

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



**ACTITUD MATERNA SOBRE EL CONSUMO DE LAS “CHISPITAS” Y SU
RELACION CON LA PREVALENCIA DE ANEMIA FERROPÉNICA EN LOS
NIÑOS DE 06 A 36 MESES, PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA, 2012.**

Tesis para obtener el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

Presentado por:

Bach. VÁSQUEZ CCATAMAYO, Elizabeth

Bach. VELÁSQUEZ JANAMPA, Eliana

Ayacucho – Perú

2012

ACTITUD MATERNA SOBRE EL CONSUMO DE LAS "CHISPITAS" Y SU RELACION CON LA PREVALENCIA DE ANEMIA FERROPÉNICA EN LOS NIÑOS DE 06 A 36 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA, 2012.

Bach. VASQUEZ CCATAMAYO, Elizabeth - VELASQUEZ JANAMPA, Eliana

RESUMEN:

OBJETIVO: Determinar la relación de la actitud materna sobre el consumo de las "chispitas" y su relación con la prevalencia de anemia ferropénica en los niños de 06 a 36 meses de edad que acuden al Programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Huamanguilla, 2012.

Material y Métodos: La presente investigación es de un enfoque cuantitativo, de tipo aplicativo, de nivel descriptivo, de diseño transversal, prospectivo. La población estuvo constituida por todas las madres y sus hijos 6 a 36 meses de edad, beneficiarios del programa de Suplementación con micronutrientes "chispitas nutricionales", la muestra considerada fueron 55 madres y sus respectivos hijos de 06 – 36 meses de edad. **Resultados:** 71,1% de madres expresan actitudes favorables hacia el consumo de los suplementos nutricionales "chispitas" 2. La prevalencia de anemia es de 81,8%. **Conclusiones:** Se ha determinado que las actitudes de las madres hacia el consumo del micronutriente "chispitas" en su mayoría son favorables pero la relación con la anemia de sus hijos es débil, puesto que de un 71,1% de madres con actitudes favorables, existe sólo 18, 2% de niños sin anemia, que probablemente haya salido por efecto de los micronutrientes "chispita" y 81.8, % de niños tienen anemia, a pesar de que la madre tienen actitud favorable.

PALABRA CLAVE: Actitud materna, anemia ferropénica, micronutrientes "chispita"

**MATERNAL ATTITUDES OF CONSUMPTION "SPRINKLES" AND THE PREVALENCE OF
IRON DEFICIENCY ANEMIA IN'S CHILDREN 06 TO 36 MONTHS OF AGE WHO GO TO THE
GROWTH AND DEVELOPMENT CENTER HEALTH HUAMANGUILLA, 2012.**

Bach. VASQUEZ, CCATAMAYO, Elizabeth. VELASQUEZ JANAMPA, Eliana

SUMMARY:

Objective: To determine the relationship of maternal attitude on consumption of "sparks" and the prevalence of iron deficiency anemia in children from 06 to 36 months attending the Growth and Development Program Health Center Huamanguilla, 2012. **Material and Methods:** This research is a quantitative approach, application type, level descriptive cross-sectional, prospective study. The population consisted of all mothers and children 6 to 36 months of age, beneficiaries of the micronutrient supplementation program "sprinkles nutrition", the current sample were 55 mothers and their children of 06 to 36 months old. **Results:** 71.1% of mothers expressed favorable attitudes towards the consumption of nutritional supplements the "sparks" 2. The prevalence of anemia is 81.9%. **Conclusions:** We found that mothers' attitudes towards the consumption of micronutrient "spark" mostly favorable but the relationship with their children anemia is weak, since 76.4% of mothers with positive attitudes, there is only 18, 2% of children without anemia. or rather that only 23.8% of children from 06 to 36 months were free of anemia, which has probably come the effect of micronutrients "spark" and 81.8% of children have anemia, although the mother have a favorable attitude.

KEYWORD: Attitude maternal, iron deficiency, micronutrient "spark"

DEDICATORIA

*Con profundo amor e infinita gratitud a los
Deres que me dio la dicha de vivir, a
mis queridos padres por su apoyo y amor
incondicional, a quienes les debo lo
que hasta hoy he logrado.*

Fliana

*"A las personas que siempre están a mi lado a
mis padres por su amor y comprensión, fuente
de estímulo para mi superación y seguir
alcanzando mis metas propuestas".*

Elizabeth

AGRADECIMIENTO

Nuestro especial agradecimiento a nuestra Alma Mater, La Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por habernos ofrecido la oportunidad de estudiar en su aulas y haber logrado nuestra anhelada profesión.

A la Facultad de Enfermería y su plana de docentes de la Facultad de Enfermería, por su abnegada dedicación en beneficio de nuestra formación profesional y sus atinadas enseñanzas impartidas en el difícil camino del saber.

A nuestra asesora: Mg Mercedes Gallardo Gutiérrez, por brindarnos su apoyo y colaboración desinteresada durante el desarrollo y ejecución de la presente investigación.

A los miembros del jurado: Fedora Siles Cruz, Julia C. Salcedo Cancho y Florencio Curi Tapahuasco por contribuir al perfeccionamiento de esta investigación.

Y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron en la conclusión del presente estudio.

SUMARIO	PÁG.
RESUMEN	ii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
SUMARIO	vi
CAPITULO I:	
INTRODUCCION.....	7
CAPITULO II:	
ANTECEDENTES REFERENCIALES	16
BASE TEORICA	21
CAPITULO III	
MATERIAL Y METODO	37
CAPITULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	41
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	65
ANEXOS	

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La anemia ferropénica es un problema antiguo y muy extendido en la población mundial, en especial en el grupo materno infantil; la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que la anemia ferropénica es un trastorno hematológico más frecuente en el mundo que afecta a millones de personas, especialmente en países en vías de desarrollo, como América Latina y el Caribe la situación de los niños menores de 3 años en el 2010 fue alarmante ya que la anemia estuvo presente en el 48% de los menores de tres años, así afectando a más de 77 millones de niños⁽¹⁾; frente a esta situación varios países han realizado esfuerzos en la labor de afrontar esta problemática con el Programa de Suplementación con Micronutrientes denominado chispitas nutricionales; como medidas de intervención terapéutica y preventiva de la anemia ya que es de bajo costo, de alta efectividad y de fácil aplicación a los niños menores de 3 años; además de ello esta fase se considera como crítica, ya que es una etapa de crecimiento y desarrollo intelectual, neurológico, cognitivo y el aumento de requerimientos como: proteínas , minerales, etc.

Por ende la iniciativa del Ministerios de Salud (MINSA) y Ministerio de Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), con el apoyo del Programa Mundial de Alimentos (PMA) donde a su vez refiere dos puntos a groso modo, primero que a nivel mundial "2.000 millones de personas sufren de carencias de micronutrientes" y el segundo, que "el 53% de las muertes infantiles tiene como causa sinérgica la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes", lo que sin duda significa que la calidad de la dieta cotidiana y las prácticas de alimentación saludable son inadecuadas; en esta circunstancia inician el plan de suplementación con micronutrientes denominado chispitas nutricionales.

Así mismo según datos reportados por la (OMS) más de dos mil millones de niños en el mundo son anémicos. La prevalencia más alta está en África (67,6%) y Asia Sudoriental (65,5%). En el Mediterráneo oriental la prevalencia es del 46%.⁽¹⁾

La Organización Panamericana de la Salud (OPS)-OMS informa que el Ecuador notificó una prevalencia de 70% en niños de 6- 12 meses y 45 % en niños de 12- 24 meses, Cuba 64% en niños de 1-3 años, Argentina 55% en niños de 9- 24 meses, México de 50.7% en niños de 6- 36 meses. Todos los estudios indican que la población más afectada son menores de 2 años".⁽¹⁾

En el Perú, Según ENDES 2010, la prevalencia de anemia en niños de 6 meses a 36 meses fue 63.6%. ENDES 2011, el primer semestre informa, que la

prevalencia de la anemia en los menores de 3 años fue 46,6% siendo mayor área rural con 53.3% y en la urbana 42.9 %.⁽²⁾

Según la OMS, durante el periodo 2007-2010, en la Región de Ayacucho, la prevalencia de anemia fue 64.6% en niños de 6 a 36 meses de edad⁽¹⁾. Del mismo modo ENDES 2011, refiere que en el primer trimestre la prevalencia de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad fue 52.9%.⁽²⁾ Según ONG "Fundación Acción Contra el Hambre" (ACH) 2011, en el distrito de Huamanguilla la prevalencia de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad beneficiarios del programa de suplementación con micronutrientes fue 70.3%.⁽³⁾ Todo lo anteriormente mencionado de intervenciones de bajo costo y alta efectividad; la realidad en Perú es contraria, según datos reportados por las organizaciones, puesto que la prevalencia de anemia tiene un alto porcentaje a nivel nacional.

Así mismo la referencia señalada en el estudio realizado por la O.N.G "Fundación Acción Contra el Hambre", 2011 en el distrito de Huamanguilla; es sumamente preocupante, puesto que los resultados son contradictorios a los objetivos del programa de suplementación con micronutrientes que en lugar de disminuir la anemia, esta se incrementó considerablemente. Esta realidad posibilita conjeturar la intervención de otros factores como la actitud de las madres frente a la administración de suplemento con micronutrientes "Chispitas".

La actitud es la predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social, de acuerdo a esta definición, a la cual se debe incluir los componentes, cognitivo, afectivo y conductual de la madre para incitar la administración de las chispitas nutricionales; de ello dependerá la voluntad de administrar responsablemente el producto de las chispitas.

Para reforzar lo manifestado se cita la conclusión y los testimonios de la investigación cualitativa: "Estudio Sociocultural en Nutrición en las Comunidades de Huanta y Vilcashuamán, Ayacucho 2011",

"La distribución de chispitas nutricionales aún no tiene aceptación generalizada en las familias, puesto que existe dudas acerca de la composición y de su efecto".

Y el testimonio más relevante que encontraron fue:

"Con las chispitas estamos haciendo daño a nuestros hijos. Sin Chispita podemos, Con esta Chispita estamos empeorando a nuestros niños. Tal vez para que los peruanos seamos opas... Es nuestra obligación recoger pero no estamos dando, no sabemos lo que contiene".

En esta misma línea, una madre también sostuvo

"Nos hacen asustar que si no recogemos las Chispitas, nos van a cortar la ayuda del programa Juntos".

En estas circunstancias, las madres reciben puntualmente los suplementos de micronutrientes condicionado a la asistencia de programa de control de crecimiento y desarrollo de Centro de Salud.

