

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN**



FACULTAD DE MEDICINA

**CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE LA MADRE
RELACIONADAS CON PREVALENCIA DE ANEMIA
EN MENORES DE 5 AÑOS.**

Elmer Delfín Quezada Reyes

María del Pilar Pérez Ramírez

Karina Huamán Mujica

Ana Ivonne Serrano Goicochea

Luis Enrique Raza Vásquez

Chimbote-Perú

2018

Palabras clave: en español e inglés

Tema	Anemia
Especialidad	Pediatría

Línea de investigación

Según Línea de investigación de Facultad de Medicina: Enfermedades prevalentes en la infancia y adolescencia.

Título de investigación

CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE LA
MADRE RELACIONADAS CON
PREVALENCIA DE ANEMIA EN MENORES
DE 5 AÑOS.

Resumen

En el Perú, la Anemia es un problema severo en salud pública; por lo que el presente estudio de tipo descriptivo y analítico de corte transversal, tiene el objetivo de determinar la relación de las conductas alimentarias de la madre y la prevalencia de anemia en menores de 5 años, se tomaron datos de 294 niños, seleccionándose solo a 156 niños menores de 5 años con diagnóstico de Anemia Ferropénica confirmada por análisis de Hemoglobina, con previo consentimiento informado de los padres. Se aplicó el cuestionario de “Conductas alimentarias de la madre del niño menor de 5 años”.

Resultando que la prevalencia de Anemia Ferropénica en niños menores de 5 años fue de 46,9%. La edad promedio de los niños fue 21 meses. Los niños presentaron Anemia más que las niñas, con 65,4% y 34,6% respectivamente. Las madres de los niños tuvieron una edad promedio de 30 años y su ocupación fue ama de casa con el 84,6%.

Las conductas alimentarias fueron regulares en un 65,4%, inadecuadas y adecuadas, con un 28,2% y 6,4% respectivamente. Conclusiones: Se pudo comprobar que existe una correlación alta, directa y positiva con una r de Pearson de 0,827 y un valor de $p = 0,000$. Lo que indica gráficamente que, a medida que la madre tenga mejores conductas alimentarias, también los niveles de hemoglobina serán mayores y por el contrario la prevalencia de anemia será menor. Se recomienda concientizar a los padres de familia sobre temas de salud y realizar investigaciones experimentales sobre tratamientos médicos o planes nutricionales.

Abstract

In Perú, Anemia is a severe problem in public health; so the present descriptive and analytical cross-sectional study has the objective of determining the relationship of the mother's eating behaviors and the prevalence of anemia in children under 5 years of age, data were taken from 294 children, selecting only 156 children under 5 years of age with a diagnosis of Ferropnemic Anemia confirmed by Hemoglobin analysis, with the previous informed consent of the parents. The questionnaire "Eating behaviors of the mother of the child under 5 years of age" was applied.

As a result, the prevalence of iron deficiency anemia in children under 5 years of age was 46.9%. The average age of the children was 21 months. Children presented Anemia more than girls, with 65.4% and 34.6% respectively. The mothers of the children had an average age of 30 years and their occupation was a housewife with 84.6%.

The alimentary conducts were regular in 65.4%, inadequate and adequate, with 28.2% and 6.4% respectively. Conclusions: It was found that there is a high, direct and positive correlation with a Pearson's r of 0.827 and a value of $p = 0.000$. Which indicates graphically that, as the mother has better eating behaviors, hemoglobin levels will also be higher and, on the contrary, the prevalence of anemia will be lower. It is recommended to educate parents about health issues and conduct experimental research on medical treatments or nutritional plans.

INDICE

Tema	Pág.
Palabras clave: en español e inglés - Línea de investigación	i
Título de investigación	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
Índice	v
Introducción	1
Metodología	19
Resultados	23
Análisis y discusión	
Conclusiones	27
Recomendaciones	27
Referencias Bibliográficas	28
Agradecimientos	29
Anexos y Apéndice	30

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas de salud más importantes a nivel mundial es la anemia. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2005 la anemia afectó a 1620 millones de personas en el mundo, lo que equivale al 24,8% de la población mundial, y sigue en aumento; siendo el grupo más afectado los niños en edad pre-escolar con el 47,4%. En el Perú, la situación de anemia es un problema severo en salud pública que afecta al 43,5%, siendo Puno una de las ciudades con mayor porcentaje de anemia 76%, y en Ancash el 50,8%. La proporción de niños de 6 meses a menos de 36 meses que presentaron anemia fue en zonas urbanas es 43,5% y en zonas rurales 52,3%. Estos niveles de prevalencia hacen del Perú el país más afectado (solo igual que Guyana) y lo sitúan en una situación comparable a la de la mayoría de países del África (Alcázar, 2013); (MINSA, 2015).

