. Además de ser una excelente fuente de proteínas las carnes aportan hierro hemínico, que es fácilmente absorbido, zinc y ácidos grasos esenciales. Además favorecen la absorción del hierro inorgánico que se encuentra en los alimentos vegetales que son ingeridos junto con la carne. Este aumento en la absorción también ocurre cuando se ingiere alimentos que contienen vitamina C junto con alimentos que contienen hierro inorgánico. Se debe evitar para reducir el riesgo de

metahemoglobina, como consecuencia de la producción de nitratos a partir de nitratos contenidos en esos alimentos.

Tratamiento de las entero parasitosis y desparasitación en capas endémicas. Promover la suplementación a través de micronutrientes en niños y niñas nacidos a términos y con peso adecuado para la edad gestación la, se prescribe de 1 a 2 mg de hierro elemental/kg de peso/ día, por vía oral, en soluciones orales o polvos, desde los 6 meses hasta los 35 meses de edad durante 6 meses continuos cada ano. En niñas y niños nacidos con bajo peso y prematuros, se prescribe de 2 a 4 mg de hierro elemental/kg de peso /día, por vida oral, es soluciones orales, desde el primer mes de edad, durante 11 meses continuo.

Promover la suplementación con hierro en gestantes a partir del cuarto mes del embarazo hasta el segundo mes de post parto. Las recomendaciones diarias de consumo de hierro varían según la edad, sexo, estado fisiológico, embarazo, lactancia de las personas, y depende del tipo de alimentación. Los requerimientos de hierro absorbido son especialmente altos en los niños y en las embarazadas.

Los niños menores de 1 ano requieren 0.77mg/día y las embarazadas hasta 6mg/día, que se cubren con consumo de 10 y 30 mg de hierro al día. Estas necesidades no pueden ser cubiertas por la alimentación debido a que el niño hasta los 6 meses de edad depende exclusivamente de la leche materna .Por ello requiere de suplementación. La fortificación de los alimentos con hierro es la forma más práctica de prevenir la carencia de hierro. Su principal ventaja es que el consumo de estos productos no requiere de una conducta activa del sujeto. Para su implementación se debe seleccionar un alimento. Ejemplo. Harina y derivados.

. Promover buen saneamiento básico.

. Promover la participación comunitaria. (26)

J. Programa educativo

Un programa educativo es un documento que permite organizar y detallar un proceso pedagógico. El programa educativo brinda orientación al docente respecto a los contenidos que debe impartir, la forma en que tiene que desarrollar sus actividades de enseñanza y los objetivos a conseguir.

Por lo general, un programa educativo incluye el detalle de los contenidos temáticos, se explican cuáles son los objetivos de aprendizaje, se menciona la metodología de enseñanza y los modos de evaluación y se aclara la bibliografía que se utilizara durante el curso.

Etapas

Planificación

Ejecución

Evaluación

2.2.3 Marco Teórico Conceptual

Teoría de Nola Pender

En nuestra realidad y problema identificado, el modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender nos ayudara a la integración de los cuidados de enfermería en las conductas de salud de las madres sobre anemia, nos servirá como guía para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud protegiendo así a los niños, por ende se busca la educación en su autocuidado y en los hábitos saludables. Es importante que la madre de niños de 6 meses a 35 meses de edad conozca aquellas medidas preventivas para poder mejorar la salud

infantil, evitando futuras complicaciones y adoptando estilos de vida que puedan garantizar su salud (conductas promotoras). Para ello la mayoría de los profesionales de salud señalan que las mejores estrategias para disminuir esta incidencia de anemia ferropénica en los niños, es la promoción de la salud que comprende en brindar una buena educación acerca del tema.

Teoría de Ausubel: El aprendizaje significativo

Para nuestro problema, los conocimientos a la fecha adquiridos por las madres sobre anemia, encajarían en conocimientos reforzados, ya que a través del programa educativo, se vería reconfigurado lo primero. Es decir, que ni el nuevo aprendizaje es asimilado en su totalidad, ni el viejo conocimiento queda inalterado. A su vez, la nueva información asimilada hace que los conocimientos previos sean más estables y completos. Lo cual por una parte hace importante el aporte de la experiencia previa de las madres sobre anemia, hacia las conductas saludables “nuevas” reforzadas.

Teoría del Aprendizaje social de Albert Bandura

Si bien nuestro problema identificado reconoce a la anemia como un problema más que físico, hay también una multicausalidad social por la diversidad de estereotipos (comportamientos), así el aprendizaje, a pesar de que reconoce un papel importante en la decisión de imitar o no ciertos comportamiento, estos tienen que afianzarse en experiencias positivas, para así reproducir dichos comportamiento en la vida cotidiana, haciendo énfasis en la alimentación y cuidados de los menores de 3 años, ya que es el periodo más vulnerable de su vida.

2.3 Definiciones de términos básica

Conocimientos de madres sobre anemia ferropénica: es la respuesta expresada por la madre acerca de toda aquella información que refiere poseer sobre las diferentes formas que puede aplicar para evitar que adquiera la anemia el niño, en torno a la alimentación, para recuperar, conservar y mantener la salud, con la finalidad de disminuir los riesgos. El cual fue obtenido de un cuestionario y valorado.

Madres de niños menores de 3 años: mujer que se encarga del cuidado y acude al establecimiento de salud para la atención del mismo.

Programa educativo: es el conjunto de acciones planificadas que comprende la población elegida, objetivos educativos, estructuración de contenidos, técnicas didácticas, diseño de materiales educativos, evaluación y aspectos logísticos del programa educativo.

Efectividad: es el incremento de conocimientos de las madres sobre anemia ferropénica luego de participar en el programa educativo.

Consultorio de CREDE: espacio con condiciones logísticas operativas, en donde el profesional de enfermería, desarrolla actividades para mejorar el estado de salud de los niños menores de 3 años

CAPÍTULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

Ha El programa educativo sobre anemia ferropénica es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo 2018

H0 El programa educativo sobre anemia ferropénica no es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo 2018

3.1.2 Hipótesis Específicas

- Ha El programa educativo sobre anemia ferropénica es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en su dimensión diagnóstico y tratamiento de las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo 2018.
- H0 El programa educativo sobre anemia ferropénica no es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en su dimensión diagnóstico y tratamiento de las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo 2018
- Ha El programa educativo sobre anemia ferropénica es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en su dimensión consecuencias de las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo 2018

- H0 El programa educativo sobre anemia ferropénica no es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en su dimensión consecuencias de las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo 2018
- Ha El programa educativo sobre anemia ferropénica es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en su dimensión medidas preventivas de las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo 2018
- H0 El programa educativo sobre anemia ferropénica no es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en su dimensión medidas preventivas de las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo 2018

3.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores	Ítems	Escala
Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de tres años sobre Anemia	Es la suma de hechos y principios que adquieren las madres a lo largo de la vida de manera formal e informal sobre Anemia Ferropénica en los aspectos de: Medidas preventivas, diagnóstico y tratamiento de la anemia y Consecuencias en el niño.	Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia Ferropénica	Es toda información que poseen las madres que acuden al consultorio de CRED del E. S. I-4 Santo Domingo sobre Anemia ferropénica en los aspectos de: Medidas preventivas, diagnóstico y tratamiento y consecuencias de la anemia en el niño.	Conocimiento sobre el tratamiento	Definición de la Anemia Esquema de tratamiento Efectos Adversos Medios de Diagnóstico: dosaje de hemoglobina	Conocimiento Alto
				Conocimiento sobre las indicaciones del seguimiento		
		Consecuencias de la Anemia Ferropénica		Conocimiento sobre las consecuencias de la Anemia Ferropénica	Físicas-Psicomotriz-Motriz	Conocimiento Medio
		Medidas Preventivas de la Anemia Ferropénica		Conocimiento sobre la enfermedad	Causas, Signos y Síntomas, Lactancia Materna y Alimentación Complementaria	Conocimiento Bajo
	Conocimiento sobre los cuidados en el hogar					

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicadores	Items	Escala
Programa Educativo sobre Anemia Ferropénica	Es el conjunto de actividades, información y comunicación planificada sistemáticamente dirigida a la consecución de objetivos diseñados y orientados a la introducción de mejoras y sensibilización para la educación en salud en la prevención de anemia, permitiendo el aumento del nivel de conocimiento materno y así contribuir a la salud del niño y familia en general.	Contenido	<p>Estará definido por el nivel de efectividad del programa educativo:</p> <p>EFFECTIVO</p> <p>NO-EFFECTIVO</p>	<p>Diseñar la estructura del programa educativo sobre Anemia, la cual muestra: el grupo objetivo, el diagnóstico de enfermería, objetivos de la sesión.</p>	<p>Sesiones educativas 03</p> <p>Sesiones Demostrativas 01</p> <p>Duración: 20 minutos</p> <p>Fecha: 20 al 30 setiembre</p> <p>Lugar: local comunal del caserio san miguel</p> <p>auditorio del establecimiento de salud I-4 santo Domingo</p> <p>Recursos: 02 lic. Enfermería 01 promotora de salud</p> <p>Utiles de escritorio: Cartulina Papelografos Plumones Cinta makintape</p> <p>Material</p>	<p>Conocimiento Alto</p> <p>Conocimiento Medio</p> <p>Conocimiento Bajo</p>

				Multimedia: retroproyector
	Justificación	Las estadísticas sobre incidencia de Anemia en nuestra localidad, justifican el cambio en la metodología sobre el abordaje de esta enfermedad, es entonces que este programa educativo, tienen por finalidad que las madres que participen tengan la oportunidad de aprender a través de la experiencia, ensayando directamente una nueva práctica e incrementando sus conocimientos para tomar las medidas necesarias en la prevención de la anemia ferropénica.		Alimentos perecibles y no- perecibles Kit de sesión demostrativa Metodología: expositiva- participativa- demostrativa
	Metodología	Las actividades del programa educativa se agrupan en sesiones: Toma de un pre test. Sesión educativa sobre diagnóstico y tratamiento de Anemia Sesión educativa sobre consecuencias de la Anemia Sesión demostrativa sobre Medidas Preventivas sobre la Anemia Toma del post test.		
	Recursos	Están delimitados por los materiales de enseñanza, útiles de escritorio, equipos multimedia, medios radiales; así como el personal capacitador y el ambiente en donde se desarrollara.		

CAPITULO IV METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Investigación

El presente trabajo corresponde a la investigación aplicada; asimismo será de enfoque cuantitativo, porque permitirá examinar los datos de manera científica y son susceptibles de medición estadística. Según el tiempo de recogida de datos, será prospectivo. Y según la forma de recolección de datos será transversal.

4.2 Diseño de la Investigación

El diseño de investigación es de tipo pre-experimental, ya que se trabajará en un solo grupo, al cual se le brindará el programa educativo y se hará la medición antes y después.

$$M: O_1----- X-----O_2$$

Donde:

M: Representa la muestra en la que realizamos el estudio.

O₁: N° de observaciones previos al programa educativo
(pre- test).

X: Programa educativo (Intervención).

O₂: N° de observaciones post taller (post – test).

4.2 Población y Muestra

4.2.1 Población Muestral

Madres de niños menores de tres años con anemia ferropénica asistentes al Establecimiento de Salud I-4 Santo Domingo, que según datos estadísticos para este año, resultan 30 madres.

Esta población se encuentra residiendo en el ámbito del distrito de Santo Domingo, provincia de Morropon, departamento de Piura, se caracteriza por actividades económicas netamente agrícolas y ganaderas pero para su propio mantenimiento. Estas se desarrollan en una geografía bastante diversa en cuanto a relieve (valle, bosque húmedo). El Establecimiento de Salud I-4 Santo Domingo, son 30 que pertenece a la Microred Morropon, Subregión de Salud Morropon Huancabamba, departamento de Piura, ubicado en el distrito de Santo Domingo. Es una institución de primer nivel de atención, perteneciente al MINSA que realiza actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud. Cuenta con consultorio de Enfermería- Niño sano.

- **Criterios de inclusión**

Madres cuyos niños menores de tres años tienen anemia ferropénica y acudían al Establecimiento de Salud I-4 Santo Domingo.

Madres que aceptaron voluntariamente participar del estudio a través de la firma del consentimiento informado (ANEXOS).

- **Criterios de exclusión**

Madres cuyos hijos menores de tres años tuvieron anemia ferropénica acompañada de otra patología crónica.

Madres de hijos menores de tres años que se negaron a participar del programa educativo.

4.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

Mencionar la técnica y describir el instrumento que se va a utilizar.

Para la recolección de la información del nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica se utilizó como técnica la encuesta ya que permitió una comunicación interpersonal entre los investigadores y

los sujeto de estudio, siguiendo un orden previamente establecido; además, permitió explicar el propósito del estudio y especificar claramente la información necesaria, así como también aclarar alguna pregunta asegurando una mejor respuesta.

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario estructurado por los investigadores, el cual tuvo por objetivo proporcionar información sobre el nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica antes y después de aplicar el programa educativo. Estuvo constituido por 10 preguntas cerradas con alternativas múltiples, el cual constó de las siguientes partes:

Parte I: Incluyó la Presentación del cuestionario, donde se detallaba los responsables de la investigación, el objetivo de la investigación y las características del instrumento.

Parte II: Comprendió las instrucciones a seguir por el entrevistador.

Parte III: incluyó los datos generales de las personas encuestadas.

Parte IV: Contenía el conjunto de ítems a responder relacionados con el problema de estudio.

A cada respuesta se le asignó un puntaje de la siguiente forma:

RESPUESTA CORRECTA: 1 punto.

RESPUESTA INCORRECTA: 0 puntos.

Obteniéndose así:

Puntaje máximo: 10 puntos.

Puntaje mínimo: 0 puntos.

Para la categorización de la variable “nivel de conocimiento” se utilizó la Escala vigesimal adaptada al número de preguntas del instrumento, ya que es la escala numérica empleada en el país para poder medir el aprendizaje. Con lo que los resultados quedaron establecidos de la siguiente manera:

➤ Conocimiento Bajo : 0 - 3

➤ Conocimiento Medio : 4 - 7

➤ Conocimiento Alto : 8 - 10

4.4 Análisis y procesamiento de datos

El tratamiento estadístico de la información se realizó siguiendo el proceso siguiente:

Seriación: Se asignó un número de serie, correlativo a cada encuentro (cuestionario), lo que permitió tener un mejor tratamiento y control de los mismos.

Codificación: Se elaboró un libro de códigos, donde se asigna un código a cada ítem de respuesta, con ello se logró un mayor control del trabajo de tabulación.

Tabulación: Mediante la aplicación de la técnica matemática de conteo, se realizó la tabulación extrayendo la información, ordenándola en cuadros simples y de doble entrada con indicadores de frecuencia y porcentaje.

Graficación: Una vez tabulada la encuesta, se procedió a graficar los resultados en gráficas de barra, y otros.

Todo lo que sirvió para llevar los resultados al análisis e interpretación de los mismos.

Una vez obtenidos los datos, se procedió a analizar cada uno de ellos, atendiendo a los objetivos y variables de investigación; de manera tal que podamos contrastar hipótesis con variables y objetivos, y así demostrar la validez o invalidez de estas. Al final se formularán las conclusiones y recomendaciones para mejorar la problemática investigada.