Las madres, en ningún momento garantizan la administración adecuada de las bolsitas de chispitas, además no existe un programa de monitoreo

específico. Por los testimonios referidos podemos inferir que las madres tienen una actitud favorable para la recepción de suplementos de micronutrientes más no así para su respectiva administración.⁽³⁾

Durante la experiencia en la O.N.G “Fundación Acción Contra el Hambre” dentro del proyecto “Anemia No”; al recolectar datos para el levantamiento de información de Línea de Base a nivel de la Provincia de Huanta sobre temas de chispitas nutricionales en la comunidad de Huancayoq- Huanta se encontró el revelador testimonio de una madre:

“mi hijo mayor de 5 años es el que consume las chispitas, debido mi hijo menor de 1 año lo rechaza por el sabor desagradable, además le produce náuseas y vómitos por eso yo tampoco no lo exijo porque se pone a llorar y ya no lo estoy dando”.

Así mismo se constató que solo en una familia se administra regularmente las chispitas, mientras que en la mayoría de los hogares no se presencié la administración.

Por todo lo anterior, es de vital importancia realizar estudios en los que previamente se analice las actitudes de las madres como individuos trascendentales dentro del proceso de la alimentación de los niños y niñas, ya que la calidad de la dieta cotidiana constituye un elemento esencial que contribuye al estado de nutrición y salud del individuo, especialmente en los primeros años de vida.

Con el propósito de encontrar una relación entre la anemia y la actitud de las madres para la administración de los micronutrientes “chispitas” se realizó la investigación titulada: “ACTITUD MATERNA SOBRE EL CONSUMO

DE LAS "CHISPITAS" Y SU RELACIÓN CON LA PREVALENCIA DE ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 06 A 36 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA", para su efecto se plantearon los siguientes objetivos:

GENERAL:

Determinar la relación de la actitud materna sobre el consumo de las "chispitas" y la prevalencia de anemia ferropénica en los niños de 06 a 36 meses de edad que acuden al Programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Huamanguilla, 2012.

ESPECÍFICOS:

- Identificar la actitud de las madres de niños de 06 a 36 meses de edad sobre el consumo de las "chispitas". Centro de Salud Huamanguilla, 2012.
- Identificar la prevalencia de anemia ferropénica en los niños de 6 a 36 meses de edad que acuden al programa de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Huamanguilla, 2012.
- Identificar la prevalencia de anemia ferropénica en los niños de 06 a 36 meses de edad según grupo etareo de los niños que acuden al programa de crecimiento y desarrollo del centro de salud Huamanguilla, 2012.
- Establecer la relación entre la actitud materna sobre el consumo de las "chispitas" y la prevalencia de anemia ferropénica en los niños de 6 a 36 meses de edad que acuden al programa de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Huamanguilla, 2012.

- Relacionar la actitud materna con variables demográfica (edad, número de hijos, estado civil y grado de instrucción).

La hipótesis propuesta fue:

Hi: A una actitud favorable frente al consumo de “chispitas” corresponde menor prevalencia de anemia ferropénica en los niños de 06 a 36 meses que acuden al programa de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Huamanguilla, 2012.

Ho: A una actitud favorable frente al consumo de “chispitas” corresponde mayor prevalencia de anemia ferropénica en los niños de 06 a 36 meses que acuden al programa de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Huamanguilla, 2012.

El diseño metodológico empleado fue:

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos de la presente investigación, el tipo de investigación corresponde a un:

Enfoque cuantitativo, De tipo Aplicativo, Nivel Descriptivo, correlacional de corte transversal, prospectivo, el área de estudio fue el Centro de Salud del distrito de Huamanguilla, provincia de Huanta, ciudad que queda al lado nor este de la ciudad de Ayacucho, cuya altitud es de 3277 m.s.n.m.

La población estuvo constituida por todas las madres y sus respectivos hijos de 6 a 36 meses de edad, beneficiarios del programa de Suplementación con micronutrientes “chispitas nutricionales”. La muestra estuvo constituida

por 55 madres y 55 niños de 06 a 36 meses de edad. La Técnica e instrumento de recolección de datos fueron mediante un test de actitud y la técnica del hemocue que consiste en la toma de una muestra capilar de sangre de un dedo de la mano del niño, el cual se consideró como medio efectivo para recolectar información del grado de anemia, aplicado a cada uno de los elementos de estudio y para la actitud de las madres un test de actitud. Para acceder a la entrevista se solicitó autorización de la Jefa del Centro de Salud de Huamanguilla.

La actitud materna frente al consumo de las chispitas fue medida a través de un test con 32 proposiciones de tipo Likert puntuándose con 2 (de acuerdo), 1 (ni a favor ni en contra) y 0 (desacuerdo), con la suma total del test, se establecieron los siguientes indicadores; actitud favorable (33- 64 puntos), indiferente (22- 32 puntos) y actitud desfavorable (0 – 21 puntos). El grado de anemia fue valorado a través de la extracción de la muestra de sangre; estos datos de nivel de hemoglobina han sido ajustados con una constante de 2.27 por la altitud de la ciudad de Huamanguilla (3227 m.s.n.m.)

Los datos recolectados fueron sometidos a prueba de calidad, luego alimentados al software MS-EXCEL Y SPSS y finalmente construir cuadros simples y de doble entrada para su interpretación y análisis.

El presente estudio determino que, 71.1% de las madres tienen una actitud favorable al consumo de micronutrientes chispitas, de ellas el 42.2% de sus hijos presentan anemia leve, 24.4% moderada y 4.4% grave.

Contrastando con la hipótesis se concluye que la actitud predominante en un 71.1% de madres frente al consumo de las chispitas es favorable, sin embargo existe un alto porcentaje de niños con prevalencia de anemia en sus diferentes grados, por tanto se niega la hipótesis de investigación. Estos hallazgos aportaran información confiable y actualizada a la Gerencia de centro de salud Huamanguilla para promover el adecuado funcionamiento del programa de suplementación con micronutrientes, por otro lado también propiciará que el personal de salud focalice a los niños anémicos y realice el monitoreo específico con el propósito de optimizar el consumo adecuado de las chispitas, con la finalidad de disminuir las tasas de anemia en la población estudiada.

El presente informe tiene la siguiente estructura: capítulo I: Introducción; Capítulo II: Revisión de la literatura, base teórica, Capítulo III: Material y métodos; Capítulo III Resultados y Discusión, IV: Conclusiones y Recomendaciones, Bibliografía y anexos.

CAPITULO II

REVISION DE LA LITERATURA

ANTECEDENTES REFERENCIALES:

Hecha la revisión de la literatura referente al tema no se encontraron antecedentes similares, sin embargo, podemos citar algunos trabajos relacionados, a nivel internacional.

En la investigación titulada "evaluación de la fase uno del programa de suplementación con hierro chis- paz en los niveles de hemoglobina en menores de cinco años, provincia Chimborazo- ecuador, 2010.", la prevalencia de anemia fue estudiada en 337 niños de 0 -59 meses de edad con un diseño cuasi experimental para evaluar la fase uno del programa de suplementación con hierro chis – paz en los niveles de hemoglobina en niños que asistían a círculos infantiles de la provincia de Chimborazo, con el objetivo de estudiar los cambios que ocurren en el estado nutricional de hierro a partir del consumo del suplemento. La autora obtuvo los siguientes resultados: del total de evaluados

en la primera toma, el 90% presentaron valores de hemoglobina menores a 11mg/dl, lo que es indicativo de anemia. ⁽⁴⁾

En la investigación titulada “Anemia en niños beneficiarios del Programa Mundial de Alimentos – Las Tunas - Enero 2005, Canadá”, investigación descriptivo cuyo objetivo fue caracterizar la incidencia de la anemia en niños de 6 meses a 2 años y escolares de 6 meses a 12años, llegando a la conclusión que el municipio Amancio fue el que aportó mayor porcentaje de anémicos tanto en lo rural como área urbana. Los grupos de edad que con mayor cantidad de niños anémicos fueron entre las edades de 6 meses – 2 años. ⁽⁵⁾

En la investigación realizada “Anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 meses y de 6 a 12 años de edad residentes en la ciudad de Guantánamo, Cuba, 2003”. Planteándose el objetivo de diagnosticar la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 meses y en escolares de 6 a 12 años de edad residentes en la ciudad de Guantánamo. Se realizó un estudio transversal en el segundo semestre del año 2003. La muestra estuvo compuesta por 220 niños. Los autores obtuvieron los siguientes resultados: La prevalencia de anemia en los niños hasta 2 años de edad fue del 35,8 %. ⁽⁶⁾

En un estudio titulado “Eficacia de un programa combinado de suplemento y dieta de hierro en el incremento de hemoglobina en escolares anémicos del colegio Juan Francisco Lara, Arauca, Colombia-2007”; Teniendo como objetivos: Determinar las actitudes de las madres hacia el uso del

suplemento de sulfato ferroso y alimentos ricos en hierro; los principales resultados hallados fueron: el 59% de las madres demostró una actitud desfavorable, seguido con un 24% con una actitud indiferente y solo con un 17% demostró actitudes favorable frente suplemento de sulfato ferroso y alimentos ricos en hierro.⁽⁷⁾

En una investigación realizada que lleva por título "Prevalencia de anemia en niños de 6 a 24 meses de tres centros de salud de la ciudad de La Paz-Bolivia, 2006"; con el Objetivo: Determinar la prevalencia de anemia en tres centros de salud. Mediante un estudio descriptivo con 114 niños de 6 a 24 meses; se obtuvieron los siguientes resultados: La prevalencia de anemia en los tres centros de salud fue del 86.6%, en el centro de Bella Vista se registró un 8% de anemia severa, 10% de anemia moderada y 19% de leve; en Chasquipampa, 6% de anemia severa, 11% moderada y 12% leve y en Villa Nuevo Potosí, 4% de severa, 9% de moderada y 20% de anemia leve. Finalmente concluyen: Que existe una alta prevalencia de anemia en niños menores de 2 años.⁽⁸⁾

A nivel nacional en la investigación titulada "Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre alimentación de niño menor de 3 años, en el asentamiento Humano del Distrito de Villa María del Triunfo, Lima 2010"; teniendo como objetivo: Identificar actitudes y percepciones de madres sobre alimentación de niño menor de 3 años. Mediante un estudio observacional descriptivo, cualicuantitativo en el asentamiento humano del distrito de Villa

María del Triunfo, Lima, con madres de niños menores de 3 años. Obtuvieron los siguientes resultados: Estuvieron de acuerdo con prácticas adecuadas en alimentación complementaria, 68% y actitudes favorables 66,7% sobre alimentación infantil. ⁽⁹⁾

En una tesis titulado "Conocimientos, actitudes y percepciones sobre anemia entre madres de niños anémicos y no anémicos de cuatro comunidades de Villa María del Triunfo, Lima 2009"; teniendo con el Objetivo: Comparar los conocimientos, actitudes y percepciones sobre anemia entre madres de niños anémicos y no anémicos de cuatro comunidades de la Quebrada de Santa María, distrito de Villa María del Triunfo; Se seleccionaron 256 niños y niñas entre 6 y 59 meses. Llegaron a los siguientes resultados el 95% de las participantes mostraron actitudes favorables respecto a los alimentos fuentes de hierro; el 98% de las madres mencionaron a la alimentación adecuada y la Suplementación con hierro como dos medidas para curar la anemia. ⁽¹⁰⁾