La causa principal de la anemia en niños menores de 5 años es la deficiencia de hierro, aunque generalmente esta coexiste con otras causas como la malaria, infecciones parasitarias o desnutrición. La anemia es dañina para la salud individual en la medida en que expone a quienes la padecen a secuelas que durarán el resto de sus vidas (Alcázar, 2013)

En el estudio de (Verga, Widmeier-Pasche, Beck-Popovic, Pauchard, & Gehri, 2014), se midieron la hemoglobina, ferritina, datos antropométricos, familiar y estado nutricional de los niños inmigrantes y los no inmigrantes. El global de la prevalencia de la deficiencia de hierro fue de 50.7% a los 12 meses. Concluyeron que la prevalencia de la deficiencia de hierro en la población de inmigrantes es mayor que en los no inmigrantes. La inmigración y la categoría de empleo son factores de riesgo para la deficiencia de hierro, así como los cereales para bebés a partir de los 9 meses es un factor protector.

Después, (Freitas et al., 2016) en su estudio concluyó que: Treinta y ocho (65.5%) de los bebés prematuros presentan alta adherencia a las guías de

administración de suplementos de micronutrientes. A los seis meses de edad corregida, el niño prematuro tenía deficiencia de vitamina A. La prevalencia de la anemia, deficiencia de hierro y la deficiencia de zinc fueron mayores en el grupo de baja adherencia, sino también en relación en el grupo de alta adherencia. Los bebés prematuros con bajo cumplimiento de las guías de administración de suplementos de micronutrientes eran 2.5 veces más probables de desarrollar anemia y 3,1 veces más probables de desarrollar deficiencia de zinc. El bajo nivel de educación materna aumenta la probabilidad de no adherencia a los tres suplementos en 2,2 veces.

Según los estudios encontrados la alimentación es importante para evitar la Anemia; sabemos que el niño aprende a comer principalmente de su madre, quien a su vez ha adquirido la información de sus antecesores, lo que determina una transmisión cultural. A este tronco de transmisión se suma en décadas recientes la influencia de la educación por el equipo de salud. La madre alimenta al hijo de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias (Osorio E., Weisstaub N., & Castillo D., 2002).

Además de que se ha comprobado que el estado nutricional de las personas guarda relación directa con la calidad de la ingesta de alimentos, y está se encuentra determinada por condiciones de acceso a ellos y los factores que permiten seleccionar alimentos específicos para incorporarlos a la dieta; por lo que podemos definir “conducta alimentaria como el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos”. En los seres humanos los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida (Huamán-Espino & Valladares E, 2006; Silva Rojas, 2013).

Según el patrón de alimentación, los niños deben tomar solo leche materna durante los seis primeros meses de vida, a fin de lograr un crecimiento, desarrollo y una salud óptima. Cuando la lactancia natural ya no basta para satisfacer las

necesidades nutricionales de los niños, es preciso añadir otros alimentos a su dieta, es decir, deberían recibir alimentación complementaria, adecuada desde el punto de vista nutricional, cubre el período que va de los seis a los 24 meses de edad, intervalo en el que el niño es muy vulnerable. Con respecto a la lactancia exclusiva, el 65,2% de niñas y niños menores de seis meses de edad tuvieron lactancia exclusiva y el 6,3% que tenían entre seis a nueve meses de edad continuaban alimentándose con solo leche materna. La alimentación complementaria es tal vez uno de los procesos con mayor vulnerabilidad para el estado nutricional de la población menor de dos años de edad. Por tal razón, la importancia que adquieren los alimentos, la consistencia y el proceso de introducción en la alimentación, es una característica definitiva en el análisis del estado nutricional de las niñas y niños (MINSA, 2015).

El estudio de (Gamarrá-Atero, Porroa-Jacobo, & Quintana-Salinas, 2010) tuvo como resultados que el 81% de participantes mostró nivel de conocimientos alto, 65% estuvo en total acuerdo con la LM exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, 63% estaba de acuerdo con prácticas adecuadas en alimentación complementaria. Las madres presentaron nivel de conocimientos alto (81%) y actitudes favorables (66,7%) sobre alimentación infantil, y sus percepciones en general coincidían con ello.