CAPÍTULO V RESULTADOS

5.1 Resultados Descriptivos

TABLA 5.1

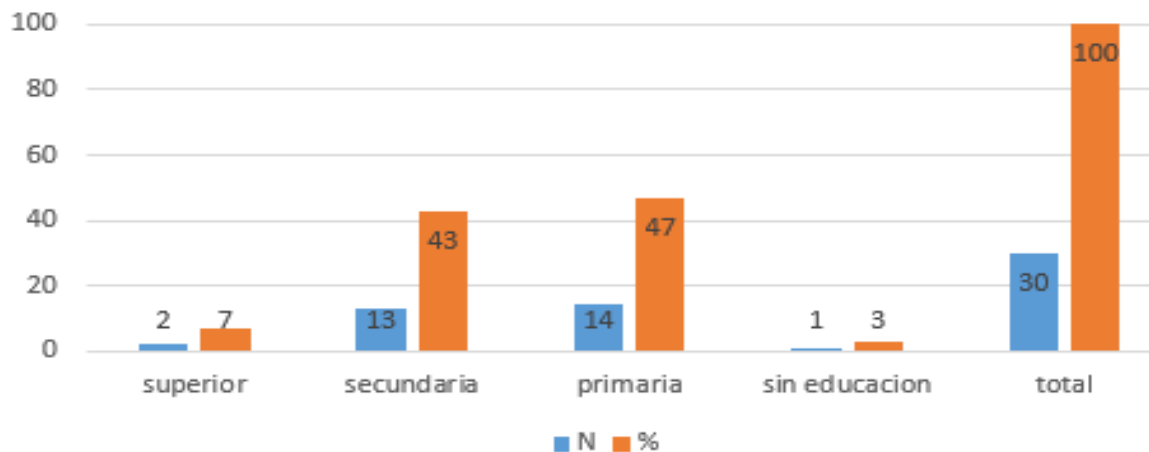
Grado de Instrucción de las madres de niños menores de tres años que asisten al establecimiento de salud I-4 Santo Domingo. Piura

Grado de Instrucción	Frecuencia	
	Nº	%
Superior	2	7
Secundaria	13	43
Primaria	14	47
Sin educación	1	3
TOTAL	30	100

Fuente: encuesta realizada en el mes de setiembre

Elaboración: tesistas

Grafico N° 5.1
Grado de Instrucción de las Madres



Fuente: encuesta realizada en el mes de setiembre

Elaboración: tesistas

Análisis e Interpretación:

Del total de madres encuestadas 100%, en referencia al grado de instrucción: tenemos el 47% (14) tiene primaria, 43% (13) tiene secundaria, 7% (2) tiene superior y 3% (1) no tiene ninguna instrucción.

TABLA N° 5.2

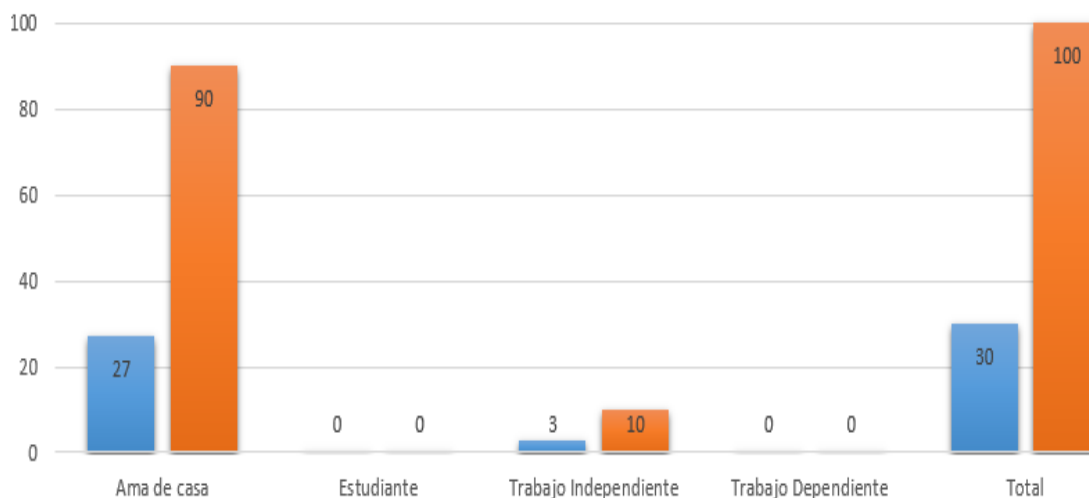
Ocupación de las madres de niños menores de tres años que asisten al establecimiento de salud I-4 Santo Domingo. Piura

Ocupación	Frecuencia	
	Nº	%
Ama de Casa	27	90
Estudiante	0	0
Trabajo Independiente	3	10
Trabajo Dependiente	0	0
TOTAL	30	100

Fuente: encuesta realizada en el mes de setiembre

Elaboración: tesistas

Grafico N° 5.2
Ocupación de las Madres



Fuente: encuesta realizada en el mes de setiembre

Elaboración: tesistas

Análisis e Interpretación:

Del total de madres encuestadas 100%, en referencia a la ocupación de las madres tenemos: 90% (27) son ama de casa y un 10% (3) tienen trabajo independiente.

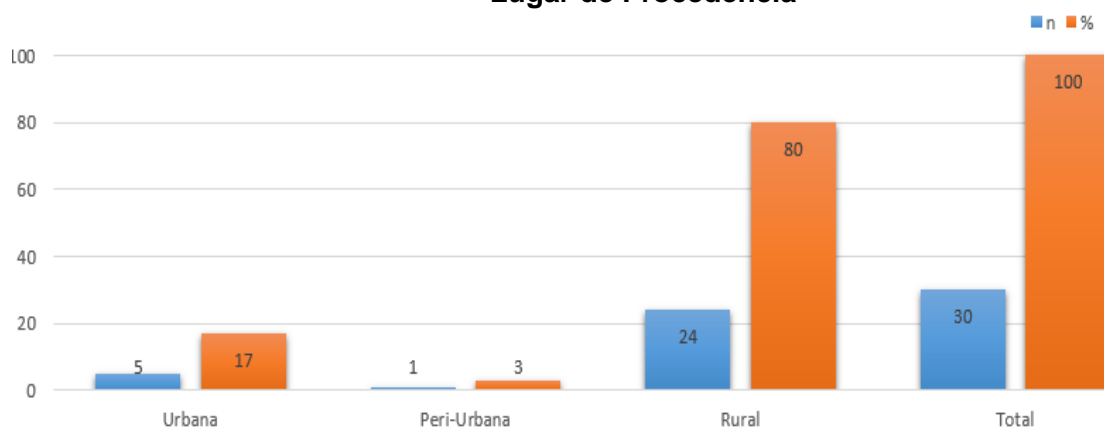
TABLA N° 5.3

Lugar de procedencia de las madres de niños menores de tres años que asisten al establecimiento de salud I-4 Santo Domingo. Piura

Lugar de procedencia	Frecuencia	
	Nº	%
Urbana	5	17
Peri-Urbana	1	3
Rural	24	80
TOTAL	30	100

Fuente: encuesta realizada en el mes de setiembre
Elaboración: tesistas

Grafico N° 5.3
Lugar de Procedencia



Fuente: encuesta realizada en el mes de setiembre
Elaboración: tesistas

Análisis e Interpretación:

Del total de madres encuestadas 100%, en referencia al lugar de procedencia de las madres tenemos: 80% (24) son de procedencia rural, 17% (5) son de procedencia urbana y 3% (1) tienen como procedencia peri-urbana.

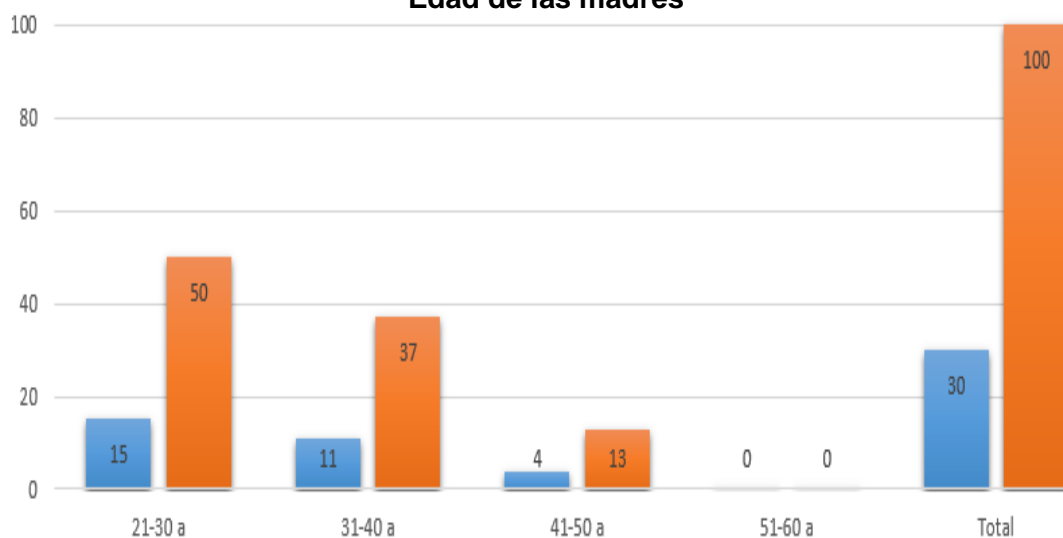
TABLA N° 5.4

Edad de las Madres de niños menores de tres años que asisten al establecimiento de salud I-4 Santo Domingo. Piura

Edad	Frecuencia	
	Nº	%
21-30 a	15	50
31-40 a	11	37
41-50 a	4	13
50-60 a	0	0
TOTAL	30	100

Fuente: encuesta realizada en el mes de setiembre
Elaboración: tesistas

Grafico N° 5.4
Edad de las madres



Fuente: encuesta realizada en el mes de setiembre
Elaboración: tesistas

Análisis e Interpretación:

Del total de madres encuestadas 100%, en referencia a la edad de las madres tenemos: 50% (15) tienen entre 21 y 30 años, 37% (11) tienen entre 31 y 40 años y 13% (4) tienen entre 41 y 50 años.

TABLA N° 5.5

Nivel de conocimiento sobre Anemia Ferropénica antes y después del programa educativo en las madres de niños menores de tres años que asisten al establecimiento de salud I-4 Santo Domingo. Piura

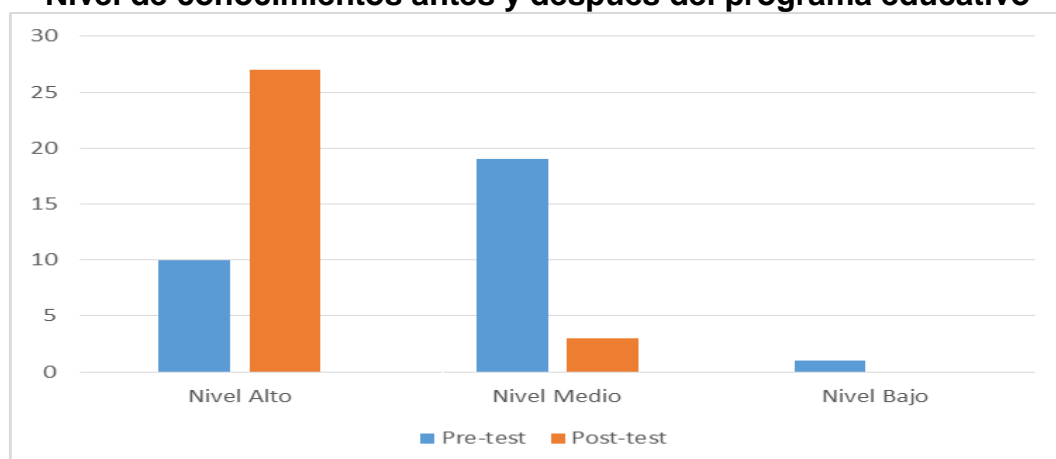
Nivel de Conocimiento	Frecuencia			
	Pre-test		Post-test	
	Nº	%	Nº	%
Nivel Alto	10	34	27	90
Nivel Medio	19	63	3	10
Nivel Bajo	1	3	0	0
Total	30	100	30	100

Fuente: encuesta realizada en el mes de setiembre

Elaboración: tesistas

Grafico N° 5.5

Nivel de conocimientos antes y después del programa educativo



Fuente: encuesta realizada en el mes de setiembre

Elaboración: tesistas

Análisis e Interpretación:

Del total de madres encuestadas (30=100%) se observa que antes de la aplicación del programa educativo el 34% (10) tenían un conocimiento alto y 63% (19) tenían conocimiento medio sobre anemia ferropénica, mientras que después de la aplicación del programa educativo, el 90% (27) tenían conocimiento alto y 10% (3) tenían conocimiento medio sobre anemia ferropénica.

TABLA N° 5.6

Nivel de conocimientos sobre Anemia Ferropénica antes y después del programa educativo en la dimensión 1 Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia en las madres de niños menores de tres años que asisten al establecimiento de salud I-4 Santo Domingo. Piura

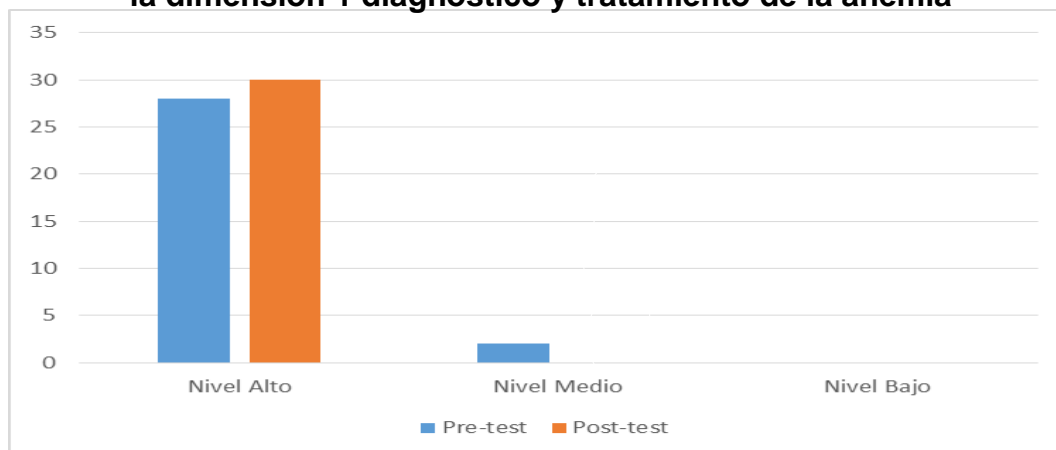
Nivel de Conocimiento	Frecuencia			
	Pre-test		Post-test	
	Nº	%	Nº	%
Nivel Alto	28	93	30	100
Nivel Medio	2	7	0	0
Nivel Bajo	0	0	0	0
Total	30	100	30	100

Fuente: encuesta realizada en el mes de setiembre

Elaboración: tesistas

GRAFICO N° 5.6

Nivel de conocimientos antes y después del programa educativo en la dimensión 1 diagnóstico y tratamiento de la anemia



Fuente: encuesta realizada en el mes de setiembre

Elaboración: tesistas

Análisis e Interpretación:

Del total de madres encuestadas (30=100%) se observa que antes de la aplicación del programa educativo, el 93% (28) tenían un conocimiento alto y 7% (2) tenían conocimiento medio sobre la dimensión Diagnóstico y Tratamiento de la anemia ferropénica, mientras que después de la aplicación del programa educativo, el 100% (30) tenían conocimiento alto.