En la investigación titulada "Actitud de las Madres Frente a la Administración de los Micronutrientes (chispitas nutricionales), en el Puesto de Salud San Cristóbal, Huancavelica -2010 "; planteándose como objetivo: Determinar la actitud de las madres frente a la administración de los micronutrientes (chispitas nutricionales), el método general utilizado fue el deductivo-inductivo, el específico fue el estadístico descriptivo: Obteniéndose los siguientes resultados: La actitud general de las madres se encontró que el

74% tienen una actitud positiva y el 26% tienen una actitud negativa. En conclusión la actitud de las madres frente a la administración de los micronutrientes fue positiva, este resultado representa un factor protector para la nutrición del niño.⁽¹¹⁾

De la misma manera en la investigación titulada: "Características Del consumo de hierro estado de anemia y su relación con el Desarrollo Psicomotor en niños de seis a 36 m del distrito de Palca, provincia y Departamento de Huancavelica"-2001; cuyo objetivo fue Evaluar las características de consumo de hierro y relacionar el estado de anemia con el desarrollo psicomotor de niños menores de 3 años. Investigación de corte transversal. Participaron 143 niños. Se aplicó una encuesta de consumo para determinar los hábitos alimentarios, la prueba de hemoglobina y una encuesta de observación de la relación madre-niño. Se tuvo como resultados que el 81% de niños tienen niveles bajos de hemoglobina, siendo los niños de 6 a 12 meses y 12 a 24 meses los más afectados. El consumo de alimentos fuente de hierro hem es escaso para ambos grupos y la dieta de los niños anémicos sólo cubre el 57% de sus requerimientos.⁽¹²⁾

A nivel regional no se encontraron estudios similares pero consideramos algunos estudios relacionado como: La investigación cualitativo titulado "Estudio Sociocultural en Nutrición en las Comunidades de Huanta y Vilcashuamán, Ayacucho 2011"; planteándose como objetivo: Explorar los aspectos que

contribuyen a la alta prevalencia de la anemia y la desnutrición como también los factores que influyen en la actitud de los padres de familia frente a la alimentación de sus hijos. Llegando a la conclusión que la preocupación de parte de los padres de familia hacia la alimentación de los hijos es muy positiva pero que esto no implica la alimentación con productos fortificados; sino más bien la decisión de alimentar con productos de la zona; tanto así la distribución de chispitas nutricionales por parte del estado aún no tiene aceptación dado que existe incógnitas de parte de las familias acerca del suplemento nutricional "chispita" aquí un revelador testimonio del Promotor de Salud de Hercomarca donde sostuvo: "Otras señoras dicen que con esto estamos haciendo daño a nuestros hijos. Sin Chispita podemos, Con esta Chispita estamos empeorando a nuestros niños. Tal vez para que los peruanos seamos opas (...) Es nuestra obligación recoger pero no estamos dando, no sabemos lo que contiene."⁽³⁾

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1. MARCO CONCEPTUAL

A. ACTITUD

Definición:

Es la disposición del individuo para valorar de manera favorable o desfavorable algún símbolo, objeto o aspecto que lo rodea; es decir una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente.⁽¹³⁾

Las actitudes en términos generales, constituyen fenómenos de carácter psicosocial de un alto nivel de complejidad, en los que se entrelazan los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales. Como la disposición o el ánimo con el que enfrentamos una situación.⁽¹⁴⁾

La actitud es el estado del ánimo que se expresa de una cierta manera; es decir como un estado de la disposición nerviosa y mental, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de un sujeto ante determinados acontecimientos.⁽¹⁵⁾

Por tanto la actitud es la organización de ideas y creencias que se manifiestan a través de la Conducta.

COMPONENTES

La actitud tiene tres componentes:

Componente cognoscitivo. Es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.⁽¹⁴⁾

Está formado por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. El

componente cognitivo se refiere al grado de conocimiento, creencias, opiniones, pensamientos que el individuo tiene hacia su objeto de actitud⁽¹⁶⁾

Ejm: las chispitas nutricionales contienen hierro y es bueno para prevenir la anemia.

Componente afectivo. Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto. Es aquí donde el individuo vivencia emociones positivas o negativas con respecto al objeto actitudinal.⁽¹⁴⁾

Son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferenciales, estados de ánimo y emociones que se evidencian físicos y/o emocionalmente ante el objeto de la actitud.⁽¹⁶⁾

Ejm: aprecio las chispitas nutricionales porque ayudan en la nutrición de los niños.

Componente conductual. Se refiere a la intención de comportarse de cierta forma hacia una persona, un objeto; es decir la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera.⁽¹⁴⁾

Muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud; cabe destacar que este es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que influyen además la consideración de las intenciones de conducta y no solo la conducta propiamente dicha.⁽¹⁶⁾

Ejm: Le voy a dar en sus alimentos las chispitas nutricionales.

CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES

Consideraremos las siguientes:

1. La valencia o dirección.

Refleja el signo de la actitud. Se puede estar a favor o en contra de algo. En principio, estar a favor o en contra de algo viene dado por la valoración emocional, propia del componente afectivo. Es la dirección de la actitud que puede ser positiva o negativa.

El componente cognoscitivo intervendrá en las razones de apoyo hacia una u otra dirección.⁽¹⁶⁾

2. La intensidad.

Se refiere a la fuerza con que se impone una determinada dirección. Se puede ser más o menos hostil o favorable a algo, se puede estar más o menos de acuerdo con algo. La intensidad es el grado con que se manifiesta una actitud determinada.⁽¹⁶⁾

3. La consistencia.

La consistencia es el grado de relación que guardan entre sí los distintos componentes de la actitud. Si los tres componentes están acordes la consistencia de la actitud será máxima. Si lo que sabes, sientes y haces o, presumiblemente harías, están de acuerdo, la actitud adquiere categoría máxima de consistencia.⁽¹⁶⁾

CAMBIO DE ACTITUDES

Las actitudes pueden cambiar de dos maneras:

- Incongruentemente
- Congruentemente

Cambio de actitud incongruente, cuando aparece una variación en la dirección, que puede ir de positiva a negativa y viceversa, o cuando se da una disminución en la intensidad inicial, independientemente de cuál sea la valencia o dirección.

Cambio de actitud congruente, cuando la variación implica un incremento en la negatividad de una actitud que era ya negativa, o en la positividad de una actitud que era ya positiva.⁽¹⁴⁾

CHISPITAS NUTRICIONALES

Es un suplemento de hierro que contiene micronutriente u oligoelemento, que interviene en la formación de la hemoglobina y de los glóbulos rojos, el cual contiene una mezcla de micronutrientes encapsulada con una cubierta lipídica (lípidos de soya) que previene la interacción con los alimentos.⁽¹⁷⁾

COMPOSICIÓN DE LAS CHISPITAS NUTRICIONALES

Vitamina A (300 mcg).

Pertenece al grupo de las vitaminas liposolubles (soluble en grasa) es esencial para el organismo.

Esta vitamina está presente en los alimentos de origen animal en forma de vitamina A preformada y se la llama retinol mientras que en los vegetales aparece como provitamina A, también conocido como carotenos o (carotenoides) entre los que se destaca el beta caroteno. Por tanto es de suma importante para la visión ya que previene de alteraciones visuales.⁽¹⁷⁾

Hierro (12,5mg).

El hierro es un componente fundamental en muchas proteínas y enzimas que nos mantienen en un buen estado de salud. Alrededor de dos tercios de hierro de nuestro organismo se encuentra en la hemoglobina, proteína de la sangre que lleva el oxígeno a los tejidos y le da la coloración característica. El resto se encuentra en pequeñas cantidades en la mioglobina, proteína que suministra oxígeno al músculo, y en enzimas que participan de reacciones bioquímicas.⁽¹⁷⁾

Zinc (5mg).

El zinc es un mineral esencial para nuestro organismo. Está ampliamente distribuido en diferentes alimentos. Nuestro organismo contiene de 2 a 3 gr. de zinc.

Más del 85% del total de zinc presente en nuestro organismo se deposita en los músculos, huesos, testículos, cabellos, uñas y tejidos pigmentados del ojo. La mayoría del zinc se absorbe en el intestino delgado siendo el yeyuno el lugar de mayor velocidad en el transporte del mismo. La absorción es un proceso saturable ya que cuando los niveles de zinc disminuyen se produce un

aumento en la velocidad de transporte. Luego es transportando principalmente por la albúmina (proteína plasmática) al hígado a través de la circulación portal. Desde allí se distribuirá a diferentes tejidos.⁽¹⁷⁾

Vitamina C o ácido ascórbico (30mg).

Perteneciente al grupo de las vitaminas hidrosolubles, la vitamina C interviene en el mantenimiento de huesos, dientes y vasos sanguíneos por ser buena para la formación y mantenimiento del colágeno. Protege de la oxidación a la vitamina A y vitamina E, como así también a algunos compuestos del complejo B (tiamina, riboflavina, ácido fólico y ácido pantoténico). Desarrolla acciones antiinfecciosas y antitóxicas y ayuda a la absorción del hierro no hémico en el organismo. El ácido ascórbico no es sintetizable por el organismo, por lo que se debe ingerir desde los alimentos que lo proporcionan: Vegetales verdes, frutas cítricas y papas.⁽¹⁷⁾

Ácido fólico (160 mcg).

Anteriormente conocido como vitamina B9, este compuesto es importante para la correcta formación de las células sanguíneas, es componente de algunas enzimas necesarias para la formación de glóbulos rojos y su presencia mantiene sana la piel y previene la anemia. Su presencia está muy relacionada con la vitamina B12. Esta vitamina es fundamental para llevar a cabo todas las funciones de nuestro organismo. Su gran importancia radica en que el ácido fólico es esencial a nivel celular para sintetizar ADN (ácido desoxirribonucleico), que transmite los caracteres genéticos, y para sintetizar

también ARN (ácido ribonucleico), necesario para formar las proteínas y tejido del cuerpo y otros procesos celulares.⁽¹⁷⁾

FUNCIONES DE LOS MICRONUTRIENTES (CHISPITAS NUTRICIONALES)

Sistema inmune: contribuye en la prevención de enfermedades infecciosas, especialmente del aparato respiratorio creando barreras protectoras contra diferentes microorganismos. Estimula las funciones inmunes, entre ellas la respuesta de los anticuerpos y la actividad de varias células producidas por la médula ósea que interviene en la defensa del organismo como fagocitos y linfocitos.

Antioxidante: previene el envejecimiento celular y la aparición de cáncer, ya que elimina los radicales libres y protege al ADN de su acción mutagénica.