En el estudio transversal de (Gómez-Guizado & Munares-García, 2014); los resultados fueron que el 10,2% de los lactantes presentaron anemia, con diferencias en las frecuencias según los meses de edad, altitud a nivel del mar, regiones y tipo de establecimiento. Se evidenció la presencia de anemia y desnutrición crónica antes de los 6 meses de edad y la probabilidad de tener anemia se incrementa conforme aumenta la edad y está asociada a algunos componentes y del estado nutricional.

También (Arcanjo, Arcanjo, & Santos, 2016) refiere que en los países en desarrollo existe una alta prevalencia de deficiencia de hierro anemia, lo que reduce el rendimiento cognitivo, el rendimiento laboral, y la resistencia; sino que también causa dificultades en el aprendizaje y el impacto negativo en el desarrollo

de la población infantil. Resultando que la hemoglobina y los niveles de ferritina sérica de los escolares con deficiencia en la lectura fueron estadísticamente menores en comparación con los que no tienen, Se concluyó que los niños en edad escolar con deficiencia de lectura tenían niveles de ferritina en suero y de hemoglobina más bajos en comparación con los que no.

La conducta alimentaria es el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos (Osorio E. et al., 2002).

En general, el niño incorpora la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de una comunidad antes de esa edad. La madre tiene un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al hijo, por lo que debe centrarse en ella la entrega de contenidos educativos preventivos, que permitan enfrentar precozmente las enfermedades relacionadas con conductas alimentarias alteradas (rechazos alimentarios, obesidad, diabetes, dislipidemias, anorexia nerviosa).

Los puntos críticos de la alimentación infantil que pueden evidenciar alteraciones del desarrollo de la conducta alimentaria son:

- Establecimiento de la lactancia materna.
- Cambio de alimentación materna exclusiva a artificial o materna más artificial. Introducción de la primera alimentación sólida.
- Auto alimentación con la mano-cuchara.
- Suspensión de la tercera mamadera.
- Cambio de consistencia de la papilla.
- Incorporación a la comida del hogar y a la mesa.
- Percepción materna de normalidad de la alimentación infantil.

El crecimiento y el desarrollo de un individuo están determinados por factores genéticos y ambientales, siendo la nutrición un componente fundamental

entre estos últimos. El aporte adecuado de nutrientes permite un crecimiento armónico que refleja fielmente el potencial genético.

Debido a que los niños pequeños crecen rápidamente, sus necesidades energéticas y nutritivas son relativamente altas para su tamaño corporal. El requerimiento energético del niño puede ser definido como la ingesta calórica necesaria para mantener un estado de salud y crecimiento normal, así como un nivel de actividad física adecuado.

Habitualmente se expresa en función del peso corporal y corresponde a la suma de la energía requerida para el metabolismo basal, crecimiento, actividad física y efecto termogénico de los alimentos.

- **Carbohidratos:** Son sustancias que proporcionan energía al organismo, constituyen la principal fuente de energía en la dieta, siendo la lactosa el preponderante en los lactantes y el almidón en los niños mayores. En el preescolar se requiere de 2400 calorías para ambos sexos; se ha demostrado que un déficit de una cantidad tan pequeña como 10 calorías por kilogramo de peso corporal puede producir fallas en el crecimiento. Un inadecuado aporte de carbohidratos que se metaboliza en glucosa produce alteraciones metabólicas y funcionales en el cerebro ya que la glucosa es el principal substrato para la producción de energía en este tejido.
- **Proteínas:** Son sustancias formadas por aminoácidos que son indispensables para la formación y reparación de tejidos. También contribuyen a formar defensas. Las proteínas proporcionan aminoácidos esenciales y no esenciales necesarios para la síntesis proteica, el crecimiento y la reparación tisular. El preescolar necesita de 34 gr/día, cantidad que debe ser ingerida diariamente. Las fuentes son: carnes de todas las especies, carnero, pollo, cerdo, cuy, etc.; legumbres secas, garbanzos, lentejas, habas, arvejas, cereales, trigo, avena, maíz; papa, camote, frutas, nueces, almendras, maní.