TABLA N° 5.7

Nivel de conocimientos sobre Anemia Ferropénica antes y después del programa educativo en la dimensión 2 consecuencias de la Anemia en las madres de niños menores de tres años que asisten al establecimiento de salud I-4 Santo Domingo. Piura

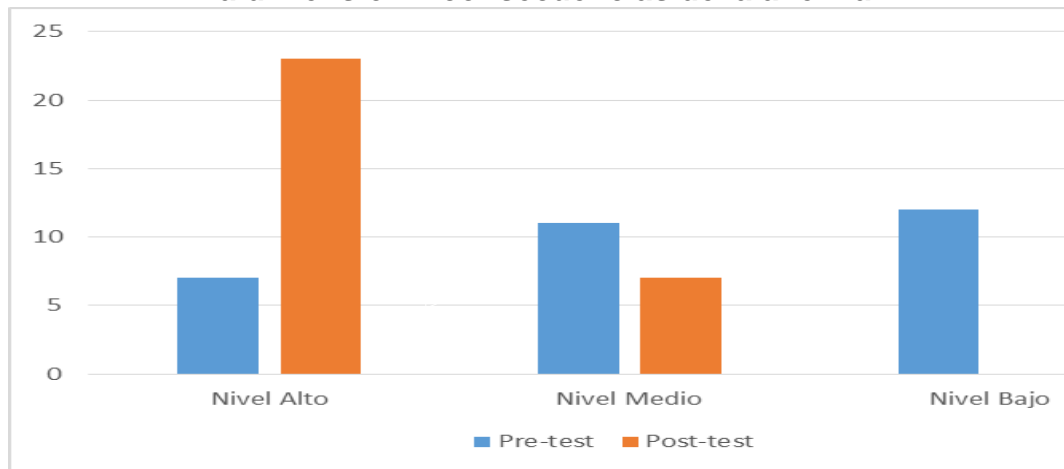
Nivel de Conocimiento	Frecuencia			
	Pre-test		Post-test	
	Nº	%	Nº	%
Nivel Alto	7	23	23	77
Nivel Medio	11	37	7	23
Nivel Bajo	12	40	0	0
Total	30	100	30	100

Fuente: encuesta realizada en el mes de setiembre

Elaboración: tesisistas

Grafico N° 5.7

Nivel de conocimientos antes y después del programa educativo en la dimensión 2 consecuencias de la anemia



Fuente: encuesta realizada en el mes de setiembre

Elaboración: tesisistas

Análisis e Interpretación:

Del total de madres encuestadas (30=100%) se observa que antes de la aplicación del programa educativo, el 23% (7) tenían un conocimiento alto, 37% (11) tenían conocimiento medio y 40% (12) tenían conocimiento bajo sobre la dimensión Consecuencias de la anemia ferropénica, mientras que después de la aplicación del programa educativo, el 77% (23) tenían conocimiento alto y 23% (7) tenían conocimiento medio.

TABLA N° 5.8

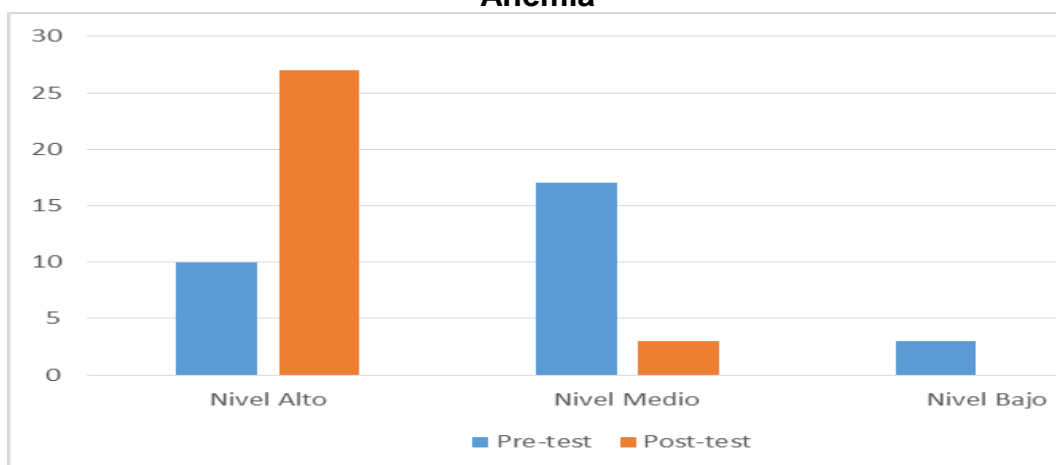
Nivel de conocimientos sobre Anemia Ferropénica antes y después del programa educativo en la dimensión 3 medidas preventivas de la Anemia en las madres de niños menores de tres años que asisten al establecimiento de salud I-4 Santo Domingo. Piura

Nivel de Conocimiento	Frecuencia			
	Pre-test		Post-test	
	Nº	%	Nº	%
Nivel Alto	10	33	27	90
Nivel Medio	17	57	3	10
Nivel Bajo	3	10	0	0
Total	30	100	30	100

Fuente: encuesta realizada en el mes de setiembre
Elaboración: tesistas

Grafico N° 5.8

Nivel de conocimientos sobre Anemia Ferropénica antes y después del programa educativo en la dimensión 3 medidas preventivas de la Anemia



Fuente: encuesta realizada en el mes de setiembre
Elaboración: tesistas

Análisis e Interpretación:

Del total de madres encuestadas (30=100%) se observa que antes de la aplicación del programa educativo, el 33% (10) tenían un conocimiento alto, 57% (17) tenían conocimiento medio y 10% (3) tenían conocimiento bajo sobre la dimensión Medidas Preventivas de la anemia ferropénica, mientras que después de la aplicación del programa educativo, el 90% (27) tenían conocimiento alto y 10% (3) tenían conocimiento medio.

5.2 Resultados Inferenciales

Se realizó el análisis estadístico t de Student para determinar la efectividad del programa educativo en mejorar el nivel de conocimiento de las madres y que se detalla a continuación;

Hipótesis General

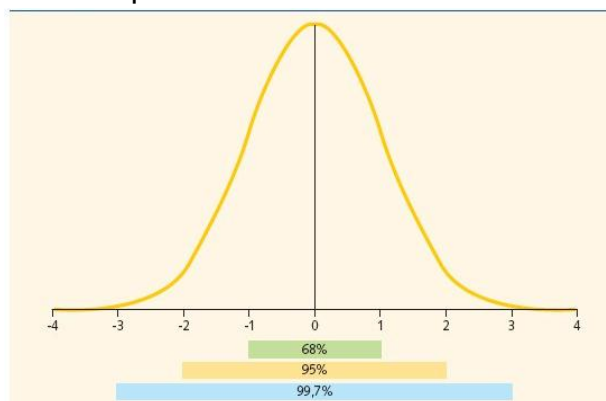
Ha El programa educativo sobre anemia ferropénica es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de 3 años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo 2018

H0 El programa educativo sobre anemia ferropénica no es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de 3 años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo 2018

TABLA N°...Prueba t de Student

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	6.966666667	11.5
Varianza	3.61954023	8.465517241
Observaciones	30	30
Grados de libertad	50	
Estadístico t	-7.142560389	
Valor crítico de t (dos colas)	2.008559112	

Para un nivel de significancia de 0.05 ($p = 0.95$) se ubica el valor de t en la tabla de valores críticos siendo este el valor de $t = -7.14$. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna porque con la aplicación del programa se ha logrado mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre la anemia ferropénica.



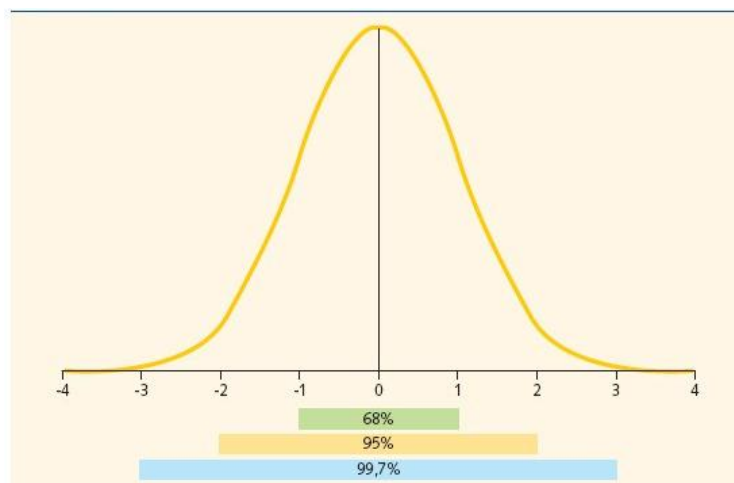
Hipótesis Específica 1

- Ha El programa educativo sobre anemia ferropénica es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en su dimensión diagnóstico y tratamiento de las madres de niños menores de 3 años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo 2018.
- H0 El programa educativo sobre anemia ferropénica no es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en su dimensión diagnóstico y tratamiento de las madres de niños menores de 3 años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo 2018

TABLA N°...Prueba t de Student para la dimensión diagnóstico y tratamiento

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	2.9	1.966666667
Varianza	0.162068966	0.033333333
Observaciones	30	30
Grados de libertad	40	
Estadístico t	11.56465203	
Valor crítico de t (dos colas)	2.02107539	

Para un nivel de significancia de 0.05 ($p = 0.95$) se ubica el valor de t en la tabla de valores críticos siendo este el valor de $t = 11.56$ Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna porque con la aplicación del programa se ha logrado mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre la anemia ferropénica en la dimensión diagnóstico y tratamiento.



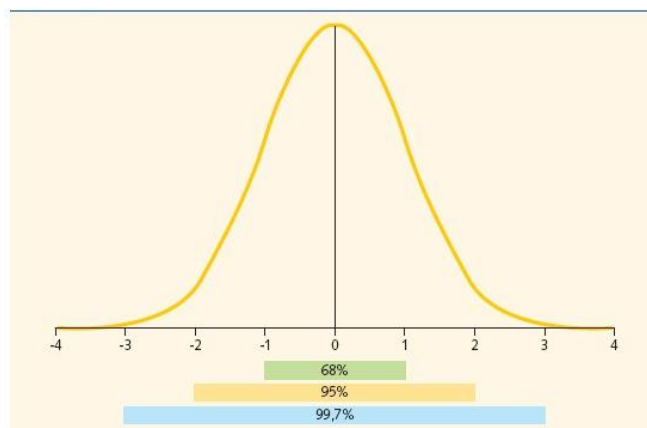
Hipótesis Específica 2

- Ha El programa educativo sobre anemia ferropénica es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en su dimensión consecuencias de la anemia, de las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo 2018.
- H0 El programa educativo sobre anemia ferropénica no es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en su dimensión consecuencias de la anemia, de las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo 2018

TABLA N°...Prueba t de Student para la dimensión 2

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	0.833333333	1.5
Varianza	0.557471264	0.25862069
Observaciones	30	30
Grados de libertad	51	
Estadístico t	-4.042032678	
Valor crítico de t (dos colas)	2.00758377	

Para un nivel de significancia de 0.05 ($p = 0.95$) se ubica el valor de t en la tabla de valores críticos siendo este el valor de $t = -4.04$ Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna porque con la aplicación del programa se ha logrado mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre la anemia ferropénica en la dimensión consecuencias de la anemia



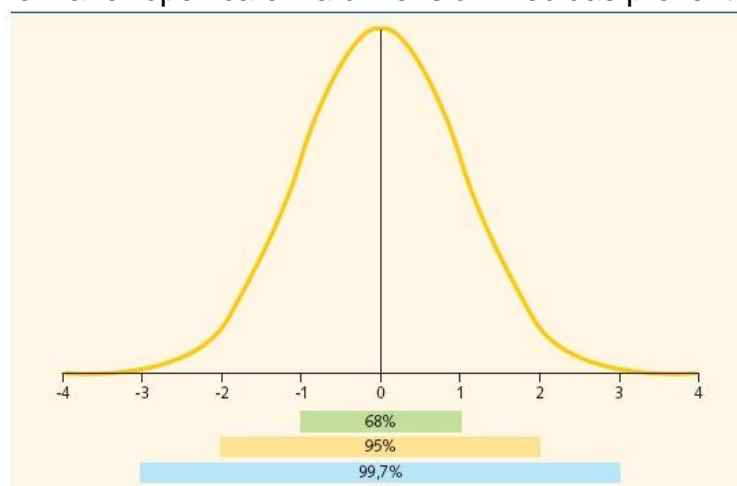
Hipótesis Específicas 3

- Ha El programa educativo sobre anemia ferropénica es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en su dimensión medidas preventivas de las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo 2018
- H0 El programa educativo sobre anemia ferropénica es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en su dimensión medidas preventivas de las madres de niños menores de tres años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo 2018

TABLA N°...Prueba t de Student para la dimensión 3

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	3.233333333	8.033333333
Varianza	1.633333333	6.516091954
Observaciones	30	30
Grados de libertad	43	
Estadístico t	-9.209549223	
Valor crítico de t (dos colas)	2.016692199	

Para un nivel de significancia de 0.05 ($p = 0.95$) se ubica el valor de t en la tabla de valores críticos siendo este el valor de $t = -9.20$. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna porque con la aplicación del programa se ha logrado mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre la anemia ferropénica en la dimensión medidas preventivas.



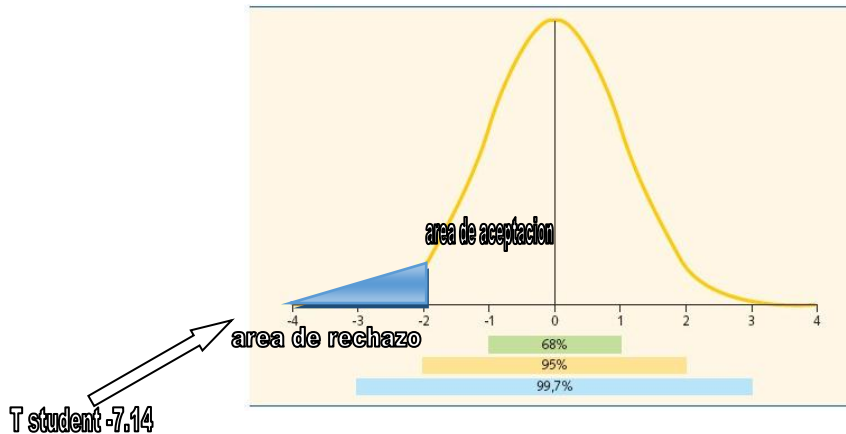
CAPITULO VI

DISCUSION DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de la hipótesis

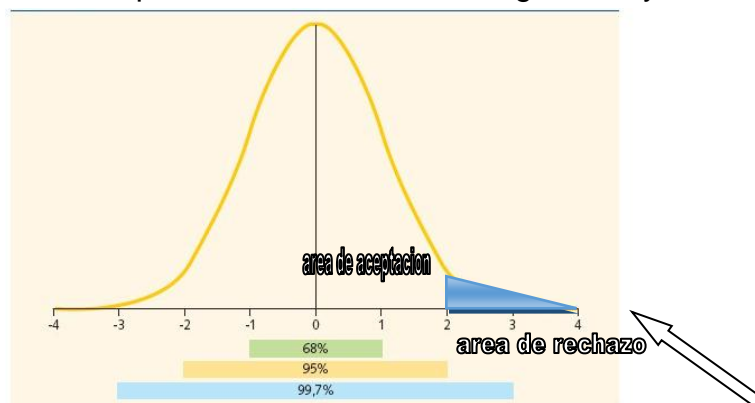
Hipótesis General

Para un nivel de significancia de 0.05 ($p = 0.95$) se ubica el valor de t en la tabla de valores críticos siendo este el valor de $t = -7.14$. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna porque con la aplicación del programa se ha logrado mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre la anemia ferropénica.



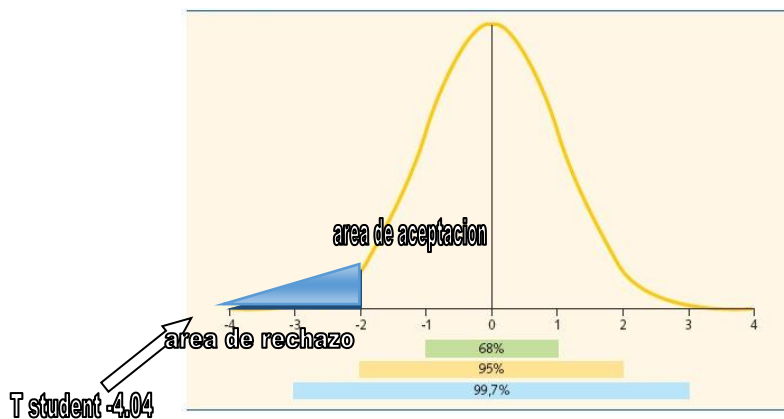
Hipótesis Especifica 1

Para un nivel de significancia de 0.05 ($p = 0.95$) se ubica el valor de t en la tabla de valores críticos siendo este el valor de $t = 11.56$. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna porque con la aplicación del programa se ha logrado mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre la anemia ferropénica en la dimensión diagnóstico y tratamiento.