Las catalasas y las peróxidas son enzimas que contienen hierro que protegen a las células contra la acumulación de peróxido de hidrógeno (químico que daña a las células) convirtiéndolo en oxígeno y agua.

Visión: es fundamental para la visión, ya que el Retinol contribuye a mejorar la visión nocturna, previniendo de ciertas alteraciones visuales como cataratas, glaucoma, pérdida de visión, ceguera crepuscular, también ayuda a combatir infecciones bacterianas como conjuntivitis.⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

Transporte y depósito de oxígeno en los tejidos: el grupo hemo o hem que forma parte de la hemoglobina y mioglobina está compuesto por un átomo de hierro. Estas son proteínas que transportan y almacenan oxígeno en nuestro organismo. La hemoglobina, proteína de la sangre, transporta el oxígeno

desde los pulmones hacia el resto del organismo. La mioglobina juega un papel fundamental en el transporte y el almacenamiento de oxígeno en las células musculares, regulando el oxígeno de acuerdo a la demanda de los músculos cuando entran en acción. ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

CONSECUENCIAS POR CARENCIA DE LOS MICRONUTRIENTES (CHISPITAS NUTRICIONALES).

Alteraciones oculares: puede ocasionar ceguera crepuscular, es decir disminuye la agudeza visual al anochecer, sensibilidad extrema a la luz como así también resecamiento, opacidad de la córnea con presencia de úlceras, llamado xeroftalmia, la cual puede conducir a la ceguera ⁽¹⁴⁾⁽¹⁹⁾

Inmunidad reducida (defensas bajas): aumenta la susceptibilidad a infecciones bacterianas, parasitarias o virales. ⁽¹⁷⁾

Alteraciones óseas: inhibe el crecimiento, de malformaciones esqueléticas, disminuye la probabilidad de padecer dolencias en articulaciones debido a que aporta en la regeneración ósea. ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

Alteraciones cutáneas: provoca una hiperqueratinización, es decir la piel se vuelve áspera, seca, con escamas (piel de gallina, piel de sapo), el cabello se torna quebradizo y seco al igual que las uñas. ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

B.-PREVALENCIA:

Es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinado; Es un indicador estático,

que se refiere a un momento temporal. Es decir el número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado ⁽²⁰⁾

B.1.-ANEMIA FEROPENICA:

Es la deficiencia de hierro debido a que existe un fracaso de la función medular de síntesis de hemoglobina, se caracteriza por la producción de eritrocitos pequeños y la disminución de la concentración de hemoglobina circulante, el cual se reconoce cuando hay una depleción de hierro corporal esencial; debido a que el hierro participa en diversos procesos de regulación celular, las consecuencias de su deficiencias son numerosas como retardo de crecimiento, alteraciones en el desarrollo mental y psicomotor, déficit en la capacidad activa de aprendizaje y dificultad para mantener la concentración ⁽²¹⁾

Por ello en la infancia se presenta un elevado riesgo de ferropenia debido a las altas demandas de hierro por su rápido crecimiento y a la baja disponibilidad del mismo en su alimentación. Las causas pueden ser: disminución de la disponibilidad, aumento de las necesidades y/o aumento de las pérdidas.

Según la Organización Mundial de la Salud, la deficiencia de hierro es uno de los trastornos nutricionales de mayor magnitud en el mundo y la causa más común de anemia ⁽¹⁾

CAUSAS DE ANEMIA FERROPÉNICA

En orden decreciente de frecuencia, las principales causas de anemia son: ⁽²²⁾

1. Deficiencia de hierro: es la principal causa de anemia infantil.

Ocurre por un aporte de hierro disminuido debido

- a. Una ingestión inadecuada (dieta pobre en alimentos ricos en hierro -vísceras, calamares, pavo, huevo, pollo, pescado blanco, granos, harina de maíz, trigo, espinacas- y deficiente ingesta de vitamina C –vegetales verdes frescos, frutas-);

Una absorción disminuida (consumo excesivo de antiácidos, bebidas carbonatadas, vómitos y diarrea).

2. Parasitosis intestinal: existen parásitos llamados helmintos (gusanos) que provocan pérdida sanguínea a nivel intestinal o se alimentan de sangre llevando a la anemia.
3. Empleo de leche entera de vaca: los niños menores de 1 año no deben tomar leche entera de vaca u otros animales, ya que la digestión de ésta no es adecuada y se puede producir una enteropatía perdedora de glóbulos rojos, enfermedad en la cual se presenta una salida periódica de glóbulos rojos hacia la luz intestinal y con el tiempo anemia.
4. Enfermedades: existen diversas patologías tanto agudas como crónicas que ocasionan disminución de los valores de hemoglobina en el niño. Entre las agudas tenemos: infección urinaria, fiebre tifoidea, infección por

citomegalovirus; entre las crónicas se cuentan: la infección por VIH, paludismo, insuficiencia renal crónica, neoplasias y tumores.

5. Deficiencia de vitamina B12 y/o ácido fólico: ocurre cuando la dieta es pobre en alimentos que los contienen vísceras, pescado, leche, huevos, vegetales verdes y frutas).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ANEMIA FERROPÉNICA

La anemia puede producir diferentes síntomas de acuerdo a su severidad, pero en la mayoría de los casos, los niños anémicos presentan: sensación de frío, palidez cutáneo-mucosa (más evidente en manos y labios), fatiga, somnolencia (sueño excesivo y permanente), irritabilidad, decaimiento o apatía, debilidad muscular, adelgazamiento, hiporexia (disminución del apetito), taquicardia (aumento de la frecuencia cardíaca), infecciones a repetición, retardo en el crecimiento y en el desarrollo psicomotor.⁽²¹⁾

DIAGNÓSTICO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA

Para diagnosticar la anemia, el pediatra debe realizar primeramente una exhaustiva Historia Clínica, la cual nos permite conocer la existencia o no de antecedentes importantes como factores de riesgo de anemia.

Asimismo obtenemos información acerca de los hábitos alimenticios del niño y de la familia. Luego pasamos a realizar el Examen Físico, que nos revelará los síntomas y signos clínicos, así como las manifestaciones conductuales que pueda presentar el pequeño.

En tercer lugar se procede a solicitar los Exámenes de Laboratorio (hematología completa, frotís de sangre periférica, examen de heces, examen de orina), así como pruebas más específicas que nos permiten detectar la deficiencia de hierro, tales como hierro sérico, ferritina sérica e índice de saturación de transferrina).

Con toda la información anterior, podemos establecer entonces la causa de la anemia, su grado de severidad y el tratamiento adecuado.

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA

El tratamiento del niño anémico dependerá de la severidad del caso, de la causa que lo origina y de la edad del niño⁽²³⁾.

Primeramente se deben dar las recomendaciones nutricionales para garantizar el aporte adecuado de hierro, vitaminas y oligoelementos.

Se inicia la administración oral de preparados de hierro (sulfato ferroso, gluconato o polimaltosato de hierro, éste último se prefiere por su mejor tolerancia y beneficios).

La dosis de hierro elemental es de 3 a 6 mg por kilo de peso por día. Se debe dar la dosis fraccionada en dos o tres tomas diarias, preferiblemente alejadas de las comidas.

El tiempo de administración dependerá de los exámenes de control y de la desaparición de los síntomas. También el hierro se puede administrar por inyección intramuscular o endovenosa en casos de estar comprometida la vía oral.

En los casos de anemia severa y sobre todo acompañada de problemas respiratorios se emplea la transfusión sanguínea, bien sea con sangre completa o con concentrado de glóbulos rojos.⁽²¹⁾

HEMOGLOBINA (Hb)

La hemoglobina es una proteína que se encarga de llevar oxígeno a los pulmones y tejidos. Aproximadamente el 3% de la hemoglobina escapa atravesando la membrana capilar hacia los espacios tisulares o a través de la cápsula de Bowman; Por tanto para que la hemoglobina persista en el torrente circulatorio debe estar dentro de los glóbulos rojos.

VALORES NORMALES

Hb: Hemoglobina. Hcto: Hematocrito.		
Edad	Hb	Hcto
	MED	MED
RN	18.5	56
1m	13.9	44
6m	12	36
1-4a	12.5	37
5-12a	13.5	40

Fuente: Normas técnicas para la prevención y control de deficiencias de micro nutrientes.

INCREMENTO DE HEMOGLOBINA SEGÚN ALTITUD

El nivel de hemoglobina en la sangre requerido depende de la presión parcial de oxígeno en la atmósfera. Como el Perú es un país donde un gran número de personas viven a alturas donde la presión de oxígeno es reducida en comparación con la del nivel del mar; se requiere un ajuste a las mediciones de

hemoglobina para poder evaluar el estado de anemia, es decir el nivel mínimo requerido de hemoglobina dada la biodisponibilidad de oxígeno en la atmósfera.

El ajuste para la evaluación del estado de anemia; se realiza llevando a nivel del mar la medición observada. Esto se hace restando de la medición el incremento que se observa en la hemoglobina como resultado de vivir a mayores alturas. Las mediciones iniciales del nivel de hemoglobina han sido llevadas al nivel del mar con el siguiente procedimiento. ⁽²²⁾

INCREMENTO DE HEMOGLOBINA SEGÚN ALTITUD

ALTITUD (msnm)	HEMOGLOBINA (g/dl)
Menor de 1000	0
1000	0.2
1500	0.5
2000	0.8
2500	1.3
3000	1.9
3500	2.7
4000	3.5
4500	4.5

Fuente: Cuadro de descuento de hemoglobina según OMS.

CRITERIOS DE SEVERIDAD

De acuerdo a la OMS los criterios de severidad son:⁽¹⁾

Anemia leve: hemoglobina entre 10 – 10.9 g/dl.

Anemia moderada: hemoglobina entre 8-10 g/dl.

Anemia severa: hemoglobina menor de 8 g/dl

2.3. HIPOTESIS:

Hi: A una actitud favorable frente al consumo de “chispitas” corresponde menor prevalencia de anemia ferropénica en los niños de 06 a 36 meses que acuden al programa de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Huamanguilla, 2012

La actitud favorable se relaciona con un prevalencia menor de anemia

Ho: A una actitud favorable frente al consumo de “chispitas” corresponde mayor prevalencia de anemia ferropénica en los niños de 06 a 36 meses que acuden al programa de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Huamanguilla, 2012.

2.4. VARIABLE

2.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.

Actitud materna sobre el consumo de las “chispitas”

- Favorable
- Desfavorable

2.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

Prevalencia de anemia ferropénica

- Leve
- Moderado
- Severa

CAPITULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo y nivel de Investigación:

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos de la presente investigación, el tipo de investigación corresponde a un:

Enfoque cuantitativo, porque utiliza la recolección y el análisis de datos para responder a la pregunta de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población.

De tipo Aplicativo: porque se concentra en estudiar y contribuir en la solución de un problema práctico inmediato.