- **Grasas:** Son sustancias indispensables ya que aportan energía y elementos constituyentes a los tejidos, además son sustancias de reserva al organismo. Las grasas suministran mayor energía calórica al organismo que los carbohidratos. Las fuentes principales son: carnes, aceites vegetales.
- **Vitaminas:** Son compuestos que forman parte del complejo enzimático, desempeñando un papel importante en la conservación y funcionamiento del organismo. Durante la niñez, se debe proporcionar 400 mg de vitamina D tolerancia que fácilmente se cubre utilizando leche fortificada, esta vitamina es indispensable ya que ayuda a la absorción del calcio y fósforo para el adecuado crecimiento y desarrollo de los dientes y huesos del niño; las necesidades de vitamina A se relacionan con el peso corporal, la ración aproximada es de 400 U.I., esta vitamina es esencial para el funcionamiento de la vista, se encuentra en las verduras verdes y amarillas como frutas, leche, productos lácteos derivados y yema de huevo; la vitamina C tiene la función protectora, previene y cura el escorbuto; la vitamina B, se encuentra en las carnes, leche, yema de huevo y verduras de hoja verde.
- **Minerales:** Son elementos reguladores que obran por acción catalítica. Entre ellos destacan el Calcio, que se encuentra en la leche y sus derivados, acelgas, legumbres, cereales. En niños en edad preescolar se recomienda entre 500 y 800 mg. de calcio al día. El Hierro es un mineral importante, porque es componente esencial de la hemoglobina de la sangre; su falta o deficiencia se caracteriza por un estado anémico, fatiga al leer o hablar. El requerimiento diario es de 7 mg/día. Sus fuentes son las verduras de hoja verde, hígado, carnes magras, huevo, frutas secas. Existen otros minerales como el fósforo, yodo, zinc, que se encuentran en las verduras, cereales, mariscos y sal yodada.
- **Agua:** Es necesaria para toda forma de vida, ninguna acción puede realizarse sin ella. El agua cumple funciones de regulador de la temperatura del cuerpo; la deficiencia de este elemento altera los

procesos normales de mantenimiento del cuerpo. La deficiencia de agua produce una disminución del peso, siendo esto más notable en los niños con signos de deshidratación, alteración de la función intestinal, piel reseca, etc. Los jugos de frutas y verduras tienen un mayor contenido de agua.

Según el Ministerio de Salud, se agrega en la historia clínica del niño (a) la EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO (A), que toma en cuenta mediante la exploración y observación de preguntas, considerando la edad del niño(a), y las normas de nutrición del estado.

La conducta alimentaria está relacionada con los hábitos, los que a su vez están influidos con el número de comidas al día, horarios, alimentos consumidos más frecuentemente y los aspectos emocionales (estética, de confianza o temor, hacia ciertos guisos). Los platillos o preparaciones de mayor uso, los acentos sensoriales (sabor, color, aroma, textura, temperatura entre otros) y los más preferidos o más empleados además de la cantidad de composición final de la dieta, o bien la higiene de los mismos. La conducta alimentaria difiere en modo notable de una persona a otra o por lo menos de un grupo a otro lo que puede modificarse mediante la adquisición de conocimientos y el desarrollo de actividades nuevas puestas en práctica.

Lund y Burkr (citados por Bourges, 1990) mencionó que las motivaciones para la ingestión de alimentos se inicia por motivaciones básicas que se derivan de sus necesidades, inclinaciones, urgencias y deseos los que a su vez dependen de procesos cognoscitivos (percepciones, recuerdos, juicios y pensamientos).

La familia de acuerdo a su estructura, posición económica, social y organización familiar refuerza o motiva al niño a obtener conocimientos y desarrollar actitudes en favor de una alimentación adecuada. Bourges (1990) demostró que la madre ejerce influencia en un 73% de los casos sobre el tipo y

especialmente de las comidas ya que ella decide, qué se come en el hogar, a diferencia del 16% que comparte la decisión con el padre.

Existe un impacto significativo de la conducta (prácticas y estilos de crianza) de los padres y madres sobre las preferencias y consumo de alimentos en los niños, debido a que ellos deciden sobre qué, cuándo, cómo y cuánto alimento consumen sus hijos. Estas conductas a largo plazo pueden generar algunos problemas de alimentación infantil como falta de apetito, rechazo de la comida, anorexia, sobrepeso y obesidad. Aunado a esto, los problemas de alimentación a menudo se asocian con el bienestar emocional y psicológico de los niños, padres y madres.

En nuestra ciudad no se han encontrado estudios que buscan determinar la relación entre conductas alimentarias de la madre y la prevalencia de anemia; es por esta razón que nace nuestro interés por contribuir con nuestro proyecto a sentar las bases para plantear soluciones e implementar estrategias de intervención en el sector salud sobre esta problemática actual Anemia, que se ha convertido en una preocupación en nuestro país, a la cual se destinan fondos del estado, que no llegan a cubrir las necesidades de la población.

Consideramos necesario orientar a las madres en prácticas saludables de alimentación de sus niños, ya que está comprobado que son ellas los entes activos del cuidado de sus niños, y mediante las cuales se lograrán buenos hábitos de alimentación y el desarrollo intelectual requerido. Se hacen necesarias las intervenciones a nivel familiar en las conductas de las madres y la forma de brindar los alimentos a sus niños, así como desde el ámbito privado, porque permite orientar las acciones de la institución y asignar los recursos correctamente para la detección oportuna de enfermedades prevalentes.