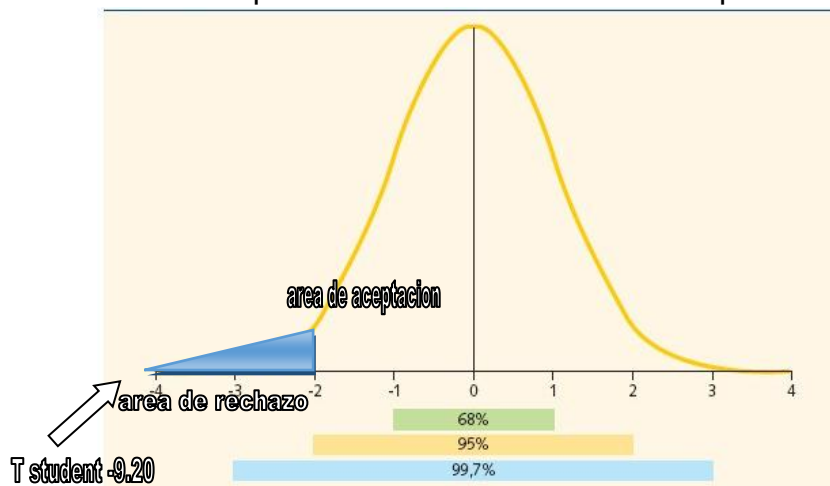
Hipótesis Especifica 2

Para un nivel de significancia de 0.05 ($p = 0.95$) se ubica el valor de t en la tabla de valores críticos siendo este el valor de $t = -4.04$. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna porque con la aplicación del programa se ha logrado mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre la anemia ferropénica en la dimensión consecuencias de la anemia.



Hipótesis Especifica 3

Para un nivel de significancia de 0.05 ($p = 0.95$) se ubica el valor de t en la tabla de valores críticos siendo este el valor de $t = -9.20$. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna porque con la aplicación del programa se ha logrado mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre la anemia ferropénica en la dimensión medidas preventivas.



6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares

Al respecto del gráfico N° 1, N° 2, N° 3 y N° 4 se puede mencionar que la edad promedio de los cuidadores es 21-30 años, el lugar de procedencia promedio rural, la ocupación promedio ama de casa y el grado de instrucción que predomina es primaria y secundaria. Esto podría explicarse, ya que la edad puede reflejar la experiencia del individuo; numerosos estudios, sugieren que aquellas que poseen menor edad, se muestran más inseguras al tomar decisiones relacionadas a la alimentación de su niño. Sin embargo por sí sola no es una variable predictiva, debe ser analizada junto a otros factores.

Tejada Lagonell (2005), expresa que la educación es la variable predictiva más íntimamente relacionada con el estado de salud de una población, UNICEF considera que la alfabetización por parte de la madre, es un factor importante para el desarrollo infantil. La educación escolar en las niñas, les permitirá, cuando sean madres, ofrecer experiencias que promuevan su desarrollo cognoscitivo, actitudes positivas en materia de salud.

Es importante mencionar que antes de la aplicación del programa educativo las madres evidenciaron conocer un 34% (conocimiento alto), resultado que puede explicarse ya que ellos poseían un grado instrucción primaria y secundaria, el cual puede ser explicado porque, al tener un mayor nivel de escolaridad favorece una mayor conciencia por parte de los cuidadores en torno a la importancia de la salud de los pequeños, mejor disposición y claridad para el uso de los sistemas de salud disponibles en la comunidad y la utilización de los mismos, para la prevención y control del crecimiento y desarrollo de los niños bajo su cuidado.

Esto coincide con lo planteado por la Organización Mundial de la Salud al afirmar que la educación refuerza la capacidad de las mujeres para crear hogares sanos, les permite aprovechar mejor la información sanitaria y utilizar adecuadamente los servicios de salud. También es un factor que

favoreció la adopción de conocimientos, su participación activa y la identificación del tema como prioritario durante el programa educativo.

Por lo que el rol que ejerce la enfermera es importante en la implementación de actividades educativas orientadas a promover el aprendizaje a través de un proceso simple, dinámico, productivo, demostrativo, y bien enfocado hacia el logro de objetivos definidos; utilizando para ello metodologías educativas innovadoras que permitan a las madres, construir un conocimiento basado en la información previa que poseen, como experiencias, estimulando y propiciando la interacción y comunicación fluida. La labor de la enfermera reviste de gran importancia en la educación alimentaria y nutricional; promoviendo el consumo de alimentos de alto valor nutritivo, de fácil accesibilidad, así como potenciar el nivel cultural de la población a fin de que éstos asuman un rol consciente y responsable acorde a nuestra realidad socioeconómica.

Estos resultados coinciden con algunas investigaciones como las realizadas por: Parra Beatriz, Manjares y otros en el 2005, Bogotá – Colombia en su estudio sobre Evaluación de la educación nutricional y un suplemento para prevenir la anemia durante la gestación, concluyeron que hubo cambios positivos de conocimientos sobre cómo mejorar las prácticas alimentarias y la ingestión del suplemento; el 94,4% de las participantes no presentó anemia al finalizar la gestación. Igualmente Vilma Quispe, en el 2007, en su estudio sobre Efectividad de un programa educativo de enfermería impartido al cuidador sobre la atención básica del adulto mayor dependiente, concluyó que los cuidadores presentaron un incremento significativo de conocimientos después de participar en el programa educativo de enfermería.

Al respecto, en el Grafico N° 5, Nivel de Conocimientos sobre Anemia ferropénica en madres de niños menores de 3 años, antes y después del programa educativo, la teoría manifiesta la identificación de la anemia ferropénica como un problema importante de salud pública en distintas

zonas del hemisferio sur y el caribe. Por lo que es conocida la incidencia de la anemia en sus poblaciones y sus consecuencias para el desarrollo y progreso. Hay que tener en cuenta, lo recomendado por Gandra Yaro H. (2007) para quien la anemia junto con las infecciones y la reducción de la capacidad intelectual, resultan en pérdidas en el campo de la educación y en el de la economía, que con el correr del tiempo, afectarán el comportamiento social de la población, así también refiere que los grupos vulnerables, en cuyas necesidades fisiológicas de hierro son particularmente elevadas, el problema se agudiza aún más.

La alimentación del niño es esencial para su crecimiento, porque permite el desarrollo adecuado en peso y talla; desarrollo físico, a través del dominio motor y coordinación del cuerpo y desarrollo mental, para el proceso de aprendizaje, lo que permitirá que el niño alcance un óptimo estado de salud. La inadecuada ingesta de micronutrientes, entre ellas el hierro, su bajo consumo, baja disponibilidad, así como la reducida ingesta de facilitadores de la absorción de hierro, predisponen al niño a desarrollar anemia ferropénica.

En cuanto al incremento de conocimientos sobre la prevención de la anemia ferropénica se observó una variación positiva del 53%. Podemos citar modelos y teorías que permitan explicar el incremento de conocimientos y cambio de comportamiento a través de un programa educativo impartido. Es así que, Chinnock Anne y Beausset, (2007), elaboraron una metodología basada en los conceptos de la educación participativa y del enfoque comunicativo, “educación interactiva”, resaltando la importancia de conocer las características del educando, los saberes, la realidad y las experiencias de los participantes en relación al tema. También afirman que el éxito de la educación nutricional se debe a la reproducción de lo aprendido y a su aplicación a través de la enseñanza a otros participantes, lo que permitirá la adopción de un aprendizaje significativo.

En base al modelo mencionado se diseña un programa educativo a través de metodologías participativas, que permitan mantener el interés y la motivación del educando; en base a la identificación de conocimientos y experiencias previas, desarrollo de ideas claves, aplicación práctica de lo aprendido, reforzamiento, evaluación y compromiso que asumirá el cuidador, realizado a través de talleres, sesiones demostrativas, lluvia de ideas, reflexión personal, técnica de decodificación por pósters y sesión informativa, lo que permitió la adopción y consolidación de conocimientos nuevos, evidenciándose a través de la variación positiva de los conocimientos que poseen los cuidadores sobre la prevención de la anemia ferropénica después de impartido el programa educativo.

También, el modelo de creencias de la salud sostenido por Rosenstock, (1974,1979) nos sirve para comprender y predecir la conducta de los individuos con relación a la prevención de las enfermedades, y cumplimiento de las recomendaciones impartidas a través de programas educativos; es decir, si las personas poseen la información sobre la severidad de la enfermedad, su propia susceptibilidad a la misma y que la conducta recomendada es efectiva, adoptarán la conducta saludable. Por ello consideré importante, trabajar aspectos de sensibilización y motivación de forma continua en las sesiones educativas, en la etapa de contextualización y/o recojo de saberes previos, permitiéndoles identificar los riesgos y vulnerabilidad a los cuales los niños bajo sus cuidados están expuestos.

En cuanto al nivel de conocimientos de las madres antes y después del programa educativo en la dimensión medidas preventivas, en el grafico N° 8, éste se traduce en el estado de salud del niño; ya que, si madre, es la encargada de la preparación y alimentación del niño, desconoce aspectos relacionados a la nutrición, predispone al niño a desarrollar deficiencias nutricionales como la anemia ferropénica que afecta directamente la actividad cerebral y capacidad cognoscitiva, en especial durante la

infancia y la niñez, perjudicando el desarrollo mental y psicomotor del niño de manera irreversible.

Por lo expuesto, según los hallazgos encontrados que son 30 podemos deducir que, antes de participar del programa educativo, un porcentaje considerable de cuidadores (30%) evidenció conocer sobre la prevención de la anemia ferropénica. Sin embargo un mayor porcentaje significativo de madres (90%) luego de participar del programa educativo incrementaron sus conocimientos sobre la prevención de la anemia ferropénica. Quiere decir que, la mayoría de madres tuvo una variación en su conocimiento después de haber participado del programa educativo, por lo tanto, la educación impartida al grupo de cuidadores a través del programa educativo le permite adquirir e incrementar conocimientos acerca de la prevención de la anemia ferropénica. Enfatizando que este logro significativo se debe a las características propias del programa, el cual estuvo basado en el proceso de enseñanza aprendizaje.

En el grafico N° 6 y N° 7 Nivel de Conocimientos sobre la anemia ferropénica en su dimensión diagnóstico-tratamiento y consecuencias, antes del programa educativo, las madres refirieron que los síntomas característicos son la tos y los vómitos, mientras que otro grupo solo refirió palidez, cansancio y sueño, evidenciando que la mayoría de encuestados no logró identificar a la frialdad de piel y mareos como síntomas característicos de la anemia ferropénica. También, desconocen sobre las consecuencias de la anemia ferropénica, no logrando identificar la relación de la anemia ferropénica con la disminución de peso y el retraso en el caminar.

Los cuidadores desconocen sobre la clasificación de los alimentos según su aporte de hierro, refiriendo que las menestras, pescados, pollo, y espinaca son alimentos de alta fuente de hierro, la betarraga fue considerada un alimento de mediana fuente de hierro, y la carne de res como un alimento de bajo aporte de hierro. También, los cuidadores desconocen sobre los alimentos de origen animal que aportan mayor

cantidad de hierro, refiriendo que el pescado es la fuente de mayor aporte de hierro, seguido del bazo.

Se puede mencionar que desconocen sobre los alimentos facilitadores de la absorción de hierro, refiriendo que la leche es el principal alimento que favorece la absorción del hierro; asimismo éstos desconocen sobre la combinación de alimentos ricos en hierro, seleccionando como mejor combinación al pescado con frejol y leche, seguido de carne de res con puré de papas y agua de manzanilla.

Finalmente, podemos decir que desconocen, sobre las creencias cerradas de la anemia, refiriendo que el extracto de betarraga, alfalfa o hierbabuena curan la anemia.

La teoría menciona que la anemia ferropénica se produce por la disminución de hemoglobina en sangre producto del déficit de hierro en la dieta, las cuales no satisfacen los requerimientos del niño, predisponiéndolo a incapacidad para mantener la temperatura adecuada en el organismo, disminución de la producción hormonal y del metabolismo, incremento de recurrencia de infecciones, afección del desarrollo cognoscitivo, retardo en el desarrollo psicomotor, su capacidad de lenguaje, coordinación y capacidad motriz disminuirán en forma significativa e irreversible.

Entre los aspectos de la prevención de la anemia ferropénica se considera: La alimentación balanceada, alimentación complementaria, considerada como la incorporación de otros alimentos aparte de la leche materna; el número de comidas al día, debiendo el niño mayor de 1 año comer 5 veces al día (3 comidas principales + 2 refrigerios); definición de la anemia ferropénica, considerada como la disminución de hemoglobina en sangre por disminución del hierro en el organismo; conocer las causas de la anemia ferropénica, la cual principalmente se debe a un bajo aporte de hierro en la dieta del niño; identificar precozmente signos y síntomas de la anemia ferropénica, entre ellas, palidez, cansancio, mareos, frialdad de piel, debilidad, dificultades en el aprendizaje y concentración.

Para ello es importante el consumo de alimentos ricos en hierro, que ayuden a prevenir la anemia ferropénica y favorezcan el desarrollo psicomotor del niño. Entre ellas, conocer las fuentes de alimentos ricos en hierro de origen animal y vegetal, siendo los alimentos con alto aporte de hierro: la sangrecita, bazo, hígado, corazón, bofe, carnes de res; entre los alimentos con mediano aporte de hierro son: pescado, pollo menestras, quinua, y los alimentos que aportan baja cantidad de hierro: perejil, espinaca, betarraga, entre otras, las cuales deben ser acompañados con alimentos fuentes de vitamina C para incrementar la absorción de hierro en el organismo y evitar el consumo de alimentos inhibidores como: Te, café, cocoa, mates e infusiones, leche, gaseosas y chocolates. La frecuencia semanal del consumo de alimentos ricos en hierro debe ser mínimo 3 veces por semana y en aquellos niños que padezcan de anemia deberán consumirlos de forma diaria.

Finalmente conocer las creencias erradas sobre la anemia ferropénica, que limitan el consumo adecuado de una dieta rica en hierro. Araya Marcela (2005) sostiene que menos de mitad de madres de familia han recibido alguna vez, información personal sobre alimentación en un consultorio. En la mayoría de los casos son referidas a nutricionistas por ser portadoras de una patología donde uno de los pilares del tratamiento es la alimentación. Esto demostraría que la educación sobre alimentación sigue centrada en la enfermedad y no en la formación familiar de hábitos de vida saludable. Estos resultados nos muestran que se están perdiendo dos instancias fundamentales: la educación y la formación de hábitos alimentarios saludables. No obstante, no sólo la cobertura de la educación nutricional es baja, sino además su efectividad.

Como puede observarse en estos resultados, los cuidadores no conocen sobre los ítems de la prevención de la anemia ferropénica, lo que podría explicarse porque la mayoría de cuidadores son adultos jóvenes que aún no tienen bien fundamentados los conocimientos sobre alimentación, así como, las intervenciones de salud no están orientadas al aspecto

preventivo promocional que la enfermera debe liderar. Sin embargo la mayoría de cuidadores han culminado sus estudios escolares, lo que nos haría pensar que sus conocimientos están bien arraigados en base a sus creencias.

En cuanto al conocimiento empírico basado en la experiencia, y en último término, en la percepción, consiste en todo lo que se sabe y que es repetido continuamente teniendo o sin tener un conocimiento científico. Este tipo de conocimiento fundamenta las creencias que poseen las personas, entendiéndose así por creencias a aquellas afirmaciones que se dan como ciertas y asumidas sin ningún tipo de duda. Para Ortega y Gasset (2001) las creencias nos poseen y nos preceden, siendo compartidas sin necesidad de cuestionarlas ni de formularlas explícitamente. Cada creencia, por tanto, consiste de dos componentes, un elemento cognoscitivo (basado en el conocimiento empírico) y un componente afectivo.

Precisando esta información, el Modelo de Creencias de Salud, sustenta que la acción preventiva se debe a la percepción particular del individuo de que es personalmente susceptible y que la incidencia de la enfermedad tendría por lo menos algunas implicaciones personales graves.