Nivel Descriptivo, correlacional de corte transversal, ya que permite obtener información precisa sobre las variables en estudio, así como describir sistemáticamente la relación existente entre las variables de estudio para luego

con los resultados obtenidos proceder a identificar y determinar la relación entre anemia ferropénica y la actitud de las madres sobre la administración del suplemento de micronutrientes “chispitas”.

De diseño: Transversal prospectivo, transversal porque la medición se realizará por única vez y prospectivo porque los datos recolectados serán posteriores al proyecto de investigación.

Descripción del área de estudio:

La presente investigación se realizó en el Centro de Salud del distrito de Huamanguilla, comprensión de la provincia de Huanta, ciudad que queda al lado nor este de la ciudad de Ayacucho, cuya altitud es de 3277 m.s.n.m.

Población y muestra:

Población:

La población estuvo constituida por todas las madres y sus respectivos hijos de 6 a 36 meses de edad, beneficiarios del programa de Suplementación con micronutrientes “chispitas nutricionales”.

Para la selección de la muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión respectivamente:

Criterios de inclusión:

- Niños de 6 a 36 meses de edad, beneficiarios del programa de Suplementación con micronutrientes “chispitas nutricionales”.
- Niños cuyos padres aceptaron el consentimiento informado

- Madres que pertenezcan a la jurisdicción del Centro de Salud Huamanguilla

Criterios de exclusión:

- Niños provenientes de zonas de alto riesgo de malaria.
- Niños que presentan cuadro febril.
- Niños cuyos padres no aceptaron el consentimiento informado.

Muestra:

La muestra estuvo constituida por 55 madres y 55 niños de 06 a 36 meses de edad.

Técnica e instrumento de Recolección de datos:

Para el efecto de de la recolección de datos se seleccionó como técnica la entrevista y mediante la técnica del hemocue que consiste en la toma de una muestra capilar de sangre de un dedo de la mano del niño, el cual se consideró como medio efectivo para recolectar información del grado de anemia, aplicado a cada uno de los elementos de estudio y para la actitud de las madres un cuestionario de tipo Likert.

Recolección y procesamiento de datos:

El proceso de recolección de datos se realizó previa obtención de la carta de presentación de la Decanatura de la Facultad de Enfermería, seguidamente se solicitó autorización dela Jefa del Centro de Salud de Huamanguilla para tener acceso a las unidades de estudio. Esta recolección se realizó en tres momentos.

1° Momento de sensibilización a los madres a fin de que puedan otorgar su consentimiento informado.

2° Momento extracción de la muestra de sangre.

3° Obtención de resultados, los datos sobre el nivel de hemoglobina de los niños ha sido corregido con una constante de 2.27 por la altitud de la ciudad de Huamanguilla (3227 m.s.n.m.)

Los datos recolectados fueron sometidos a prueba de calidad, luego alimentados al software MS-EXCEL Y SPSS y finalmente construir cuadros simples y de doble entrada para su interpretación y análisis.

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO N° 01

**ACTITUD MATERNA SOBRE EL CONSUMO DE LAS CHISPITAS DE LOS
NIÑOS DE 06 A 36 MESES BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE
MICRONUTRIENTES, CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA, 2012.**

ACTITUD MATERNA FRENTE AL CONSUMO DE LAS CHISPITAS	N°	%
FAVORABLE	32	71.1
DESFAVORABLE	8	17.8
INDIFERENTE	5	11.1
TOTAL	45	100.0

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación del test de actitud a las madres en estudio, 2012.

Del 100,0% (45) de la muestra estudiada, 71,1% de madres manifiesta actitud favorable; 17,8% de las madres manifiesta actitud desfavorable y 11,1 de las madres manifiestan una actitud indiferente.

CUADRO N° 02
ANEMIA FERROPÉNICA EN LOS NIÑOS DE 06 A 36 MESES
BENEFICIARIOS DE PROGRAMA DE SUPLEMENTACION, CENTRO DE
SALUD HUAMANGUILLA, 2012.

GRADO DE ANEMIA	N°	%
LEVE	27	60
MODERADA	15	33.3
GRAVE	3	6.7
TOTAL	45	100.0

FUENTE: Datos obtenidos del registro y aplicación de dosaje de hemoglobina de los niños de 06 a 36 meses de edad. CRED, C.S. Huamanguilla, 2012.

En el presente cuadro se observa que, del 100% de la muestra en estudio, 60% de niños de 6 a 36 meses de edad presentan anemia leve; seguido de 33,3% de niños que presentan anemia moderada y un 6,7% presentan una anemia grave.

CUADRO N° 3

ANEMIA FERROPENICA DE NIÑOS DE 06 A 36 MESES SEGÚN GRUPO ETAREO DE LOS NIÑOS BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SUPLEMENTACION, SEGÚN EDAD DE LAS MADRES, CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA, 2012.

EDAD DE LOS NIÑOS	GRADO DE ANEMIA							
	LEVE		MODERADA		GRAVE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
06-12MESES	10	22.2	4	8.9	-	-	14	31.1
13 -24 MESES	9	20,0	9	20.0	2	4.4	20	44.4
25 -36 MESES	8	17.8	2	4.4	1	2.2	11	24.4
TOTAL	27	60.0	15	33.3	3	6.7	45	100.0

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación de la entrevista y ficha de datos a madres y niños de 06 a 36 meses de edad. CRED, C.S. Huamanguilla, 2012.

El siguiente cuadro muestra que, del 100,0% de la muestra en estudio, 44,4% son niños de grupo etareo de 13 a 24 meses de edad, de ellos 20,0% de niños presentan anemia leve,moderada respectivamente y 4.4% anemia grave ; 31.1% al grupo etareo de 06 a 12 meses, de ellos, 22,2% presentan anemia leve, 8.9% presentan anemia moderada y 24.4% al grupo etareo de 25 a 36 meses, de ellos 17,8% presentan anemia leve,4.4% presentan anemia moderada y un 2.2% anemia grave.

CUADRO N° 4
ACTITUD MATERNA SOBRE EL CONSUMO DE LAS CHISPITAS Y SU
RELACION CON LA PREVALENCIA DE ANEMIA FERROPÉNICA EN LOS
NIÑOS DE 06 – 36 MESES, PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO, CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA, 2012.

ACTITUD MATERNA FRENTE AL CONSUMO DE LAS CHISPITAS	GRADO DE ANEMIA							
	LEVE		MODERADA		GRAVE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
FAVORABLE	19	42.2	11	24.4	2	4.4	32	71.1
DESFAVORABLE	5	11.1	2	4.4	1	2.2	8	17.8
INDIFERENTE	3	6.7	2	4.4	0	0	5	11.1
TOTAL	27	60	15	33.3	3	6.7	45	100.0

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación del test de actitud y ficha de datos a madres y niños de 06 a 36 meses de edad. CRED, C.S. Huamanguilla, 2012.

El siguiente cuadro muestra que, de la totalidad de la muestra en estudio, 71,1% de las madres tienen una actitud favorable al consumo de micronutrientes chispitas, de ellas el 42,2% de sus hijos presentan anemia leve, 24,4% moderada y 4,4% grave; 17,8% de las madres tienen actitud desfavorable, de ellas 11,1% de sus hijos tienen anemia leve, 4,4% moderada y 2,2% grave y 11,1% de las madres tienen actitud indiferente, de ellas 6,7% tiene hijos con anemia leve, 4,4% moderada .

CUADRO N° 5
ACTITUD MATERNA SOBRE EL CONSUMO DE LAS CHISPITAS DE NIÑOS DE 06 A 36 MESES BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SUPLEMENTACION, SEGÚN EDAD DE LAS MADRES, CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA, 2012.

ACTITUD MATERNA SOBRE EL CONSUMO DE CHISPITAS	EDAD DELA MADRE					
	18 -33		34 - 49		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
FAVORABLE	21	46.7	11	24.4	32	71.1
DESFAVORABLE	2	4.4	6	13.3	8	17.8
INDIFERENTE	2	4.4	3	6.7	5	11.1
TOTAL	25	55.6	20	44.4	45	100.0

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación del test de actitud y entrevista a madres de niños de 06 a 36 meses de edad. CRED, C.S. Huamanguilla, 2012.

El siguiente cuadro muestra que, del 100,0% de la muestra en estudio, 71,1% de madres tienen actitud favorable al consumo suplemento de micronutrientes “chispita”, de ellas 46,7% están comprendido en el grupo etareo de 18 -33 años, 24,4% al grupo de 34-49; 17,8% manifiestan actitud desfavorable, de ellas, 13,3% pertenecen al grupo etareo de 34 -49 y 4,4% al grupo de 18 – 33 años; 11,1% tienen actitud indiferente, de ellas, 6,7% son del grupo etareo 34 -49 años y 4,4% del grupo.

CUADRO N° 6

ACTITUD MATERNA SOBRE EL CONSUMO DE LAS CHISPITAS DE NIÑOS DE 06 A 36 MESES BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SUPLEMENTACION, SEGÚN NUMERO DE HIJOS DE LA MADRE, CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA, 2012.

ACTITUD MATERNA FRENTE AL CONSUMO DE LAS CHISPITAS	N° DE HIJOS					
	1-3		4-6		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
FAVORABLE	20	44.4	12	26.7	32	71.1
DESFAVORABLE	5	11.1	3	6.7	8	17.8
INDIFERENTE	3	6.7	2	4.4	5	11.1
TOTAL	28	62.2	17	37.8	45	100

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación del test de actitud y entrevista a madres de niños menores de 06 a 36 meses de edad. CRED, C.S. Huamanguilla, 2012.

El presente cuadro indica, que de la totalidad de la muestra en estudio, 71,1% de las madres tienen una actitud favorable al consumo de las chispitas, de ellas 44,4% tienen de 1 – 3 hijos y 26,7% de madres tienen hijos de 4 – 6 hijos; del 17,8% de las madres tienen una actitud desfavorable, de ellas 11,1% de las madres tienen de 1-3 hijos y 6,7% tienen de 4- 6 hijos y 11,1% de las madres tienen una actitud indiferente de ellas, 6,7% tienen de 1 -3 hijos y 4,4% tienen de 4 – 6 hijos.

CUADRO N° 7
ACTITUD MATERNA SOBRE EL CONSUMO DE LAS CHISPITAS DE NIÑOS
DE 06 A 36 MESES BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SUPLEMENTACION,
SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS MADRES, CENTRO DE SALUD
HUAMANGUILLA, 2012.

ACTITUD MATERNA FRENTE CONSUMO ALAS CHISPITAS	AL DE	ESTADO CIVIL DE LA MADRE							
		SOLTERA		CASADA		CONVIENTE		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FAVORABLE		2	4.4	18	40	12	26.7	32	71.1
DESFAVORABLE		2	4.4	3	6.7	3	6.7	8	17.8
INDIFERENTE		0	0	2	4.4	3	6.7	5	11.1
TOTAL		27	60	15	33.3	3	6.7	45	100.0

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación del test de actitud y entrevista a madres de niños de 06 a 36 meses de edad. CRED, C.S. Huamanguilla, 2012.