El niño incorpora la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de una comunidad antes de esa edad. La madre tiene un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al hijo, por lo que debe centrarse en ella la entrega de contenidos educativos preventivos, que permitan enfrentar

precozmente las enfermedades relacionadas con conductas alimentarias alteradas (rechazos alimentarios, obesidad, diabetes, dislipidemias, anorexia nerviosa).(Osorio E. et al., 2002)

Por otro lado, las investigaciones realizadas al respecto, revelan que se presentan problemas típicos discutibles relacionados con conductas alimentarias a pesar de los múltiples esfuerzos que hace el sector salud para disminuir la prevalencia de anemia.

Ante esta problemática planteamos la siguiente interrogante, pretendiendo dilucidarla, a partir de la información encontrada:

¿Cuál es la relación entre conductas alimentarias de la madre y la prevalencia de anemia en menores de 5 años?

CONCEPTUACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

1. Variable independiente: Conductas alimentarias de la madre

Definición conceptual: Es el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos (Osorio E. et al., 2002)

Operacionalización: Mediante escala nominal

- Conductas alimentarias adecuadas: 20-24 puntos
- Conductas alimentarias regulares: 13- 19 puntos
- Conductas alimentarias inadecuadas: 0-12 puntos.

2. Variable dependiente: ANEMIA

Definición conceptual: se considera anémico al niño menor de 5 años con resultado de Hemoglobina menor de 11.0 gr/dl (citado por OMS, 2003).

Operacionalización: Escala nominal

1. Presenta anemia: Cuando el niño de 6 a 4 años 11 meses 29 días de edad presenta algún grado de anemia.
 - Anemia leve: Hb 10-10.9 gr/dl
 - Anemia moderada: Hb 7-9.9 gr/dl
 - Anemia severa: Hb < 7 gr/ dl

HIPÓTESIS

Hi: Existe relación directa entre conductas alimentarias de la madre y la prevalencia de Anemia en niños menores de 5 años.

H0: No existe relación directa entre conductas alimentarias de la madre y la prevalencia de Anemia en niños menores de 5 años.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación de las conductas alimentarias de las madres con la prevalencia de anemia en menores de 5 años.

Objetivos Específicos

1. Describir las características de los niños menores de 5 años: edad, sexo, estado nutricional.
2. Calificar las conductas alimentarias de madres de niños menores de 5 años.
3. Determinar la prevalencia de Anemia Ferropénica, teniendo en cuenta los análisis de hemoglobina.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

Se realizó un estudio descriptivo y analítico de corte transversal; donde se caracterizó y evaluó de forma exhaustiva para determinar la relación de las conductas alimentarias de la madre y la prevalencia de anemia en menores de 5 años de los pacientes del Policlínico Docente San Luis. Enero-Setiembre, 2017.

2.2. Descripción del ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Enfermería del Policlínico Docente San Luis de la Facultad de Medicina de la Universidad San Pedro, perteneciente a la ciudad de Nuevo Chimbote, Perú. En esta institución los niños menores de 5 años acuden para su control de crecimiento y desarrollo, donde según la Norma Técnica en salud se le solicita análisis de laboratorio como la Hemoglobina para descartar Anemia, cada 6 meses.

En el presente estudio se tomaron los datos de fuentes primarias: cuestionarios de conductas alimentarias a las madres, y muestras de sangre a los niños menores de 5 años, previo llenado del consentimiento informado de la madre.

2.3. Población

Estuvo conformado por 294 niños menores de 5 años que acudieron al control de Crecimiento y desarrollo en el Servicio de Enfermería del Policlínico Docente San Luis de la Facultad de Medicina de la Universidad San Pedro, a los cuales se les solicitó según Norma técnica examen de Hemoglobina; entre los meses de Enero-setiembre, 2017.

A) Criterios de inclusión

- Niños que no padezcan enfermedades sensorio-motora (ceguera, sordomudo, parálisis flácida)
- Todos los niños mayores de 6 meses y menores de 60 meses.
- Todas las madres con niños menores de 5 años que hayan presentado Anemia Ferropénica después de los análisis de sangre, en los meses de enero-setiembre 2017.

B) Criterios de Exclusión

- Niños mayores de 60 meses.
- Madres con niños menores de 5 años que no fueron diagnosticados con Anemia Ferropénica, después del examen de laboratorio.
- Madres que presenten algún trastorno físico o alteración mental, que nos les permita comunicarse adecuadamente.
- Madres que no deseen participar en el estudio.