Por ello se asume que reforzando los conocimientos asociados a los efectos positivos de la acción indicada, así como fomentando a la vez las habilidades necesarias para realizarlas; y junto a las estrategias que tengan como objetivo incrementar la percepción de riesgo, se induce al cambio de comportamiento.

Por ello el presente programa educativo, enfatiza la percepción que el cuidador pueda tener en torno a la anemia, así como la alta vulnerabilidad del niño a desarrollarla y las consecuencias que están tendrían en él, ya que el nivel educativo que presentan ayudarán a que asuman la importancia de la prevención de la anemia.

Por lo que el profesional de Enfermería, quien labora en el primer nivel de atención, en el marco de la promoción de la salud, cumple un rol importante y trascendental en la prevención de problemas de salud nutricional en la población en riesgo, a través de actividades preventivo-promocionales.

Asimismo la enfermera debe identificar precozmente los signos y síntomas de la anemia ferropénica; así como, el nivel de información que poseen las madres y/o cuidadores a fin de implementar programas educativos orientados a promover el aprendizaje significativo a través de un proceso simple, interactivo, productivo y bien enfocado hacia el logro de objetivos definidos; utilizando para ello metodologías educativas innovadoras sobre prevención de la anemia ferropénica de forma permanente, promoviendo el consumo de alimentos de alto valor nutritivo, de fácil accesibilidad, así como potenciar el nivel cultural de la población, a fin de que estos asuman un rol consciente y responsable acorde a nuestra realidad socioeconómica, contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de vida y disminuir los riesgos a los que el niño está expuesto.

Los resultados obtenidos son similares a los hallazgos de Huachaca Benites Cynthia, en el CC.SS. Conde de la Vega Baja, 2008, quien concluye que después de la aplicación del programa educativo, se observa una modificación significativa en el incremento de conocimientos sobre la prevención de la anemia ferropénica, donde los aspectos que más desconocen las madres de familia son el concepto de la anemia ferropénica, las fuentes de alimentos ricos en hierro de origen animal y vegetal, alimentos facilitadores e inhibidores de la absorción del hierro en las comidas. De igual

manera Márquez León Julia, en el CC.SS. Micaela Bastidas, 2007, concluye que el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre la anemia ferropénica y las medidas preventivas de la misma son de nivel medio (62.5%), lo cual nos indica que las madres no están muy

preparadas ni debidamente informadas para prevenir la anemia, siendo los aspectos que desconocen los relacionados a alimentos ricos en hierro, consecuencias de la anemia ferropénica, frecuencia del consumo de alimentos ricos en hierro, efectos al tomar preparados de hierro.

En el gráfico N° 7, Nivel de Conocimientos sobre la anemia ferropénica antes y después del programa educativo en la dimensión consecuencias, la teoría menciona que, las creencias y costumbres como patrones socioculturales constituyen factores condicionantes del consumo de los alimentos, conjuntamente con el poder adquisitivo de la familia, y el conocimiento sobre el valor nutritivo de los alimentos. Muchas veces estas creencias son erradas y suelen repercutir en la salud de la familia. Entre ellos se suele pensar que todos los alimentos rojos (tomate, rabanito, betarraga) nos proporcionan más componentes sanguíneos y por tanto curan la anemia, sin embargo al ser alimentos de fuentes vegetal solo proporcionan una mínima cantidad de hierro y contiene hierro no hemínico que el organismo no absorbe fácilmente (<3%), por lo que es errado creer que curan la anemia. Así como que, el consumo de limón produce anemia, siendo una afirmación totalmente falsa, debido a que contiene vitamina c, lo que favorece la absorción del hierro. Por otro lado, más que la cantidad y frecuencia de los alimentos ricos en hierro, hay que tener en cuenta su biodisponibilidad y saber combinar estos alimentos. La absorción de hierro está influenciada por la combinación de alimentos ingeridos en la dieta, al no ser considerada, puede conllevar a un déficit de hierro en los requerimientos nutricionales del niño, predisponiéndolo a desarrollar: Disfunción de la inmunidad celular, alteración de la función intestinal, retraso en el crecimiento, bajo rendimiento físico, alteración de la termorregulación y alteración psicomotriz de forma irreversible.

La enfermera debe implementar programas educativos a través de metodologías participativas, que ayuden a incrementar los conocimientos sobre la prevención de la anemia ferropénica, poniendo principal énfasis en la preparación de alimentos ricos en hierro y su combinación, ya que

estudios demuestran que una inadecuada combinación de alimentos producto de creencias y costumbres erradas eliminan totalmente el aporte nutritivo de las comidas. Por tanto es importante la labor que desempeña la enfermera en la educación, a fin de crear óptimas condiciones para lograr el aprendizaje significativo, pues requiere de la participación activa del cuidador y de la enfermera como educadora, influenciando favorablemente en la adquisición de conocimientos de forma permanente. Los resultados obtenidos son similares a los hallazgos de la Lic. Ccanto Loayza Jessica, en el hospital de San Juan de Lurigancho, 2010, concluye que la actividad educativa impartida por la enfermera incrementa el nivel de conocimientos sobre las medidas de prevención y tratamiento inmediato de las quemaduras, luego de ser aplicada.

De igual manera, la Lic. Cristobal Aquino Karina, en el Instituto Superior Tecnológico San Pablo, 2010, concluyó que el programa educativo es efectivo en la modificación de conocimientos sobre la prevención del cáncer de cuello uterino en docentes de I.S.T. para determinar la efectividad de la actividad educativa en el incremento de conocimiento de los padres sobre las medidas de prevención y tratamiento inmediato de las quemaduras.

Estudios previos demuestran la efectividad de los modelos educativos semejantes al empleado en la presente investigación evidenciando en sus resultados cambios que permiten establecer mejoras en cuanto a la adquisición de conocimientos y modificación de prácticas en la prevención de enfermedades nutricionales. Al respecto se señala que los modelos educativos son estrategias en educación seleccionadas y diseñadas a fin de facilitar y permita la adopción de prácticas saludables.

Por lo expuesto, según los hallazgos encontrados, que son 30 podemos deducir que después de la ejecución del programa educativo, la totalidad de madres (100%) conocen sobre el diagnóstico y tratamiento de la anemia, mientras que (77%) conocen sobre las consecuencias de la anemia y (90%) conoce sobre las medidas preventivas para la anemia

ferropénica; temas como combinación de alimentos, la importancia del consumo de alimentos ricos en hierro y los alimentos de origen animal con alto aporte de hierro; contribuyendo al cuidado de la salud del niño y a la prevención de futuras complicaciones.

CONCLUSIONES

Las conclusiones del estudio son:

1) El programa educativo sobre la anemia ferropénica fue efectivo en el incremento de conocimientos de las madres de niños menores de tres años, luego de la aplicación del programa educativo, lo cual fue demostrado con la prueba t de Student, obteniéndose un t calculada - 7.14, por lo que se acepta la hipótesis de estudio; es decir, se demuestra la efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la anemia ferropénica.

2) El programa educativo sobre la anemia ferropénica fue efectivo en el incremento de conocimientos de las madres de niños menores de tres años, en la dimensión 3 medidas preventivas de la anemia, luego de la aplicación del programa educativo, lo cual fue demostrado con la prueba t de Student, obteniéndose un t calculada de -4.04, por lo que se acepta la hipótesis de estudio; es decir, se demuestra la efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la anemia ferropénica. Antes de la aplicación del programa educativo, la mayoría de madres no conocía sobre los aspectos relacionados a las medidas preventivas de la anemia ferropénica (33%); entre ellos, causas, signos y síntomas de la anemia ferropénica, lactancia materna, alimentación complementaria; por lo que se reforzó aspectos sobre alimentos de origen vegetal que aportan mayor cantidad de hierro, alimentos de origen animal que aportan mayor cantidad de hierro, alimentos facilitadores de la absorción de hierro y la combinación de alimentos ricos en hierro.

3) El programa educativo sobre la anemia ferropénica fue efectivo en el incremento de conocimientos de las madres de niños menores de tres años, en la dimensión 2 consecuencias de la anemia, luego de la aplicación del programa educativo, lo cual fue demostrado con la prueba t de Student, obteniéndose un t calculada de -9.20, por lo que se acepta la hipótesis de estudio; es decir, se demuestra la efectividad del programa

educativo en el incremento de conocimientos sobre la anemia ferropénica. Antes de la aplicación del programa educativo, la mayoría de madres no conocía sobre los aspectos relacionados a las consecuencias de la anemia ferropénica (23%); entre ellos, las físicas y motoras, lo que pone en riesgo el estado nutricional y salud del niño.

4) Después de la ejecución del programa educativo la mayoría de madres conoce sobre los aspectos relacionados a las medidas preventivas de la anemia ferropénica (90%), así también la mayoría de madres conoce sobre las consecuencias de la anemia (77%) y el diagnóstico y tratamiento (100%).

RECOMENDACIONES

- 1) Que el personal de enfermería que labora en el primer nivel de atención, a partir de los hallazgos les permita diseñar y/o elaborar programas de educación para la salud dirigida a las madres de los niños sobre la anemia ferropénica, considerando el presente programa educativo, aprovechando los recursos mínimos que poseen las madres y que estas sean aplicables a la realidad.
- 2) Que el personal de enfermería que labora en el nivel superior administrativo (DIRESA, RED, MICRORED), promuevan políticas para la elaboración, diseño e implementación de material educativo a través de trípticos, dípticos, maquetas, talleres y dinámicas de grupo que utilicen un lenguaje sencillo y claro que incremente los conocimientos sobre consecuencias y medidas preventivas de la anemia.
- 3) Que el personal de las instituciones formadoras de profesionales de enfermería (UNIVERSIDADES), impulsen dentro de su currícula de estudios, el reforzamiento de los programas educativos que aborden temas actuales de interés público, como el de anemia, que se adecuen a las distintas realidades del país (costa, sierra y selva).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) OMS, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ANEMIA FERROPÉNICA. 2001.

[http://www.who.int/ut/documest/ida assessment prevention control. Dpf.](http://www.who.int/ut/documest/ida%20assessment%20prevention%20control.pdf)

(2) (3) Worldwide prevalence of anemia 1993-2005. Base de datos mundial sobre la anemia de la OMS, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en <http://www.who.int>

(4) TOBAR FEDERICO. Luchar contra la Anemia es combatir la desigualdad.

Boletín PROAPS – REMEDIAR. Año 1 - Nº 4 – Octubre 2003. Pág. 7.

(5) BOLETIN EPIDEMIOLOGICO DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN. OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA. Año 8. Enero 2012. Pág. 1.

[Citado el 3 de enero del 2012] Disponible en: <http://www.diresajunin.gob.pe/diresajunin/epidemiologia/2012/boletines/Boletin>

012012.pdf

(6) (20) Perú: Indicadores de Resultado Identificados en los Programas Estratégicos 2000. Primer Semestre 2011 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES [Citado el 3 de enero del 2013] Disponible en:http://desa.inei.gob.pe/endes/images/libro_completo.pdf.

(7) (21) (23) Documento Técnico: “Lineamientos de Gestión de la Estrategia sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable. Impresión. Lima 2011. Pág. 27-28.

(8) (22) Aguirre, Patricia. “Prevención de la anemia en niños y embarazadas”. Argentina. Junio de 2001. Pág.5.

(9) Indicadores del Programa Articulado Nutricional. Fuente: Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN 2008-2010-CENANDEVAN). [Citado el 3 de enero del 2013]. Disponible en: www.ins.gob.pe/.../Informe%20Indicadores%20PAN.

(10)(12) De La Merced Casas Castro Vilma Liliana. “Adherencia al tratamiento de anemia Ferropénica en niños de 6- 24 meses y factores asociados C.S.M.I Tahuantinsuyo Bajo”. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2010.

(11) Gómez Laureano Betty, y Montano Lobatón Maricela. “Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria para la prevención de anemia en lactantes internados en el servicio de pediatría del Hospital Es Salud-SJL-Lima”. 2006.

(13) Márquez León, Julia Esperanza, “Nivel de conocimientos sobre la Anemia Ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas”. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2007.

(14) Merino Almaraz, Vania Nohelia; Lozano Beltrán, Daniel Franz; Torrico Faustino: “Factores que influyen la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso durante el embarazo”. Bolivia 2010. [Citado el 5 de enero del 2013]. Disponible en: www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012

(15) Figueroa Pineda, Claudia Lucía: “Factores asociados con la no Adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular de la empresa promotora de salud de Bucaramanga”. Colombia 2010. Pág. 80. [Citado el 5 de enero del 2013]. Disponible en: tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2011/142042.pdf.

(16) Escalante Izeta, Ericka; Bonvecchio Anabelle; Theodore Florence; Nava, Fernanda; Villanueva María Ángeles; Rivera Dommarco, Juan Ángel: “Facilitadores y barreras para el consumo del complemento alimenticio del Programa Oportunidades”. México 2008. [Citado el 5 de

- enero del 2013]. Disponible en:
www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/.../cuali.pdf.
- (17) (19) Cumbre Mundial de la Infancia, 1990; Conferencia sobre el Hambre Oculta, 1991; Conferencia Internacional de Nutrición, 1992. [Citado 4 enero 2013]. Disponible en:
<http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/15-anemia.pdf>.
- (18) Osorio M. Factores determinantes de la anemia en niños. *Jornal de Pediatría - Vol. 78, (4) 2002*.
- (24) Guía sobre anemia nutricional. Jane Badham. Et al. 2007. Pág. 49-50 [Citado el 4 de enero del 2013]. Disponible en:
[http://www.ernaehrungsdenkwerkstatt.de/fileadmin/user_upload/ED
Text/TextElemente/Ernaehrungswissenschaft/Naehrstoffe/nutritional_anemia_book.pdf](http://www.ernaehrungsdenkwerkstatt.de/fileadmin/user_upload/ED_Text/TextElemente/Ernaehrungswissenschaft/Naehrstoffe/nutritional_anemia_book.pdf).
- (25) Tobar Federico. Luchar contra la Anemia es combatir la desigualdad. *Boletín PROAPS REMEDIAR. Año 1 - Nº 4 – Octubre 2003. Pág. 7*.
- 26) DIRECCION NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTO JUVENIL: “Prevención de la Anemia en niños y embarazadas Argentina”. Junio 2001. Pág. 5. [Citado el 6 de enero del 2013]. Disponible en:
<http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/15-anemia.pdf>
- (27) Wilma B. Freire, Ph.D: La anemia por deficiencia de hierro: estrategias de la OPS/OMS para combatirla. *Salud Pública México 1998; 40:199-205. Pág.200*. [Citado el 6 de enero del 2013]. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n2/Y0400212.pdf>
- (28) Acosta, G.M.: “Deficiencia de Hierro- aspectos esenciales”. *Revista Cubana de Pediatría 62 (3). Pág.461-468. 1990*.
- (29) Lineamientos de Nutrición Infantil " Resolución Ministerial Nº-610-2004/MINSA. [Citado el 8 de enero del 2013]. Disponible en:
www.minsa.gob.pe/.../nutrición/normas_nutri.asp. Pág. 16-19.
- (30) PAREDES RAMIREZ, Eliana (2016). *“conocimientos sobre anemia ferropénica en madres de niños menores de 1 año que acuden al consultorio cred hospital tingo maria”*. San Martin 2016.

(31) QUISPE TORRES, July Milagros (2015). "Influencia de un programa educativo en el nivel de conocimientos y prácticas sobre prevención de anemia ferropénica a madres de niños de 3 a 5 años de la i.e. 1683 mi pequeño mundo-Victor Larco". Lima 2016.

(32) CHOQUEMAMANI EPIQUEN, Lourdes y ASUNCION SILVANA, Daniela. (2015) "efecto del programa sálvame mami en el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en madres de niños de 06 a 23 meses con anemia ferropénica del puesto de salud modulo I "Jose Galvez". Lima 2015.