En el cuadro n° 07 muestra que del 71,1% de las madres con actitud favorable hacia el consumo de micronutrientes “chispitas”, 40% son casadas el 26,7% convivientes y 4,4% soltera; del mismo modo del 17,8% de las madres tienen una actitud desfavorable el 6,7% son casadas y 6,7% convivientes y 4,4% solteras y 11,1% de las madres con actitud indiferente de ellas, 6,7% son convivientes y 4,4% casadas.

CUADRO N° 8

ACTITUD MATERNA SOBRE EL CONSUMO DE LAS CHISPITAS DE NIÑOS DE 06 A 36 MESES BENEFICIARIOS DE PROGRAMA SUPLEMENTACION, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES, CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA, 2012.

ACTITUD MATERNA FRENTE AL CONSUMO DE LAS CHISPITAS	GRADO DE INSTRUCCIÓN									
	SIN GRADO		PRIMARIA		SECUNDARIA		SUPERIOR		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
FAVORABLE	2	4.4	9	20	19	42.2	2	4.4	32	71.1
DESFAVORABLE	1	2.2	3	6.7	4	8.9	0	0	8	17.8
INDIFIRENTE	0	0	4	8.9	1	2.2	0	0	5	11.1
TOTAL	3	6.7	16	35.6	24	53.3	2	4.4	45	100

FUENTE: Datos obtenidos de la aplicación del test de actitud y entrevista a madres de niños menores de 06 a 36 meses de edad. CRED, C.S. Huamanguilla, 2012.

El siguiente cuadro muestra, que de la totalidad de muestra en estudio, el 71,1% de las madres con actitud favorable al consumo de micronutrientes “chispitas”, 42,2% tienen grado de instrucción secundaria, 20,0% primaria, 4,4% superior y 4,4% sin grado ; del 17,8% de las madres con actitud desfavorable al consumo de las chispitas, 8,9% tienen instrucción secundaria, 6,7% primaria y 2,2% sin grado ; y del 11,1% de las madres con actitud indiferente, 8,9% de las madres tienen grado de instrucción primaria y 2,2% secundaria.

DISCUSION:

La actitud es el estado del ánimo que se expresa de una cierta manera; es decir como un estado de la disposición nerviosa y mental, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de un sujeto ante determinados acontecimientos ⁽¹⁵⁾. Por tanto la actitud es la organización de ideas y creencias que se manifiestan a través de la Conducta.

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente. El término "actitud" ha sido definido como " reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado ⁽¹⁴⁾.

Entendemos por actitud, una tendencia, disposición o inclinación para actuar en determinada manera. Todos tenemos determinadas "actitudes" ante los objetos que conocemos, y formamos actitudes nuevas ante los objetos que para nosotros son también nuevos. Podemos experimentar sentimientos positivos o negativos hacia los alimentos congelados, etc. Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras actitudes se aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otros dependen directamente del

individuo. Pese a todo, hay veces que las actitudes pueden modificarse, lo cual obedece a diversos motivos. Por ejemplo, una persona puede cambiar de grupo social y asimilar las actitudes de éste. Lo que en mayor grado puede cambiar una actitud es la información que se tiene acerca del objeto.

Los resultados obtenidos mediante el presente estudio indican que (CUADRO N° 1), 71,1% de madres de niños de 06 a 36 meses tienen actitud favorable hacia el consumo del micronutrientes "chispitas", sin embargo, un 17,8% de madres tienen actitud desfavorable y un 11,1% manifiestan una actitud indiferente. Estos resultados son inquietantes puesto que el programa de suplementación con micronutriente "chispitas", tiene como objetivo disminuir la anemia en los niños de 06 a 36 meses. Las madres de los niños anémicos, previamente han recibido una educación sobre las virtudes de este suplemento, sin embargo podemos observar que existe madres con actitud desfavorable ante la suplementación y un grupo que no se pronuncia ni a favor ni en contra, sin embargo se puede inferir que no está de acuerdo.

Al respecto, en la investigación "Conocimientos, actitudes y percepciones sobre anemia entre madres de niños anémicos y no anémicos de cuatro comunidades de Villa María del Triunfo, Lima 2009", encontraron que la totalidad de madres manifestaban actitudes positivas hacia el programa de suplementación con micronutrientes, Así mismo, en la investigación titulada "Actitud de las Madres Frente a la Administración de los Micronutrientes (chispitas nutricionales), en el Puesto de Salud San Cristóbal, Huancavelica –

2010" encontraron que 74% tienen una actitud positiva y el 26% una actitud negativa.⁽¹¹⁾

"Eficacia de un programa combinado de suplemento y dieta de hierro en el incremento de hemoglobina en escolares anémicos del colegio Juan Francisco Lara, Arauca, Colombia-2007", obtuvieron el 59% de las madres demostró una actitud desfavorable, seguido con un 24% con una actitud indiferente y solo con un 17% demostró actitudes favorable hacia el uso de suplemento y dieta de hierro.⁽⁷⁾

Por otro lado Fishbein menciona en su teoría de acción razonada que la intención es producto de la actitud y la presión de grupo que juega un papel importante en este caso sería el entorno familiar, social; a la vez sostiene que debe haber una coherencia entre lo que sabemos, sentimos y hacemos.

Se deduce que nuestros resultados difieren de los encontrados en el estudio realizado en Colombia y Villa María del Triunfo y concuerda con la investigación realizada en el Puesto de Salud de Huancavelica. La diferencia pueda que se encuentre en las situaciones socioculturales diferentes, la costa y la sierra, donde el rol de la madre tendrá un protagonismo principal ya sea hacia una actitud favorable que posteriormente despertará un sentimiento lo cual se traducirá en una acción encaminada al uso adecuado del producto o desfavorable, que a pesar de que la madre tenga un conocimiento adecuado podría no darle el producto simplemente por la influencia del grupo.

Según el estudio, "Estado de la niñez en el Perú", realizado por UNICEF y el INEI, uno de los problemas nutricionales, en la primera infancia, es la prevalencia de anemia, cuya causa más común es la deficiencia de hierro. Si bien, el promedio nacional llega al 50%; En Ayacucho el 48% de los niños de 0 a 5 años presenta un cuadro de anemia. Esta realidad es diferente a lo que ocurre en departamentos como San Martín donde la anemia llega al 31% y Lambayeque que presenta 32% de los niños y niñas con anemia. (Encuestas Demográficas y de Salud Familiar ⁽²⁾ (ENDES) del INEI)

Frente a esta realidad, el Gobierno Peruano propone la Estrategia de Implementación de Suplementación con multimicronutrientes, dirigido a niñas y niños menores de 3 años, inicialmente de los departamentos de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, con el cual se busca demostrar la efectividad de este tipo de suplementación para prevenir y controlar la anemia por deficiencia de hierro. Cuyo objetivo general es: Prevenir y controlar los problemas nutricionales por deficiencia de micronutrientes en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad, a través de la suplementación con micronutrientes con un enfoque integral e intersectorial en Apurímac, Huancavelica y Ayacucho.

La anemia infantil se caracteriza por una disminución del número de glóbulos rojos en la sangre, que son los encargados de trasladar el oxígeno a todos los órganos y para el buen funcionamiento de todos los tejidos y órganos de nuestro cuerpo.

Las causas de la anemia puede ser: La deficiencia de hierro es la principal causa de la anemia infantil. Una enfermedad parasitaria intestinal. Algunas enfermedades o infecciones. Una ingestión de leche entera de vaca u otros animales en los menores de 1 año pueden producir una pérdida de glóbulos rojos. La deficiencia en vitamina B12 también puede ser una causa de anemia.

Las últimas investigaciones han revelado la estrecha relación existente entre las cifras de hemoglobina y el funcionamiento del cerebro de los niños. El hierro es necesario para que se den las conexiones neuronales, así como para el funcionamiento de los neurotransmisores (sustancias químicas que se encuentran en el cerebro y permiten la transmisión de la información y actividad eléctrica).

En el caso de los niños que padecen anemia esta alteración o deficiencia provoca bajo rendimiento intelectual, dificultades del aprendizaje, disminución en su desempeño cognitivo y, en consecuencia, fracaso escolar. Por otra parte, los niños que tienen anemia se muestran menos afectuosos, menos adaptados al medio y presentan más trastornos de conducta.

Los resultados obtenidos mediante la presente investigación (**CUADRO N° 2**), indican que 60% de niños de 06 a 36 meses de edad que reciben chispitas nutricionales presentan anemia leve, 33,3% de niños presentan anemia moderado y 6,7% de niños presentan anemia grave, de lo que se deduce que

81,8% de niños de 06 a 36 meses presentan anemia con algún grado de severidad.

Al respecto, el INEI refiere que, en el país la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niños de 06 a 36 meses, se encuentra en descenso, de 60.9% en el 2000 a 41,6% en el 2011, teniendo diferencias entre el ámbito urbano con 37,5% y el rural con 49.6% más que el valor obtenido a nivel nacional. Por otro lado, según investigación en Caylloma, Arequipa, la anemia se encuentra muy extendida y en cifras alarmantes en el distrito pues afecta a 77.5% de niños menores de tres años, donde 9 de cada 10 niños de 6 a 11 meses, presentan estos cuadros graves que afectan su buen crecimiento y desarrollo infantil⁽²⁾. Por otro lado en el estudio "Anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 meses y de 6 a 12 años de edad Guantánamo, Cuba, 2003", llegaron a la conclusión que la prevalencia de anemia en los niños hasta 2 años de edad fue del 35,8 %. En la misma línea Urquidí C., en la ciudad La Paz-Bolivia, 2006; obtuvieron el 86,6% de prevalencia de anemia en centros de salud, llegando a la conclusión que existe una alta prevalencia de anemia en niños menores de 2 años.

Villa L. en su estudio "Presencia de anemia en niños menores de 6 años en 4 ciudades del estado de Chihuahua y su relación con el estado nutricional", obtuvieron el 48,8% de niños de 12 meses a 3 años de edad padecen de anemia.

Vega A. en su estudio "Niveles de hemoglobina en niños internados en el Hospital del Niño", encontraron niveles de hemoglobina inferiores a 11 g/dl en más del 50% de los niños menores de 3 años.

Solano L. En su estudio "Prevalencia de anemia y de deficiencia de hierro, en niños de 2 a 4 años de edad, en Carabobo". Donde encontraron que la prevalencia de anemia ferropénica fue 26,9% de los cuales, el 63,7% presentó anemia leve y el 36,3%, moderada.

Estos resultados encontrados no están muy lejos del análisis en Perú, en el que se afirma que la anemia y la deficiencia de micronutrientes ocurren frecuentemente en los menores de 3 años, lo que sin duda también refleja en nuestro estudio 81.9% diagnosticados como anemia.