C) Muestra:

Se trabajó con una población muestral, por la facilidad del acceso a la información, la cual 156 niños desde 6 meses a 4 años 11 meses 29 días con diagnóstico de Anemia Ferropénica en los meses de Enero-Setiembre, 2017.

2.4. Técnicas e instrumentos de investigación

La técnica que se utilizó para el presente trabajo de investigación fue la encuesta, mediante el cual se recogerá la información de las madres que asisten al control de crecimiento y desarrollo con sus hijos de 6 meses a 4 años 11 meses 29 días.

Para el presente trabajo de investigación se tuvo en cuenta los siguientes instrumentos:

A. Consentimiento informado

Documento elaborado por los autores en el que se solicita permiso a la madre o apoderado para que sus niños participen en el estudio.

B. Hoja de datos del niño menor de 5 años

Elaborada por los autores para detallar los datos del niño. En el que se consignará el valor de Hemoglobina, además de datos del niño: edad, sexo, peso, talla, estado nutricional.

C. Cuestionario de conductas alimentarias de la madre del niño menor de 5 años.

Instrumento validado por juicio de expertos, elaborado por Cortez, I. y Mendoza A. (2006) y adaptado por los investigadores. Este instrumento permitirá medir el nivel de conocimiento nutricional materno, se aplicará después de la toma de muestras para laboratorio.

C.1. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO:

La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch & Comer, 1988). Por lo tanto, no se pudo verificar la confiabilidad estadísticamente, ya que no corresponde a este tipo de instrumento.

En este caso el juicio de expertos y la experticia de los investigadores en la adaptación del instrumento nos aseguran en gran medida que los datos recolectados estén orientados al logro del objetivo del estudio (Hernández Hernández Rodrigo Oscar, 2015).

2.5. Procesamiento y análisis de la información

13

Para la recolección de los datos de este trabajo de investigación se realizará lo siguientes:

- 1° Se gestionaron los permisos correspondientes para el inicio del estudio.
- 2° Los niños fueron captados en la consulta del control de crecimiento y desarrollo, se les explicó e informó a los padres acerca del estudio, se les entregó el consentimiento informado y concluyó con la firma del apoderado.
- 3° Luego se llenó la HOJA DE DATOS DEL NIÑO (A), primero se tomó el peso y la talla del niño, que estuvo acompañado de su madre, y luego se procedió a sacarle la muestra de sangre para determinar los valores de hemoglobina, de esta manera obtendremos la muestra de niños con Anemia Ferropénica.
- 4° Posteriormente se les aplicó el cuestionario de conductas alimentarias de la madre, adaptado por los investigadores, el que constó de 24 ítems y tomó un promedio de 10 minutos para su llenado.
- 5° Posterior a ello se coordinó con el laboratorista, quien nos brindó los resultados de las muestras.
- 6° Se tabularon los datos obtenidos tanto del instrumento, así como también de los valores obtenidos de hemoglobina.
- 7° Finalmente se realizó la interpretación de los datos.

El procedimiento, interpretación y análisis de los datos se realizó empleando el software especializado SPSS versión 21, previa codificación de los datos obtenidos, en sus dos niveles:

☒ **Nivel Descriptivo:** Los resultados estarán representados en tablas unidimensionales, y bidimensionales, frecuencia relativa y simple.

☒ **Nivel Analítico:** Estadística inferencial no paramétrica o analítica: Prueba de independencia de criterios, mediante la prueba correlación de Spearman, con un nivel de significancia de 0.05, para determinar la relación entre las conductas alimentarias de la madre y la prevalencia de anemia de los menores de 5 años.

Las figuras se elaborarán en el Microsoft Excel 2010 según las variables en estudio.

RESULTADOS

I. CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL POLICLÍNICO DOCENTE SAN LUIS. ENERO-SETIEMBRE, 2017.

De los 294 niños que acudieron al Policlínico Docente San Luis de la Facultad de Medicina de la Universidad San Pedro, por el servicio de Enfermería, se seleccionó una muestra de 156 niños menores de 5 años que presentaron Anemia Ferropénica confirmada por análisis de Hemoglobina.

Los niños menores de 5 años con Anemia Ferropénica, tuvieron una edad promedio de 21 meses o 1 años y 9 meses.

Con respecto al sexo: los niños presentaron Anemia en un 65,4% (102), en comparación con las niñas con 34,6 (54).