(33) PEREZ RAMOS, Viviana Lisbeth (2015). "Nivel de conocimientos sobre anemia ferropénica de las madres con niños de 6 a 36 meses, centro de salud chiriaco". BAGUA 2015.

TEJADA LEGONELL, Mirsa. (2015); "evaluación de la escolaridad materna y desnutrición del hijo o hija. Centro clínico nutricional Menca de Leoni, caracas". CARACAS 2015. (34)

RAGA GARCIA, Monica. (2014); "efectividad de un programa educativo sobre anemia ferropénica en familiares de niños menores de 2 años". CUBA 2014. (35)

PARRA JIMENEZ Beatriz. (2014); "estado nutricional del hierro en gestantes adolescentes, Medellín, Colombia". COLOMBIA 2014. (36)

Dave Maygge (2013), "Conocimientos de las madres sobre la prevención de la Anemia ferropénica en la estrategia de CRED en el centro de salud chasquitambo 2013". Lima 2013.

RODRIGUEZ LLAPO, Tania Elizabeth, ROJAS PASHANASI, Katia Pamela (2015). *Efectividad del programa Educativo "Niño Rojito y Sanito" en el nivel de conocimiento materno sobre la prevención de anemia ferropénica, Moche 2015*. Trujillo. www.ins.gob.pe.

CENAN, Anemia en niños menores de 3 años, Modelo Causal de Intervenciones para combatirla. 2015.

GARRO VERA, Hellen Isabel (2015). *"Efectividad del programa educativo prevención de anemia ferropénica 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 2015. Lima 2015.

ROBLES BOCANEGRA, Tania Liz, (2016). *“Efectividad de un programa educativo en los conocimientos y practicas sobre alimentación saludable en padres de niños en edad escolar.* Lima, 2016.

Ministerio de Salud. 2017. Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017-2021. Perú.

MINSA, Ministerio de Salud. 2017. Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la Anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Perú.

ANEXOS

ANEXO N° 01

INSTRUMENTO

I. INTRODUCCIÓN:

Buenos días, soy Licenciada(o) de Enfermería del Establecimiento de Salud I-4 Santo Domingo, el presente cuestionario es parte del estudio de investigación titulado “Efectividad del programa educativo sobre prevención de anemia en el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de 3 años que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Santo Domingo 2018”. Por lo que rogamos la mayor veracidad y honestidad al momento de responder los ítems que se le plantea.

Para tal efecto sírvase marcar con un aspa (x), la respuesta que usted considere pertinente o apropiada.

II. DATOS GENERALES DE LA MADRE

1. Edad:

2. Grado de Instrucción:

Sin instrucción ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

3. Ocupación:

Ama de casa ()

Estudiante ()

Trabajo independiente ()

Trabajo dependiente ()

4. Lugar de procedencia:

Urbana ()

Periurbana ()

Rural ()

5. Número de hijos:

II. CONOCIMIENTOS SOBRE ANEMIA FERROPENICA

1. ¿Que es la Anemia?

- a. Es la disminución de la hemoglobina
- b. Es la disminución de la glucosa
- c. Es el aumento de la hemoglobina
- d. Es la destrucción del colesterol.

2. Un niño llega a tener anemia por:

- a. Consumir alimentos y agua contaminada
- b. Consumir alimentos con pocas vitaminas
- c. Consumir pocos alimentos ricos en hierro
- d. Consumir embutidos o frituras

3. Una de las consecuencias que puede ocasionar en su niño, la anemia es:

- a. El aumento de peso
- b. El bajo rendimiento escolar
- c. El dolor muscular
- d. La diarrea.

4. ¿Cuáles son las características de una persona con anemia?

- a. Aumento de apetito, fiebre y tos
- b. Cansancio, palidez y mucho sueño
- c. Falta de sueño, piel azulada y dolor de cabeza
- d. Dolor de huesos, garganta y manchas de piel

5. ¿Qué prueba conoce usted para confirmar el diagnóstico de la anemia?

- a. Prueba de colesterol
- b. Prueba de glucosa
- c. Prueba de hemoglobina
- d. Prueba de Elisa

6. ¿Que es el Hierro?

- a. Es una vitamina
- b. Es una planta medicinal
- c. Es un nutriente presente en los alimentos
- d. Es un condimento.

7. ¿Cuál de las siguientes medicina sirve para el tratamiento de la anemia?

- a. Calcio
- b. Vitaminas
- c. Paracetamol
- d. Sulfato ferroso

8. ¿En cuál de las siguientes alternativas todos los alimentos o grupos de alimentos son fuentes de hierro?

- a. Leche y derivados, lentejas y verduras
- b. Betarraga, huevo, carnes y papas
- c. Fruta, alfalfa, arroz y relleno
- d. Carnes, hígado, sangrecita y menestras

9. Existen alimentos y preparaciones que ayudan a que nuestro cuerpo retenga el hierro consumido en los alimentos. ¿Cuáles son?

- a. Cafe, te
- b. Jugo de naranja, limonada
- c. Gaseosa, néctares.
- d. Infusiones, leche

10. ¿Qué alimentos o bebidas impiden que se absorban el hierro contenido en los alimentos?

- a. Trigo, sémola, arroz
- b. Cafe, te, infusiones
- c. Limon, naranja, verduras
- d. Frutas secas, manzanas, uva.

GRACIAS

**TABLA DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO
MATRIZ DE ANALISIS DE LAS REPSUESTAS DE EXPERTOS
SEGÚN COEFICIENTE DE AIKEN**

Items	Jueces							TOTAL		V
	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Acuerdo	Desacuerdo	
1	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1.00
2	1	1	1	1	1	1	1	7	0	1.00
3	1	1	1	1	1	1	0	6	1	0.86
4	0	1	0	1	0	1	1	4	1	0.57
5	1	1	1	1	1	1	1	7	0	1.00
6	0	1	1	1	1	0	1	5	1	0.71
7	1	1	1	1	1	1	1	7	0	1.00
Total	0.71	1.00	0.86	1.00	0.86	0.86	0.86	6.14		0.88

Se considera válido el instrumento a un coeficiente de AIKEN mayor a 0.60

En el ítems 04 en relación a que si la estructura del instrumento es adecuado tres jueces refirieron que era necesario mejorarlo ya que alcanzo en este ítems un coeficiente de AIKEN menor de 0.60 motivo por lo que se tomó en cuenta las sugerencias de los jueces expertos y se modificó.

Según el valor promedio alcanzado en conjunto el instrumento de recolección de datos obtiene un coeficiente de 0.84 por lo que es considerado como válido.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

N° de Preguntas	Alfa de Cronbach
12	0.81

Se determina que el instrumento para este estudio es confiable por lo que se puede aplicar al investigado

VALIDACION DEL INSTRUMENTO PARA EL JUICIO DE EXPERTOS

TITULO:

.....

N°	PREGUNTA	APRECIACION		SUGERENCIA
		SI	NO	
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?			
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia las variables de investigación?			
3	¿Los instrumentos de recolección de datos facilitaran el logro de los objetivos de la investigación?			
4	¿Los instrumentos de recolección de datos se relacionan con las variables de estudio?			
5	¿Los instrumentos de recolección de datos presentan la cantidad de ítems apropiados?			
6	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?			
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitara el análisis y procesamiento?			
8	¿Del instrumento de recolección de datos, usted eliminaría algún ítem?			
9	¿Del instrumento de recolección de datos, usted agregaría algún ítem?			
10	¿El diseño del instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?			
11	¿la redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa?			

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

.....

Firma

ANEXO N° 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días Sr(a) soy Licenciando (a) en enfermería, del Establecimiento de Salud S. I-4 Santo Domingo, en esta oportunidad se está realizando un estudio de investigación con autorización de la Jefatura, el cual tiene como objetivo “Determinar la efectividad del programa educativo sobre la anemia en niños menores de 3 años en el nivel cognitivo de las madres que asisten a un Centro de Salud.

Usted deberá responder a todas las preguntas que a continuación se le presentan. 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.

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

.....

Firma del participante

ANEXO N° 03

BASE DE DATOS

TABLA DE PALOTEO PRE-TEST

	ITEM 1	ITEM 2	ITEM 3	ITEM 4	ITEM 5	ITEM 6	ITEM 7	ITEM 8	ITEM 9	ITEM 10	Puntaje Total
ENCUESTA 1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	5
ENCUESTA 2	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	6
ENCUESTA 3	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	5
ENCUESTA 4	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	5
ENCUESTA 5	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	4
ENCUESTA 6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 8	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	4
ENCUESTA 9	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	7
ENCUESTA 10	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	5
ENCUESTA 11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 12	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9
ENCUESTA 13	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	5
ENCUESTA 14	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
ENCUESTA 15	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	7
ENCUESTA 16	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	7
ENCUESTA 17	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	7
ENCUESTA 18	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	7
ENCUESTA 19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 21	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
ENCUESTA 22	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	7
ENCUESTA 23	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	7
ENCUESTA 24	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	6
ENCUESTA 25	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	7
ENCUESTA 26	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	7
ENCUESTA 27	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	7
ENCUESTA 28	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	8
ENCUESTA 29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
ENCUESTA 30	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	7

TABLA DE PALOTEO POST-TEST

	ITEM 1	ITEM 2	ITEM 3	ITEM 4	ITEM 5	ITEM 6	ITEM 7	ITEM 8	ITEM 9	ITEM 10	Puntaje Total
ENCUESTA 1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	7
ENCUESTA 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 7	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9
ENCUESTA 8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 9	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	7
ENCUESTA 10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 12	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	8
ENCUESTA 13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 14	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9
ENCUESTA 15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
ENCUESTA 16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 17	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	7
ENCUESTA 18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 20	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	8
ENCUESTA 21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 24	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9
ENCUESTA 25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 28	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9
ENCUESTA 29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
ENCUESTA 30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

“Año del dialogo y la reconciliación nacional”

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**



PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE LA ANEMIA



PIURA-PERU

2018

**Carmen Rosa Fernandez Remicio
Carlos Alberto Menacho Chauca**

PRESENTACION

Una de las deficiencias nutricionales que afecta a nuestro país es la anemia ferropénica, este tipo de la anemia es y ha sido un problema severo en el Perú; ya que, las cifras estadísticas han ido incrementándose en los últimos años, es así que en menores de 2 años, la incidencia a nivel nacional es de 50.3%; del cual, en la zona urbana la prevalencia es de 46.6% y en la zona rural de 56.6%.

Esta situación nutricional en un contexto de pobreza, representa un reto; es un problema sanitario que necesita ser atendido; para ello, existen lineamientos de políticas de carácter preventivo promocional que incorpora estrategias educativas orientadas al cambio de comportamientos alimentarios.

Las estrategias educativas juegan un rol central en la adopción de conocimientos y cambio de comportamientos; específicamente la técnica de sesiones demostrativas, que ofrece a la población objetivo la oportunidad de aprender a través de la experiencia y la participación; así mismo, se estimulan al máximo el uso de los sentidos garantizando el aprendizaje significativo que propicia una mejora en las practicas alimentarias.

CONTENIDO

I. GRUPO OBJETIVO Madres de niños menores de 36 meses del EE.SS. I-4 Santo Domingo.

II-DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Cuidadores con limitados conocimientos sobre la anemia ferropénica relacionado a limitada información sobre el tema.

III- PLANEAMIENTO DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA

Tema: Prevención de la anemia ferropénica.

Técnica: Exposición participativa-demostrativa

Responsable: Total de sesiones educativas: 3 Fechas:

– 1ra sesión:

– 2da sesión

– 3ra sesión

Hora: Duración: 1 hora Lugar: Centro de Salud Santo Domingo.

IV.OBJETIVOS Al término del programa educativo las madres asistentes al Establecimiento de Salud I-4 Santo Domingo, estarán en condiciones de:

OBJETIVO GENERAL

Disminuir el riesgo a desarrollar anemia ferropénica.

Internalizar conocimientos y comportamientos alimentarios saludables sobre la prevención de la anemia ferropénica a través de sesiones participativas demostrativas sobre la prevención de la anemia ferropénica.

Promover buenas prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica.

V. JUSTIFICACIÓN

La OMS, refiere que la deficiencia de hierro es uno de los diez riesgos más serios en los países con tasas elevadas de mortalidad general e infantil, afectando el desarrollo psicomotor y cognitivo de los niños, desde la infancia hasta la adolescencia, de manera irreversible. La labor preventiva promocional que realiza la enfermera desde el primer nivel de atención, actualmente en lo que establece el MAIS en la estrategia de atención al niño y adolescente y en su preocupación de contribuir a solucionar la problemática de salud nutricional de la población en riesgo; promoviendo el consumo de alimentos de alto valor nutritivo, de fácil accesibilidad, así como potenciar el nivel cultural de la población, a fin de que éstos asuman un rol consciente y responsable acorde a nuestra realidad socioeconómica. Asimismo la enfermera debe identificar el nivel de información que poseen los cuidadores a fin de tomar la decisión de implementar programas educativos orientados a promover el aprendizaje significativo a través de un proceso simple, interactivo, productivo y bien enfocado hacia el logro de objetivos definidos; utilizando para ello metodologías educativas innovadoras y dinámicas, a fin de contribuir a mejorar los niveles de nutrición y por ende favorecer un adecuado o normal desarrollo y crecimiento.

El presente programa educativo, tienen por finalidad que las madres de niños menores de 3 años que participen en el programa educativo tengan la oportunidad de aprender a través de la experiencia, ensayando directamente una nueva práctica e incrementando sus conocimientos para tomar las medidas necesarias en la prevención de la anemia ferropénica. Es de importancia mencionar que el presente programa educativo logrará la participación activa de los cuidadores, expresando ideas, información, experiencias, conocimientos sobre el tema propuesto, generando debates, discusiones planteamientos con los equipos de trabajos logrando de esta manera los objetivos propuestos.

VI. METODOLOGÍA:

La investigadora del programa educativo en el desarrollo de su trabajo con las madres, utiliza una metodología participativa, la que exige tener presente lo siguiente: Los principios de la educación de adultos: El adulto aprende haciendo. Su aprendizaje se basa en su propia realidad. Su aprendizaje es corporativo. Es práctico, parte de experiencias anteriores. Es dinámico y permanente.

La comprensión y manejo de los principios, hace que el investigador en toda sesión educativa considere actividades que permita garantizar en forma organizada y eficiente las actividades de aprendizaje e involucramiento los cuidadores en el proceso. Estos

momentos son: 1) Recojo de saberes y experiencias previos. 2) Desarrollo de las ideas claves. 3) Aplicación práctica. 4) Reforzamiento. 5) Evaluación y 6) Compromiso

VII. RECURSOS:

Recursos Humanos Investigadores : Lic. Enf. Carlos A. Menacho Chauca

Lic. Enf. Carmen R. Fernández Remicio

Asesor :

Recursos Materiales/Material de escritorio: Hojas bond, lapiceros, lápices, paleógrafos, cartulinas, cinta maskintape, plumones, etc.

Material de impresión: Papel y tinta para impresora.

Materiales educativos: -Laminas sobre los grupos más vulnerables a desarrollar anemia ferropénica y consecuencias -Un rompecabezas grande: “Conociendo la anemia”, – Alimentos perecibles y no-perecibles, Kit para la sesión demostrativa. – Un rompecabezas sobre diagnóstico y tratamiento de la Anemia. –Sulfato ferroso en gotas y jarabes, sobre de multimicronutrientes

Los mensajes: Se ha elegido pocos mensajes claves, que permitan recordarlos fácilmente y evite la competencia entre ellos, faciliten su repetición y finalmente que posibilite que las personas se familiaricen rápidamente con ellos.

SESIÓN EDUCATIVA N°1

Alimentación balanceada Alimentación complementaria

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Al concluir la primera sesión educativa se espera que los cuidadores estén en condiciones de:

Expresar la definición de la alimentación balanceada.

Identificar y reconocer los tres grupos de alimentos.

Manifestar la definición de alimentación complementaria.

Manifestar el esquema de alimentación de alimentación de un niño mayor de uno, dos y tres años.