En conclusión las diferencias porcentuales encontradas en los diferentes estudios referidos concuerdan con los resultados encontrados en el presente estudio, además se puede mencionar que en su mayoría se deben a causas dietéticas y patologías relacionadas a mala absorción en las que se incluye las parasitosis, por consiguiente es necesario tener que multiplicar estrategias en cuanto a la suplementación y todo lo que conforma el paquete niño.

(CUADRO N° 3), se encontró que los niños de grupo etareo de 13 a 24 meses de edad en un 20,0% presentan anemia leve, moderada respectivamente y 4.4% anemia grave; y del grupo etareo de 06 a 12 meses, 22,2% presentan anemia leve, 8.9% anemia moderada y del grupo etareo de 25 a 36 meses, 17.8% presentan anemia leve, 4.4% anemia moderada y un 2.2% anemia grave. De lo

que se deduce que los niños con mayor prevalencia de anemia son del grupo 13 a 24 meses de edad y seguido por el grupo de 6 a 12 meses que presentan anemia entre leve y moderada.

Al respecto “La anemia según el ENDES –2005 afectó al 63.9 % de los niños de 6 a 11 meses, cabe resaltar que esta edad corresponde al periodo de alimentación complementaria”. ⁽²⁾

según investigación en Caylloma, Arequipa, la anemia se encuentra muy extendida y en cifras alarmantes en el distrito pues afecta 9 de cada 10 niños de 6 a 11 meses, presentan estos cuadros graves que perjudica su buen crecimiento y desarrollo infantil⁽³⁾.

En la investigación titulada “Anemia en niños beneficiarios del Programa Mundial de Alimentos – Las Tunas - Enero 2005, Canadá”, investigación descriptivo cuyo objetivo fue caracterizar la incidencia de la anemia en niños de 6 meses a 2 años y escolares de 6 meses a 12 años, llegando a la conclusión que el municipio Amancio fue el que aportó mayor porcentaje de anémicos tanto en lo rural como área urbana. Los grupos de edad que con mayor cantidad de niños anémicos fueron entre las edades de 6 meses – 2 años. ⁽⁵⁾

Así mismo en la investigación titulada “Prevalencia de anemia en niños de 6 a 24 meses de tres centros de salud de la ciudad de La Paz–Bolivia, 2006”;se obtuvieron que la prevalencia de anemia en los tres centros de salud fue del 86.6%, en el centro de Bella Vista se registró un 8% de anemia severa,

10% de anemia moderada y 19% de leve; en Chasquipampa, 6% de anemia severa, 11% moderada y 12% leve y en Villa Nuevo Potosí, 4% de severa, 9% de moderada y 20% de anemia leve. Finalmente concluyen: Que existe una alta prevalencia de anemia en niños menores de 2 años.⁽⁸⁾

De la misma manera en la investigación titulada: "Características Del consumo de hierro estado de anemia y su relación con el Desarrollo Psicomotor en niños de seis a 36 m del distrito de Palca, provincia y Departamento de Huancavelica" 2001. Se tuvo como resultados que el 81% de niños tienen niveles bajos de hemoglobina, siendo los niños de 6 a 12 meses y 12 a 24 meses los más afectados.⁽¹²⁾

Estos resultados encontrados son parecidos al análisis de los diferentes estudios referidos, en los que se afirman que la anemia en sus diferentes clasificaciones ocurren frecuentemente en los menores de 3 años, lo que refleja en nuestro estudio 44.4% diagnosticados con anemia son niños de 13 a 24 meses, 31.1% niños de 6 a 12 meses.

En conclusión los datos porcentuales encontradas en los diferentes estudios referidos concuerdan con los resultados encontrados en el presente trabajo, además se puede mencionar que la anemia representa una expresión de la pobreza e inequidad social, por ello la madre por desconocimiento, falta de acceso económico, por sus creencias y hábitos nutricionales, no provee una dieta rica en hierro a su niño, exponiéndolo a serias consecuencias a nivel:

inmunológico, físico, intestinal, conducta, termogénesis, metabolismo y en el sistema nervioso donde el daño es irreversible y en mayor porcentaje presentándose en niños que viven en los departamentos con extrema pobreza y en áreas rurales.

Entre los aspectos de la prevención de la anemia Ferropénica se considera: La promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. Ablactancia adecuada, con alimentos ricos en contenido de hierro hemínico, promoción del consumo de alimentos con hierro de alta biodisponibilidad, tomando en cuenta una alimentación balanceada con alimentos de bajo costo y económicos.

(CUADRO N° 4), 71,1% de madres manifiestan actitud favorable al consumo de micronutrientes a sus hijos de 06 a 36 meses, sin embargo 42,2% de ellas las tienen hijos con anemia leve, 24,4% moderada, 4,4% grave y las madres que manifiestan actitud desfavorable e indiferencia, todas tienen sus hijos con anemia, por lo cual podemos concluir que la actitud es una manifestación y si es desfavorable siempre favorecerá a un incremento de la anemia en la población estudiada, por lo que tendría que tomarse en cuenta para fortalecer la actitud de las madres. No se han encontrado estudios referentes a la relación de la actitud materna y la anemia, por lo que consideramos que este hallazgo es de suma importancia en la lucha contra la anemia en las comunidades rurales.

La distribución de las "chispitas", se realiza en todos los centros de salud a los niños de 06 a 36 meses, como condición para ser beneficiario del programa "Juntos", es por ello que la distribución es óptima, pero los resultados en la disminución de la anemia son flacos, tal como se ha observado en la atención del Control de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de salud de Huamanguilla.

Al relacionar Actitud materna frente al consumo del micronutriente "chispitas" (CUADRO N° 5), se obtuvo que las madres del grupo etareo de 18-33 años, revelan mayor frecuencia de actitud favorable seguido por las madres de grupo etáreo 34 – 40 años; madres con actitud desfavorable se nota que la mayor frecuencia de actitud favorable presentan las madres jóvenes.

Al respecto Gómez, M. Señala a medida que el individuo madura física y psicológicamente, adquiere experiencias y explicaciones derivadas del contacto con la realidad social que lo rodean y en la que está inmerso.

Leal., en Venezuela, determinan que las madres adultas tienen mayor experiencia en el cuidado de sus hijos con respecto a su crecimiento y desarrollo.

Valdés, A. y Martínez, H. Habana, refiere las mujeres menores de 30 años mostraban mayor probabilidad de tener conocimientos altos o intermedios en tener prácticas correctas en alimentación del menor en comparación a las mujeres mayores de 30 años.

De lo que se deduce que la edad es un factor que interviene en la actitud de las madres hacia una actitud favorable el cual concuerda con los resultados de Valdés, A. y Martínez, H. Habana Cuba 2009; pero que difieren con los resultados encontrados por Gómez y Leal. La diferencia pueda que se encuentre en las decisiones que toma con respecto a la salud de sus hijos debido que las madres jóvenes son más accesibles a recibir cualquier información, lo que no ocurre en las madres mayores debido a sus creencias, percepciones y costumbres.

Del análisis del Cuadro N° 6 se desprende que la actitud materna frente al consumo de las "chispitas" tiene relación inversa con el N° de hijos, pues, 49% de madres de 1 – 3 hijos refieren actitud favorable contra 27,3% de madres con mayor número de hijos. Igualmente, en el cuadro.

De la misma manera se encontró en el (CUADRO N° 07) que del 71,1% de las madres con actitud favorable hacia el consumo de micronutrientes "chispitas", 40% son casadas, 26,7% convivientes y 4,4% soltera; del mismo modo del 17,8% de las madres tienen una actitud desfavorable, 6,7% son casadas, 6,7% convivientes y 4,4% solteras y 11,1% de las madres con actitud indiferente de ellas, 6,7% son convivientes y 4,4% casadas.

El estado civil de las madres también es una variable que participa en la actitud de la madre, pues en el presente estudio se encontró que el mayor porcentaje de madres casadas (40%) denotan actitud favorable, seguido por las madres convivientes.

En el resultado que se observa en el (CUADRO N° 8) que del 71,1% de las madres con actitud favorable al consumo de micronutrientes " chispitas", 42,2% tienen grado de instrucción secundaria, 20,0% primaria, 4,4% superior y 4,4% sin grado ; del 17,8% de las madres con actitud desfavorable al consumo de las chispitas, 8,9% tienen instrucción secundaria, 6,7% primaria y 2,2% sin grado ; y del 11,1% de las madres con actitud indiferente, 8,9% de las madres tienen grado de instrucción primaria y 2,2% secundaria.

Al respecto Rojas, Thaís; Navas, Rita. En su estudio refiere que existe asociación estadísticamente significativa entre grado de instrucción y actitudes, es decir, a mayor grado de instrucción se observó actitudes más favorables.

Lazcano, P. en una población en México cuanto más educada es la madre, mayor valor le otorga al bienestar y salud de sus hijos, tienen mayor poder de decisión al interior de la familia y tienen una mayor predisposición a cambiar hábitos.

Manrique, M. Refiere, las personas menos instruidas e informadas, adoptan una actitud de rechazo hacia una alimentación balanceada.

Robiero, S. Señala el grado de instrucción de las personas es independiente a la actitud hacia el consumo de los micronutrientes, existen casos en que los profesionales tienen una actitud de rechazo hacia al consumo de los micronutrientes, quienes posiblemente no tomaran interés en sus hijos.

El grado de instrucción es otro variable que interviene en la actitud de las madres frente a la administración de los micronutrientes, se observado en la presente investigación que a medida que el grado de instrucción sea alta es mayor la actitud favorable, la evidencia las madres con grado de instrucción secundaria son quienes que en mayor porcentaje tienen una actitud favorable y todas las madres con grado superior (4,4%) tienen actitud favorable al consumo la "chispita", resultado que concuerda con las referencias antes mencionadas, sin embargo difiere con la referencia de Robiero, S.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en la presente investigación se llega a las siguientes conclusiones:

1. El mayor porcentaje de las madres en estudio tienen una actitud favorable hacia el consumo de micronutrientes "chispitas"
2. Se ha determinado el mayor porcentaje de niños de 06 – 36 meses de edad que acuden al centro de salud de Huamanguilla, presentan algún grado de anemia ; posiblemente debido a la deficiencia de la ingesta de micronutrientes; en este caso "chispitas nutricionales".
3. Se ha determinado que el mayor porcentaje de prevalencia de anemia se encuentra en niños de 13 a 24 meses; posiblemente sea producida por una ingesta inadecuada de hierro, o una menor disponibilidad de hierro en la dieta.
4. Se ha determinado que las actitudes de las madres hacia el consumo del micronutriente "chispita" en su mayoría son favorables, sin embargo la prevalencia de anemia es alta, es decir la relación con la actitud y la anemia de sus hijos es débil.
5. La actitud favorable de las madres fue mayor en el grupo etareo de 18 - 33 años, Asimismo en las madres con menor número de Hijos (1-3), igualmente, mayor en las madres casadas y con mayor grado de instrucción; es decir que las variables demográficas si intervienen en el cambio de actitud de las madres.