El estado nutricional fue normal en el 96,2% (150), se presentó sobrepeso y bajo peso con 2,5% y 1,3% respectivamente.

Tabla 1: Características de los niños menores de 5 años atendidos en el Policlínico Docente San Luis. Enero-Setiembre, 2017.

VARIABLES		NIÑOS<5 AÑOS n=156	
Edad (meses)	Promedio (DE)	21,8	11,2
Sexo	Masculino	102	65,4
	Femenino	54	34,6
Estado nutricional	Normal	150	96,2
	Bajo peso	2	1,3
	Sobrepeso	4	2,5

Fuente: Cuestionario de conductas alimentarias de niños menores de 5 años.

II. CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL POLICLÍNICO DOCENTE SAN LUIS. ENERO-SETIEMBRE, 2017.

Las madres de los niños menores de 5 años atendidos en el Policlínico Docente San Luis por el servicio de Enfermería; tuvieron una edad promedio de 30 años; la mayoría tiene de ocupación ama de casa con un 84,6% (132), y las restantes ejercen como cosmetólogas, comerciantes e ingeniera. El número de hijos predominante fue de 2 a 3 hijos con el 64,1%, con 1 hijo el 26,9% y de 4 a 5 hijos el 9,0%.

Las personas que comen en casa fueron en su mayoría entre 3 y 5 con el 28,2%, con 4 el 26,9% y con 6 a más el 16,7%.

En cuanto al grado de instrucción las madres tuvieron en su mayoría secundaria completa con el 50,0%, secundaria incompleta el 25,6%, educación superior el 23,1% y técnico 1,3%.

De acuerdo al ingreso económico, las madres respondieron que reciben mayormente menos de 1 sueldo el 75,6% y de 1 a 2 sueldos el 24,4%.

El gasto de alimentación diario respondieron las madres que es de S/ 20 a S/ 50 con el 76,9%, hasta S/ 10 con el 21,8% y menos de S/10 el 1,3%.

Tabla 2: Características de las madres de niños menores de 5 años atendidos en el Policlínico Docente San Luis. Enero-Setiembre, 2017.

VARIABLES		MADRES NIÑOS<5 AÑOS n=156	
Edad (meses)	Promedio (DE)	30	7,01
Ocupación de la madre	Ama de casa	132	84,6
	Cosmetóloga	12	7,6
	Comerciante	10	6,4
	Ingeniera	2	1,4
Número de hijos	1	42	26,9
	2-3	100	64,1
	4-5	14	9,0
	6 a +	0	0
Personas que comen en casa	3	44	28,2
	4	42	26,9
	5	44	28,2
	6 a +	26	16,7
Grado de instrucción	Analfabeta	0	0
	Secundaria Incompleta	40	25,6
	Secundaria Completa	78	50,0
	Superior	36	23,1
	Técnico	2	1,3
Ingreso económico	< 1 sueldo	118	75,6
	1-2 sueldos	38	24,4
	3 a +	0	0
Gasto en alimentación	Menos de S/ 10	2	1,3
	Hasta S/ 10	34	21,8
	S/ 20- S/ 50	120	76,9

Fuente: Cuestionario de conductas alimentarias de niños menores de 5 años.

III. PREVALENCIA DE ANEMIA FERROPÉNICA EN MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN POLICLÍNICO DOCENTE SAN LUIS. ENERO-SETIEMBRE, 2017.

De un total de 294 niños que acudieron al Policlínico Docente San Luis, se encontró que la prevalencia de Anemia Ferropénica en niños menores de 5 años de Enero a Setiembre 2017 fue de 46,9% (156).

Tabla 3: Prevalencia de Anemia Ferropénica en menores de 5 años atendidos en Policlínico Docente San Luis. Enero-Setiembre, 2017.

VARIABLES		NIÑOS<5 AÑOS P=294; n=156	
Anemia Ferropénica	No	138	53,1
	Si	156	46,9
		294	100.0

Fuente: Hoja de datos del niño menor de 5 años.

IV. CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL POLICLÍNICO DOCENTE SAN LUIS, ENERO-SETIEMBRE 2017.

Según el instrumento aplicado sobre “Conductas alimentarias de madres de niños menores de 5 años”, obtuvimos que las conductas alimentarias fueron inadecuadas en un 28,2%, regulares en un 65,4% y adecuadas en un 6,4%.