Identificar las medidas de prevención de la anemia ferropénica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO	TECNICA	MEDIOS Y AYUDA AUDIOVISUAL	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION
<p>Lograr que los cuidadores asistentes:</p> <p>Identifiquen a la estudiante como agente de salud y la importancia del tema a presentar.</p> <p>Promover la identificación general de los aspectos de la sesión.</p>	<p>1. PRESENTACION Buenos días con todos los presentes, mi nombre...</p> <p>Por tal motivo, me gustaría que, en el desarrollo de la sesión, se dé la participación de ustedes.</p> <p>Se ofrece una breve descripción de la sesión educativa, su duración, el contenido y la importancia de éste para los participantes.</p> <p>Se detalla la importancia del trabajo en equipo estableciendo normas de convivencia para el buen funcionamiento del programa</p>	Exposición participativa	ROTAFOLIO Primera lámina "Carátula"	Identificación a cada uno de los participantes con solapines.		1 minuto
Evaluar los conocimientos antes de impartir el programa educativo.	Aplicar el Pretest					15 minutos

RECOJO DE SABERES Y EXPERIENCIAS PREVIOS						
Explorar conocimientos que presenten los participantes	<p>Se pregunta a los ciudadanos si conocen o tienen alguna información sobre estos temas.</p> <p>Se propicia la participación de los cuidadores con opiniones, pensamientos y posturas con respecto al tema planteado.</p> <p>Utilización de preguntas para la actividad de exploración.</p>	<p>Lluvia de ideas.</p> <p>Reflexión personal</p>	Cartillas	<p>Distribuir a los participantes en 5 equipos de aproximadamente 6 integrantes cada uno.</p> <p>Fichas temáticas y/o informativas: Se presenta a cada equipo un buzón que contiene fichas con preguntas de temas específicos de discusión, donde el líder de cada equipo debe escoger una ficha en forma aleatoria; así, cada equipo podrá exponer, opinar o presentar apreciaciones con respecto a ello.</p>	<p>Que creen ustedes: ¿Qué es una alimentación balanceada? ¿Qué es una alimentación complementaria? La anemia ferropénica ¿se puede prevenir? ¿Cuáles son las medidas de prevención de la anemia?</p>	10 minutos
DESARROLLO DE LAS IDEAS CLAVES						
Muestra interés en el tema a desarrollarse.	2. MOTIVACION: Mostrar 4 imágenes sobre las consecuencias de la anemia ferropénica.				¿Qué piensan de estas imágenes?	2 minutos
Expresan con sus propias palabras la definición de alimentación balanceada.	3. CONTENIDO: A) ALIMENTACIÓN BALANCEADA DEFINICION Es aquella que contiene los tres grupos de alimentos energéticos, constructores y reguladores, en la cantidad, variedad y combinaciones apropiadas, teniendo en	Informativa	ROTAFOLIO Segunda lámina		Pregunta Nº 1 Alguno de ustedes sabe ¿Qué es una	1 minuto

<p>Expresen en términos sencillos la importancia de la alimentación balanceada.</p> <p>Manifiestan la clasificación de los alimentos y función de cada uno.</p>	<p>cuenta la edad de la persona, el sexo, el estado fisiológico y la actividad que realiza.</p> <p>IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACION BALANCEADA La alimentación balanceada es importante porque va a proporcionar al organismo nutrientes necesarios para cumplir con las funciones de crecimiento, fuerza y protección.</p> <p>CLASIFICACION DE ALIMENTOS Los alimentos energéticos: son los que proporcionan energía al organismo para que puedan realizar normalmente todas sus funciones. Están conformados básicamente por: Cereales, tubérculos, menestras, grasas y azúcares. Los alimentos constructores: Son los que permiten la formación y renovación de los músculos, tejidos, dientes, huesos, cerebro, cabellos, etc. Están conformados básicamente por: Las carnes, pescados, mariscos, huevos, la leche y sus derivados. Los alimentos reguladores: Son los que proporcionan vitaminas y minerales que el cuerpo necesita para prevenir enfermedades y ayudarlo a aprovechar mejor otros alientos. Están conformados</p>	<p>Técnica de decodificación: Póster ilustrativos:</p> <p>Sesión demostrativa</p>	<p>Primer panel</p> <p>ROTAFOLIO Tercera lámina</p> <p>ROTAFOLIO Cuarta lámina</p>	<p>Llevar una variedad de alimentos para que las madres los identifiquen y los clasifiquen en los tres grupos de alimentos correspondientes.</p>	<p>alimentación balanceada?</p> <p>Pregunta Nº 2 Quien sabe ¿Cuál es la importancia de la alimentación balanceada?</p> <p>Pregunta Nº 3 ¿Cómo se clasifican los alimentos?</p>	<p>1 Minuto</p> <p>3 Minutos</p>
---	--	---	---	--	--	--

<p>Elaboren combinaciones balanceadas.</p>	<p>por frutas, verduras, vegetales, agua y sal yodada.</p> <p>TIPOS DE COMBINACIONES</p> <p>Combinación 1: Cereal + menestra + ensalada o fruta</p> <p>Combinación 2: Cereal + menestra + tubérculo + ensalada o fruta.</p> <p>Combinación 3: Cereal + menestra + producto animal + ensalada o fruta.</p> <p>Combinación 4: Cereal + tubérculo + producto animal + ensalada o fruta.</p> <p>Combinación 5: Cereal + cereal + producto animal + ensalada o fruta.</p>	<p>Sesión demostrativa</p> <p>Lluvia de ideas</p>	<p>ROTAFOLIO Quinta lámina</p> <p>Entrega de tríptico</p>	<p>Se seleccionarán afiches para repartir a cada grupo y selecciones las combinaciones mas nutritivas según lo enseñado.</p>	<p>Pregunta Nº 4 Díganme ¿Por qué su combinación de alimentos es balanceada?</p>	<p>3 Minutos</p>
<p>Expresan con sus propias palabras la definición alimentación complementaria.</p> <p>Manifiestan la edad de inicio de la</p>	<p>B) ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA</p> <p>DEFINICION: Es la sustitución gradual y progresiva de la lactancia materna, por otras fuentes alimentarias, para lograr un adecuado crecimiento y desarrollo del lactante.</p> <p>INICIO DE LA ALIMENTACION</p>	<p>Informativa</p>	<p>ROTAFOLIO Sexta lámina</p>	<p>Se pedirá que los asistentes selecciones alimentos para formar una papilla nutritiva.</p>	<p>Pregunta Nº 6 ¿Qué es la alimentación complementaria?</p> <p>Pregunta Nº 7 Díganme</p>	<p>1 Minuto</p>

<p>alimentación complementaria. Expresan el esquema de alimentación de un niño mayor de un año.</p>	<p>COMPLEMENTARIA</p> <p>El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los 6 meses de edad, porque se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica.</p> <p>ESQUEMA DE LA ALIMENTACION DE UN NIÑO MAYOR DE 1 AÑO</p> <p>De 12-24 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consistencia: El alimento deberá ser de la olla familiar. (Todo tipo de alimentos) - Nº de comidas/día: 3 comidas + 2 refrigerios. - Cantidad: 7-10 cucharadas soperas (1 ½ taza o 200gr.) - Continuar con lactancia materna hasta los 2 años. Dar de lactar después de los alimentos. <p>De 24-36 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consistencia: El alimento deberá ser de la olla familiar. (Todo tipo de alimento) - Nº de comidas/día: 3 comidas – 2 refrigerios - Cantidad: ¾ de un plato. 		<p>Segundo panel</p>		<p>¿Cuándo un niño debe ingerir otros alimentos aparte de la leche materna?</p>	<p>3 Minutos</p>
APLICACIÓN PRACTICA						
OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO	TECNICA	MEDIOS Y AYUDA	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION

			AUDIOVISUAL			
Identificar la clasificación de los alimentos.	Clasificación de los alimentos Tipos de combinaciones	Sesión demostrativa	Alimentos	Distribuir a los participantes en 5 equipos de aproximadamente 6 integrantes cada uno. Llevar una variedad de alimentos para que las madres los identifiquen y los clasifiquen en los tres grupos de alimentos correspondientes. ALIMENTOS: Alimentos de origen animal: (pulmón de res, hígado, corazón, molleja y sangrecita de pollo, pescado, leche, huevo). Alimentos de origen vegetal: Menestras, cereales, tubérculos, verduras variadas, frutas variadas.	De los alimentos que observan ¿A qué grupo pertenece cada uno?	15 Minutos
REFORZAMIENTO, EVALUACION Y COMPROMISO						
Consolidar los conocimientos obtenidos	Terminada la actividad se reforzará los conocimientos. En esta fase se verificará si los participantes entendieron y concientizaron la información aprendida con las siguientes preguntas:	Técnica de ensayo. Análisis de situaciones. Técnica de evaluación.		Técnica de Ensayo: Análisis de casos: Se realiza discusión de casos en relación a los temas aprendidos. Análisis de situaciones: Mesa redonda: Se realizará una mesa redonda para la solución de problemas y/o dudas presentadas por los participantes. Técnica de evaluación: Preguntas y respuestas sobre información clave presentada.		5 Minutos

SESIÓN EDUCATIVA N°2

Prevención de la anemia ferropénica

Definición de la anemia ferropénica Importancia de la prevención de la anemia ferropénica

Causas de la anemia ferropénica

Signos y síntomas de la anemia ferropénica

Grupo vulnerable a desarrollar anemia

Consecuencias de la anemia ferropénica

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Al concluir la primera sesión educativa se espera que los cuidadores estén en condiciones de:

Identificar la definición de anemia ferropénica

Identificar la importancia de la prevención de la anemia ferropénica

Identificar las medidas de prevención de la anemia ferropénica

Identificar las causas de la anemia ferropénica.

Identificar signos y síntomas de la anemia ferropénica.

Manifestar las consecuencias de la anemia ferropénica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO	TECNICA	MEDIOS Y AYUDA AUDIOVISUAL	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION
RECOJO DE SABERES Y EXPERIENCIAS PREVIOS						
<p>Favorecer a la interacción y reconocimientos entre el facilitador y los participantes.</p> <p>Clarificar cualquier duda que tengan las participantes y reforzar el conocimiento aprendido en la sesión anterior.</p>	<p>Bienvenida a las participantes a la segunda sesión del Programa Educativo: "Prevención de la Anemia"</p> <p>Iniciar con el repaso de los puntos más importantes de la sesión anterior antes de comenzar con la información de los temas seleccionados para esta sesión educativa. Presentación de la segunda sesión educativa: Mencionar los temas a presentar.</p> <p>Se ofrece una breve descripción de la sesión educativa, su duración, el contenido y la importancia de esta para los participantes adolescentes y los objetivos propuestos para esta actividad.</p>	<p>Lluvia de ideas</p> <p>Reflexión personal</p>	<p>Cartillas</p>	<p>Identificar a cada uno de los participantes con solapines individuales.</p> <p>Utilizar las siguientes preguntas para el repaso de la sesión anterior: ¿Quién quiere compartir lo que aprendió sobre el tema anterior?</p> <p>Se detallará lo mencionado en forma dinámica y participativa.</p>		<p>5 Minutos</p>
DESARROLLO DE LAS IDEAS CLAVES						
CONTENIDO	CONTENIDO	TECNICA	MEDIOS Y AYUDA AUDIOVISUAL	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION
<p>Expresan con sus propias palabras la definición de anemia ferropénica.</p>	<p>C) DEFINICION DE ANEMIA</p> <p>La anemia ferropénica se define como la disminución de la concentración de la hemoglobina en la sangre por</p>		<p>ROTAFOLIO</p> <p>Séptima lámina</p>	<p>Se repartirá a un grupo de asistentes carteles en las que esta escrito un signo o síntoma de la anemia y a otro grupo de madres carteles con signos de un niño sano que no tiene anemia. Luego se</p>	<p>Pregunta Nº 8</p> <p>Alguno de ustedes sabe ¿Qué es la anemia?</p>	<p>1 Minuto</p>

<p>Expresan en términos sencillos las causas de la anemia ferropénica.</p>	<p>disminución del hierro en el organismo.</p> <p>CAUSAS DE LA ANEMIA FERROPENICA Disminución de las reservas del hierro al nacimiento. Bajo peso al nacimiento. Pérdidas sanguíneas perinatales. Estado hemoglobínico materno disminuido. Ritmo de crecimiento acelerado. Déficit de hierro en la dieta. Infecciones recurrentes.</p>		<p>ROTAFOLIO Octava lámina</p>	<p>presentará un gráfico de un niño sano y otro de un niño con anemia; inmediatamente después se les pedirá que coloquen los signos y síntomas que corresponde a cada niño.</p>	<p>Pregunta Nº 9 Quien sabe ¿Cuáles son las causas de la anemia?</p>	<p>2 Minutos</p>
<p>Manifiestan las poblaciones más vulnerables a desarrollar anemia ferropénica.</p>	<p>POBLACION MAS VULNERABLE Las más vulnerables a desarrollar anemia ferropénica son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niños pequeños menores de 2 años. - Gestantes. - Lactantes. - Mujeres en edad fértil. 		<p>ROTAFOLIO Novena lámina</p>		<p>Pregunta Nº 10 ¿Quiénes están en riesgo de desarrollar anemia?</p>	<p>2 Minutos</p>
<p>Expresan los signos y síntomas de un niño con anemia ferropénica.</p>	<p>SIGNOS Y SINTOMAS DE LA ANEMIA Entre los principales síntomas se encuentran: Palidez, cansancio o debilidad, mareos, frialdad, irritabilidad, dificultades en el aprendizaje y concentración, mayor susceptibilidad a infecciones, dificultades respiratorias, glositis (inflamación de la lengua), uñas quebradizas, dolor de cabeza, entre otros.</p>		<p>ROTAFOLIO Decima lámina</p>		<p>Pregunta Nº 11 Díganme Uds. ¿Cómo identifican a un niño con anemia?</p>	<p>5 Minutos</p>

	CONSECUENCIAS DE LA ANEMIA FERROPENICA					
APLICACIÓN PRACTICA						
CONTENIDO	CONTENIDO	TECNICA	MEDIOS Y AYUDA AUDIOVISUAL	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION
Identificar los signos y síntomas de la anemia.	Signos y síntomas Entrega de tríptico	Reflexión personal	4 Imágenes	Distribuir a los participantes en 5 equipos de aproximadamente 6 integrantes cada uno. Se mostrará a cada grupo 4 fotografías con niños con diferentes cuadros clínicos: deshidratado, con anemia, fiebre, icterico, sin mencionar las patologías, se le pedirá a cada grupo que identifiquen el grafico del niño con signos y síntomas de anemia, y explicar por qué y cuales son.		10 Minutos
REFORZAMIENTO, EVALUACION Y COMPROMISO						
Consolidar los conocimientos obtenidos	Terminada la actividad se reforzará los conocimientos. En esta fase se verificará si los participantes entendieron y concientizaron la información aprendida con las siguientes preguntas:	Técnica de ensayo. Análisis de situaciones. Técnica de evaluación.		Técnica de Ensayo: Análisis de casos: Se realiza discusión de casos en relación a los temas aprendidos. Análisis de situaciones: Mesa redonda: Se realizará una mesa redonda para la solución de problemas y/o dudas presentadas por los participantes. Técnica de evaluación: Preguntas y respuestas sobre información clave presentada.		5 Minutos

SESIÓN EDUCATIVA N°3

Alimentos fuentes de hierro

Clasificación de los alimentos ricos en hierro

Alimentos que favorecen la absorción de hierro

Alimentos que disminuyen la absorción del hierro

Frecuencia del consumo de alimentos ricos en hierro

Preparación y combinación de alimentos

Creencias erradas sobre la anemia

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Al concluir la primera sesión educativa se espera que los cuidadores estén en condiciones de:

Identificar los alimentos fuentes de hierro.

Manifestar la frecuencia del consumo de alimentos ricos en hierro.

Identificar y reconocer los alimentos ricos en hierro según su aporte en hierro.