RECOMENDACIONES

1. Al Sector Salud, para que establezca un sistema de monitoreo y evaluación constante que dé cuenta del funcionamiento permanente del programa; esto permite identificar las cuerdas flojas durante la ejecución del programa, los cuales pueden corregir a tiempo para lograr los resultados esperados.
2. En función a los resultados de la presente investigación implemente un programa que potencie las actitudes favorables en las madres de los niños con anemia, contribuyendo con la erradicación de la anemia en la región.
3. Fortalecer las intervenciones en torno a la suplementación con chispitas mediante visitas domiciliarias permanentes, para ello pedir apoyo de agente comunitarios, madres guías y las madres cuidadoras de Wawa Wasi, los cuales pueden aplicar un instrumentos que registre información clave del consumo.
4. A los responsables de la distribución para que sean los medios a fin de proponer un cambio en el sabor y presentación del producto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-OMS.Organización Mundial de la Salud. Nutrición; 2010 Disponible :
www.who.int/topics/nutrition/es/
- 2.- INEI. Perú, encuesta demográfica y de salud familiar 2009, visión nacional y departamental. Lima, 2010
- 3.-Fundacion Accion Contra el Hambre" (ACH), es una organización no gubernamental que trabaja en temas de anemia en la provincia de Huanta y Vilcas Huamán. 2011. Huanta- Vilcashuaman Marzo- Octubre 2011
- 4.- Ruiz, P. "Evaluación de la Fase uno del Programa de Suplementación con Hierro chis- paz en los niveles de hemoglobina en menores de cinco años, provincia Chimborazo- Ecuador, 2010."
- 5.- Carballosa, T. Anemia en niños beneficiarios del Programa Mundi Alimento. Las Tunas. Cuba. 2005
- 6.- Reboso, J.; Cabrera, E.; Rodríguez, G. Y Jimene, S. Anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 meses y de 6 a 12 años de edad. Rev Cubana Salud Pública [2005, vol.31, n.4, pp. 0-0. ISSN 0864-3466
- 7.- Dinas A. "Eficacia de un programa combinado de suplemento y dieta de hierro en el incremento de hemoglobina en escolares anémicos del colegio Juan Francisco Lara" Arauca, Colombia, 2007.

- 8.- Urquidi C., Vera A., Prevalencia de anemia en niños de 6 a 24 meses de edad de tres centros de salud de la ciudad de La Paz, Soc Bol Ped 2006- 45 Bolivia – 2006.
- 9.- Gamarra R., Porroa M., Quintana M. “Conocimientos, Actitudes y Percepciones de Madres sobre Alimentación de Niño menor de 3 años” Lima – 2010.
- 10.- Coronado R., Lujan F. Conocimientos, actitudes y percepciones sobre anemia entre madres de niños anémicos y no anémicos de cuatro comunidades de Villa María del Triunfo, AnFacmed. 2009;70 Lima – 2009.
- 11.- Curo G., Actitud de las Madres Frente a la Administración de los Micronutrientes (chispitas nutricionales), en el Puesto de Salud San Cristóbal – Huancavelica, 2010.
- 12.- Castañeda, Aguirre Isabel Rocio. “Característica del Consumo de Hierro Estado de anemia y su Relación con el Desarrollo Psicomotor en niños de 6m a 36m del distrito de Palca, provincia y Departamento de Huancavelica.
- 13.- Young, k.; Flugel, J. “Psicología de las Actitudes”, Ed. Decimo, Edit. Paidós S.A, España, 2005
- 14.- Rodriguez A. Medicion de actitudes en psicologia. Ed. 1º, edit. Paidos, España , 2007.

- 15.- Baron, R.; Byrne, D. "Psicología Social", Ed. Tercer, Edit. Prentice Hall – S.A, Madrid, 2006.
- 16.-Morales, P. Medición de Actitudes y Construcción de Escalas y Problemas Metodológicas. edit. Universidad Pontificia de Madrid, 2000
- 17.- UMSM. Bases dela Nutrición. Perú 2002.
- 18.- Manual de Nutrición. Proyecto de Salud Integral en Carabayllo de Chanye-for-children. Canadá. 2008.
- 19.-Hernández M. Anemias nutricionales, ed. 9ª, edit.ErgonS.A,Madrid, 2006
- 20.- Ahlborn A, Norell S. Chestnut Hill, MA. Introduction to modern epidemiology , Ed. 2.ª Edit. Limusa.S.A. Mexico, 1980.
- 21.-Harrison, N .Principios de la Medicina Interna. Ed.7º, Edit. Interamericana, España, 1999.
- 22.- OMS, Disponible: www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf
- 23.- Disponible: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/00240

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA
N°.....
FECHA.....

ANEXO A
TEST

ACTITUD FRENTE AL CONSUMO DE LAS CHISPITAS NUTRICIONALES

DA = DESACUERDO
N = NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO
ED = EN DESACUERDO

N°	ITEM	DA	N	ED
	COMPONENTE COGNOSCITIVO			
1	Las chispitas nutricionales contienen hierro, vitamina A, zinc, vitamina C y ácido fólico.			
2	Las chispitas nutricionales contienen proteínas, carbohidratos y grasas.			
3	Su consumo debe ser diario y se debe administrar antes de los 30 minutos			
4	Su consumo debe ser interdiario y se puede recalentar la sobra.			
5	Las chispitas se le da al niño(a) con dos cucharaditas de comida densa.			
6	Las chispitas se le da al niño(a) con agüita.			
7	Las chispitas nutricionales deben guardarse en un lugar fresco, seco, limpio, lugar sombreado.			
8	Es resistente a la luz y a la humedad.			
9	Las chispitas nutricionales previene la anemia en los niños.			
10	La chispita cura la anemia.			
11	Las chispitas nutricionales no producen complicación alguna.			
12	Las chispitas nutricionales producen fiebre y vómitos.			
13	Es obligatoria administrar a partir de los 6 meses menores de 3 años con un intervalo de descanso de 6 meses.			
14	Las chispitas nutricionales se les dan a los niños desde que nacen hasta los seis meses de edad.			
	COMPONENTE AFECTIVO	DA	N	ED
15	Estoy contenta por las chispitas nutricionales, puesto que reducirá la anemia en mi hijo.			
16	Me da igual si mi hijo tienen anemia o no.			

17	Me agrada alimentarle con las chispitas nutricionales a mi niño(a).			
18	No me agradan las chispitas, puesto que su efecto es dudoso.			
19	Me preocupan las consecuencias de la anemia.			
20	No me interesan las complicaciones de la anemia en el desarrollo de mi hijo			
21	Estaría satisfecha si se controlaría minuciosamente el consumo de las chispitas			
22	Me da lo mismo si se realiza el seguimiento de las chispitas.			
23	Me alegra, guardar bien las chispitas nutricionales porque así no le causara daño a mi niño(a).			
24	No me interesa como se guardan las chispitas.			
25	Me alegraría mucho que Las chispitas nutricionales fueran más ricas para mi niño(a) y que fueran como una galleta.			
26	Me molesta estar dándole interdiario las chispitas nutricionales, no debería ser tan seguido.			
	COMPONENTE CONDUCTUAL	DA	N	ED
27	Estoy de acuerdo con su administración por ser bueno para la salud de mi hijo.			
28	No administro las chispitas nutricionales a mi hijo porque no está comprobado su efecto.			
29	No estoy interesada en informarme sobre lo que contiene las chispitas nutricionales.			
30	Me informaré más sobre lo que contiene las chispitas nutricionales.			
31	Le daré las chispitas nutricionales cada vez que me recuerde y tenga tiempo.			
32	Estaré pendiente y llevará un registro de los días que debo darle las chispitas nutricionales a mi niño(a).			

ESCALA DE MEDICION

33 – 64	FAVORABLE
22 - 32	NI A FAVOR NI EN CONTRA
0 - 21	DÉSFAVORABLE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA
N°.....
FECHA.....

ANEXO B

ENTREVISTA

I. DATOS GENERALES DE LA MADRE

- Edad:.....
- N° de hijos:.....
- Ingreso mensual:.....
- Estado civil:
() Soltera. () Casada. () Viuda. () Divorciada.

() Conviviente.
- Grado de instrucción:
() Sin grado

() Primaria

() Secundaria

() Superior

II. DATOS DEL NIÑO

- Edad:
 - 6 – 12 meses ()
 - 13 -24 meses ()
 - 25-36 meses ()
- Sexo
 - Femenino ()
 - Masculino ()

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA
N°.....
FECHA.....

ANEXO C
FICHA DE DATOS

NIVEL DE HEMOGLOBINA (POR DOSAJE)	VALORES NORMALES	SEVERIDAD DE ANEMIA
	Mayor de 11 g/dl	SIN ANEMIA
	Hemoglobina entre 10- 10.9 g/dl.	LEVE
	Hemoglobina entre 8-10 g/dl.	MODERADA
	Hemoglobina menor de 8 g/dl	GRAVE

FECHA:.....

FORMATO DE CONSENTIMIENTO

En nuestra condición de bachiller de enfermería de la UNSCH, Elizabeth Vázquez Ccatamayo y Eliana Velásquez Janampa, nos dirigimos a Ud. Para solicitarle su apoyo en la realización de la investigación titulada: **ACTITUD MATERNA SOBRE EL CONSUMO DE LAS "CHISPITAS" Y SU RELACION CON LA PREVALENCIA DE ANEMIA FERROPÉNICA EN LOS NIÑOS DE 06 A 36 MESES, PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD HUAMANGUILLA, 2012.** El presente estudio tiene por objetivo Determinar la relación de la actitud materna sobre el consumo de las "chispitas" y la prevalencia de anemia ferropénica en los niños de 06 a 36 meses de edad que acuden al Programa de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Huamanguilla, los resultados que se obtengan será importante, para mejorar los conocimientos sobre el tema

Durante el estudio se aplicara un Test de actitud y una ficha de datos para el dosaje de hemoglobina; del mismo modo constituye un factor de riesgo para los participantes; su participación es importante para el éxito del estudio.

Los participantes tienen la libertad de retirarse cuando lo deseen, los datos serán absolutamente confidenciales. El estudio no tiene fines de lucro, no se dará ninguna compensación a los participantes.

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO

YO..... Identificado con DNI N°.....Habiendo sido informado (a) a entera satisfacción, sobre los objetivos y procedimientos del estudio me comprometo a participar voluntariamente en este proceso hasta su conclusión; ratifico a retirarme libremente de estudio cuando lo desee; o cuando esto signifique perjuicio a mi persona.

Fecha..... de..... 2012

Lugar..... Firma.....