Identificar los alimentos que favorecen la absorción del hierro.

Identificar los alimentos que disminuyen la absorción del hierro.

Identificar la mejor compra de alimentos ricos en hierro.

Demostrar combinaciones de alimentos que aporten alto contenido en hierro.

Manifestar preparaciones y/o comidas ricas en hierro para la semana.

Manifestar las creencias erradas sobre la anemia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTENIDO	TECNICA	MEDIOS Y AYUDA AUDIOVISUAL	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION
<p>Favorecer a la interacción y reconocimientos entre el facilitador y los participantes.</p> <p>Clarificar cualquier duda que tengan las participantes y reforzar el conocimiento aprendido en la sesión anterior.</p>	<p>Bienvenida a las participantes a la segunda sesión del Programa Educativo: "Prevención de la Anemia"</p> <p>Iniciar con el repaso de los puntos más importantes de la sesión anterior antes de comenzar con la información de los temas seleccionados para esta sesión educativa. Presentación de la segunda sesión educativa: Mencionar los temas a presentar.</p> <p>Se ofrece una breve descripción de la sesión educativa, su duración, el contenido y la importancia de esta para los participantes adolescentes y los objetivos propuestos para esta actividad.</p>	<p>Lluvia de ideas</p> <p>Reflexión personal</p>	<p>Cartillas</p>	<p>Identificar a cada uno de los participantes con solapines individuales.</p> <p>Utilizar las siguientes preguntas para el repaso de la sesión anterior: ¿Quién quiere compartir lo que aprendió sobre el tema anterior?</p> <p>Se detallará lo mencionado en forma dinámica y participativa.</p>		<p>5 Minutos</p>
DESARROLLO DE LAS IDEAS CLAVES						
CONTENIDO	CONTENIDO	TECNICA	MEDIOS Y AYUDA AUDIOVISUAL	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION
<p>Expresan con sus propias palabras la</p>	<p>D) DEFINICION DEL HIERRO</p> <p>El hierro es un mineral que forma parte</p>		<p>ROTAFOLIO</p> <p>Décimo primera lámina</p>		<p>Pregunta Nº 12</p> <p>Alguna de ustedes sabe</p>	<p>1 Minutos</p>

<p>definición de hierro</p> <p>Expresan en términos sencillos la importancia del hierro en el organismo</p> <p>Manifiestan las fuentes de alimentos de hierro</p> <p>Expresan la clasificación de alimentos</p>	<p>de la hemoglobina y es fundamental en el transporte del oxígeno a las células.</p> <p>IMPORTANCIA DEL HIERRO EN EL ORGANISMO</p> <p>Desempeña una función básica en el transporte y almacenamiento del oxígeno a los tejidos y órganos, así como en los procesos de respiración celular. Principalmente su disminución en el cuerpo puede producir anemia.</p> <p>FUENTES DE ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL RICOS EN HIERRO</p> <p>Sangrecita de pollo, bazo, hígado, riñones, bofe, pescados, carne de res, yema de huevo, morcilla, corazón.</p> <p>FUENTES DE ORIGEN VEGETAL RICOS EN HIERRO</p> <p>Menestras: lentejas, frejoles, garbanzos, alverjitas verdes, 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 tenemos: bazo, sangrecita (pollo, res, etc.), relleno,</p>		<p>ROTAFOLIO Décimo segunda lámina</p> <p>ROTAFOLIO Décimo tercera lámina</p> <p>ROTAFOLIO Décimo cuarta lámina</p> <p>Tercer panel</p> <p>Alimentos variados</p>	<p>Se les pedirá a los asistentes que identifiquen los alimentos que aportan y que los clasifiquen de acuerdo a la cantidad de hierro que contienen.</p> <p>Se presentará un cuadro grande donde se evidencien alimentos ricos en hierro y la frecuencia de su consumo, se pedirá a seis asistentes que marquen la frecuencia del consumo de cada</p>	<p>¿Qué es el hierro?</p> <p>Pregunta Nº 13 Quién sabe ¿Por qué es importante el hierro en nuestro organismo?</p> <p>Pregunta Nº 14 Díganme Uds. ¿Qué alimentos conocen que ayuden a prevenir la anemia?</p> <p>Pregunta Nº 15 ¿Ustedes sabían que no todos los alimentos tienen igual cantidad de hierro? ¿Cuál es el</p>	<p>1 Minutos</p> <p>3 minutos</p> <p>7 minutos</p>
---	--	--	--	---	---	--

ricos en hierro según su aporte	<p>hígado de pollo o res, pate, riñón, bofe, mollejas, corazón de res, carne de res.</p> <p>CLASE B: los alimentos de aporte medio de hierro. Entre ellos tenemos: garbanzo, harina de soya, habas secas, lentejas, frijoles, kiwicha, quinua, morrón de cebada.</p>			alimento según les parezca, luego se discutirá si fue correcta la mención.	alimento que contiene mayor cantidad de hierro?	
	<p>absorba mejor.</p> <p>Todos los alimentos rojos (betarraga, pimientos, tomate, rabanito, etc.) ayudan a formar la sangre y evitan la anemia. No es cierto, no siempre los alimentos de color rojo contienen hierro, el color del alimento esta determinado solo por el pigmento.</p> <p>Los jugos o extractos de betarraga, alfalfa, hierba buena, etc. curan la anemia. Esto no es cierto ya que estos alimentos se encuentran dentro del grupo de alimentos de bajo contenido en hierro.</p> <p>No es bueno dar menestras a los niños porque les cae "pesado". No, las menestras son muy nutritivas y especiales para los niños. Las menestras aportan una igual cantidad de proteínas que las carnes, aún cuando la calidad no es la misma.</p>		Tríptico		<p>anemia?</p> <p>¿Los extractos de alfalfa y betarraga curan la anemia?</p> <p>¿No es bueno dar a los niños menestras porque les cae pesado?</p>	
APLICACIÓN PRACTICA						

CONTENIDO	CONTENIDO	TECNICA	MEDIOS Y AYUDA AUDIOVISUAL	ESTRATEGIAS	PREGUNTAS	DURACION
Manifiestan los alimentos que conforman la mejor compra	<p>Taller: ¿Cómo hacemos la mejor compra de hierro?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aporte de hierro - Porcentaje de desecho. - Precio o costo del alimento. <p>Luego colocamos puntaje de 0-2 pts. Según aporte de hierro, porcentaje de desecho y según costo.</p> <p>Los alimentos que tienen más puntos constituyen las mejores compras en hierro.</p>	<p>Lluvia de ideas</p> <p>Reflexión personal</p>	<p>Paneles, papelógrafos Plumones</p>	<p>Seleccionar tres grupos de 10 personas, se seleccionará un líder.</p> <p>Se mostrará tres afiches sobre la cantidad de aporte de hierro de los alimentos, la cantidad que comemos y la cantidad que eliminamos de ellos.</p> <p>Cada equipo determinará un precio para cada alimento.</p> <p>Luego clasificaremos los alimentos, se le otorgará un puntaje, y finalmente se analizarán los resultados.</p>	<p>¿Existen alimentos que tienen más hierro y cuestan menos?</p> <p>¿Cómo sabemos que lo que elegimos es la mejor compra?</p>	<p>15 minutos</p>
<p>Combinen alimentos ricos en hierro</p> <p>Mencionen platos ricos en hierro.</p> <p>Elaboren un esquema semanal de menús ricos en hierro.</p>	<p>COMBINACION DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Platos económicos (menús y entradas) - Esquemas de menús semanales. 		<p>Quinto panel</p> <p>Sexto panel</p> <p>Séptimo panel</p> <p>Se presentarán platos económicos como:</p> <p>1-2 años:</p> <p>Mousse de sangrecita, arroz con guiso de lentejas y sangrecita.</p> <p>Tallarín alpesto</p>	<p>Se formaron tres grupos, a cada grupo se le pedirá que preparen combinaciones y platos para sus niños.</p> <p>Grupo A: Niños de 1-2 años, desayuno y almuerzo.</p> <p>Grupo B: Niños de 2-3 años, desayuno y almuerzo.</p> <p>Grupo C: Niños de 2-3 años, desayuno y almuerzo.</p> <p>Finalmente, cada miembro de cada grupo explicará y demostrará la preparación del plato, el motivo de la combinación de los alimentos, la bebida con la cual lo acompañarán y la importancia de la misma.</p>		<p>45 Minutos</p>

			con hamburguesa de sangrecita. Guiso de locro con sangrecita. 2-3 años: Causa de sangrecita, enrollado de sangrecita, picante de sangrecita, chaufa de sangrecita.			
REFORZAMIENTO, EVALUACION Y COMPROMISO						
Consolidar los conocimientos obtenidos	Terminada la actividad se reforzará los conocimientos. En esta fase se verificará si los participantes entendieron y concientizaron la información aprendida con las siguientes preguntas:	Técnica de ensayo. Análisis de situaciones. Técnica de evaluación.		Técnica de Ensayo: Análisis de casos: Se realiza discusión de casos en relación a los temas aprendidos. Análisis de situaciones: Mesa redonda: Se realizará una mesa redonda para la solución de problemas y/o dudas presentadas por los participantes. Técnica de evaluación: Preguntas y respuestas sobre información clave presentada.		5 Minutos
Evaluar los conocimientos luego de efectuar el programa educativo	Se aplicará el post test					10 minutos

Medidas de prevención para evitar la anemia

- **Desde la Gestación:** Alimentación variada y balanceada, suplementación con hierro y ácido fólico.
- **Desde el Nacimiento:** Corte tardío de cordón umbilical, inicio de lactancia materna, alimentación complementaria desde los 6 meses y suplementación preventiva con hierro desde los 4 meses hasta los 36 meses de edad.



- **Otras Medidas:** Control de parasitosis intestinal, promoción de crianza de animales menores para la disponibilidad de alimentos de origen animal en la familia, promover el saneamiento básico, promover la participación de la población en acciones para reducir la anemia e incentivar la fortificación de alimentos con hierro y nutrientes.

Intervenciones según ciclo de vida

- **Adolescencia:** Aumento de ingesta de hierro, desparasitación, retraso del primer embarazo.
- **Embarazo:** Suplementación con hierro y ácido fólico, Alimentación balanceada, prevención de infecciones, espacio intergenésico adecuado.
- **Neonato:** Corte tardío de cordón umbilical, inicio temprano de la Lactancia Materna, contar con carnet de Nacido Vivo (CNV), Código Único de Identificación (CUI) y Documento Nacional de Identidad (DNI).
- **0-6 meses:** Lactancia Materna Exclusiva, CRED, Suplementación con hierro a partir de los 4 meses (niños nacidos a término) y a los 30 días (prematuros y bajo peso al nacer).



- **6-24 meses:** Alimentación complementaria rica en hierro, suplementación (sulfato ferroso gotas, jarabes y/o micronutrientes), CRED - Vacunas, manejo de infecciones, Sesiones demostrativa de preparación de alimentos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERIA

MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA ANEMIA



Integrantes:

Carlos Alberto Menacho Chauca
Carmen Rosa Fernández Remicio

ALIMENTOS RICOS EN HIERRO

De origen animal:

- Vísceras: hígado, bazo, pulmón (bofe), riñón



- Sangrecita



- Carne: de res, pollo, pescado.



- Huevos



De origen vegetal:

- Menestras: lentejas, habas, alverja, pallares, garbanzos, etc.



- Verduras: de preferencia de hojas verde oscuro como espinacas y brócoli.



Recuerde que los alimentos de origen vegetal deben ser acompañados con cítricos para potenciar su absorción.

Evitar el consumo de:

Cuando este consumiendo alimentos fuentes de hierro de origen vegetal evite consumir:

- Café.
- Chocolate.
- Infusiones.
- Gaseosas.
- Leche



Recuerde consumir alimentos ricos en hierro de origen animal 3 veces a la semana.

Consecuencias de la deficiencia de hierro

La deficiencia de hierro trae como consecuencia lo siguiente:

- Anemia (cansancio y palidez)
- Pérdida de apetito.
- Parto prematuro y bajo peso del niño al nacer
- Retraso en el crecimiento y el desarrollo cognoscitivo infantil.
- Bajo rendimiento en la escuela.
- Defensas bajas.
- Disminuye la capacidad de trabajo físico y poca resistencia a las infecciones.
- Una secuela muy grave y desconocida por la población, es que la anemia también puede originar intoxicación con metales pesados, etc.



- Tienen debilidad y cansancio: sueles estar **desganado y sin fuerzas** o te cuesta mucho levantarte por las mañanas y te quedas dormido en cualquier sitio.



- Fragilidad de las uñas y caída del cabello



- Taquicardias y otros problemas cardiacos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CONSECUENCIAS DE LA ANEMIA FERROPENICA



Integrantes:

Carlos Alberto Menacho Chauca
Carmen Rosa Fernández Remicio

¿Signos y síntomas de la anemia?

Si la anemia es leve, es posible que no tenga síntomas. En general los síntomas que se pueden presentar son: debilidad o cansancio, dolor de cabeza, problemas para concentrarse o pensar, sentirse malhumorado, palidez, mayor susceptibilidad a infecciones, dificultades respiratorias, glositis (inflamación de la lengua), uñas quebradizas, entre otros.



¿Causas de la anemia ferropénica?

Las causas más frecuentes son:

- Bajo consumo de alimentos ricos en hierro de origen animal.



- Altas necesidades de hierro en la gestación e ingesta insuficiente de hierro durante el embarazo y en las etapas de mayor crecimiento, como en los 2 primeros años de edad.
- Alta morbilidad por infecciones y diarreas que disminuyen la absorción, almacenamiento y utilización del hierro.
- Parásitos que originan pérdida de sangre en el tracto digestivo.



- Altas necesidades nutricionales en niños de 6-24 meses y déficit en la ingesta de hierro de buena biodisponibilidad - hemínico (vísceras oscuras, y carnes rojas).
- Corte inmediato del cordón umbilical que disminuye la transferencia de hierro durante el parto.



- Malaria, dengue e infecciones crónicas.
- Pérdida de sangre (menstruación, gastritis, enteros parásitos, entre otros)
- Bajas reservas de hierro en niños prematuros y con bajo peso al nacer.
- Reducción de la Lactancia Materna Exclusiva e ingesta de leche de vaca en menores de un año.



¿Quiénes necesitan hierro?

La necesidad de hierro la tiene toda la población en general, pero son las poblaciones más vulnerables como: Niños pequeños menores de 2 años, gestantes, lactantes, mujeres en edad fértil y los pacientes con resultados de anemia, los que deben recibir hierro para conservar y recuperar sus reservas.



Tratamiento terapéutico de la anemia

La adicional administración terapéutica de hierro es esencial, el objetivo debe consistir, no solo, en corregir la anemia sino también en proporcionar adecuadas reservas de hierro para satisfacer futuras demandas. Teniendo en cuenta este último objetivo, la administración oral de hierro medicinal debe prolongarse durante aproximadamente 3 meses. La ferropenia oral es preferible a la ferrotterapia, a menos que la intolerancia por parte del paciente o la falta de cooperación de los padres conviertan la vía oral en poco fiable.



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA



Integrantes:

Carlos Alberto Menacho Chauca

Carmen Rosa Fernández Remicio

ALIMENTOS RICOS EN HIERRO

De origen animal:

- Vísceras: hígado, bazo, pulmón (bofe), riñón



- Sangrecita



- Carne: de res, pollo, pescado.



- Huevos



De origen vegetal:

- Menestras: lentejas, habas, alverja, pallares, garbanzos, etc.



- Verduras: de preferencia de hojas verde oscuro como espinacas y brócoli.



Recuerde que los alimentos de origen vegetal deben ser acompañados con cítricos para potenciar su absorción.

Evitar el consumo de:

Cuando este consumiendo alimentos fuentes de hierro de origen vegetal evite consumir:

- Café.
- Chocolate.
- Infusiones.
- Gaseosas.
- Leche



Recuerde consumir alimentos ricos en hierro de origen animal 3 veces a la semana.