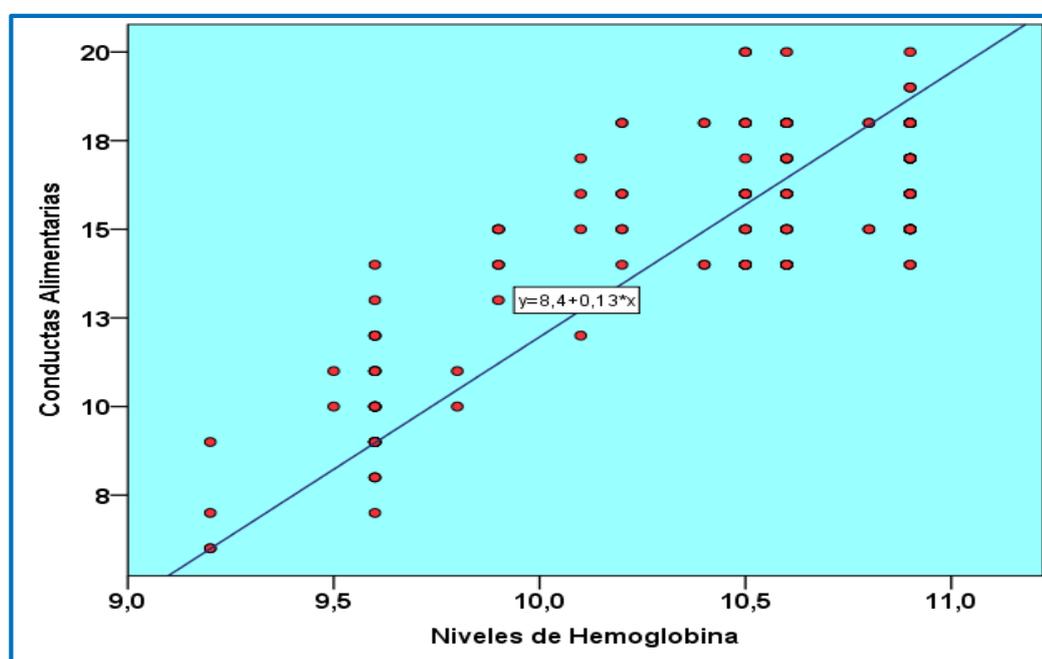
Tabla 4: Conductas alimentarias de madres de niños menores de 5 años atendidos en el Policlínico Docente San Luis. Enero-Setiembre 2017.

VARIABLES		MADRES NIÑOS<5 AÑOS n=156	
Conductas alimentarias	Adecuadas	10	6,4
	Regulares	102	65,4
	Inadecuadas	44	28,2

Fuente: Cuestionario de conductas alimentarias de niños menores de 5 años.

V. CORRELACIÓN ENTRE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE LAS MADRES Y LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL POLICLÍNICO DOCENTE SAN LUIS.

Según la correlación entre las conductas alimentarias de las madres y los niveles de hemoglobina de los niños menores de 5 años se observa que, existe una correlación alta, directa y positiva con una r de Pearson de 0,827 y un valor de $p = 0,000$ que es estadísticamente significativa. Lo que indica gráficamente que, a medida que la madre tenga mejores conductas alimentarias, también los niveles de hemoglobina serán mayores.



Fuente: Análisis analítico de los instrumentos (Anexo 02 – 03).

Figura 1: Representación gráfica de puntos de dispersión entre las conductas alimentarias de las madres y los niveles de hemoglobina de los niños menores de 5 años del Policlínico Docente San Luis.

Correlación	r	Valor de p
Conductas Alimentarias y Niveles de hemoglobina	0,827	0,000

DISCUSIONES

Hallazgos principales

Para la presente investigación se tomaron los datos de 294 niños que acudieron al Policlínico Docente San Luis de la Facultad de Medicina de la Universidad San Pedro, por el servicio de Enfermería para su control de crecimiento y desarrollo, posterior a ello se seleccionó una muestra de 156 niños menores de 5 años que presentaron Anemia Ferropénica confirmada por análisis de Hemoglobina. Los niños menores de 5 años tuvieron una edad promedio de 21 meses (1 años y 9 meses). La anemia se presentó más en niños que en niñas, 65,4% (102) y 34,6 (54). Su estado nutricional fue normal en su mayoría con el 96,2% (150).

Las madres de los niños menores de 5 años; tuvieron una edad promedio de 30 años; la ocupación de la mayoría fue ama de casa con un 84,6% (132), y las restantes ejercen como cosmetólogas, comerciantes e ingeniera. El número de hijos predominante fue de 2 a 3 hijos con el 64,1%, con 1 hijo el 26,9% y de 4 a 5 hijos el 9,0%. Las personas que comen en casa fueron más entre 3 y 5 con el 28,2%. El grado de instrucción que las madres tuvieron fue en su mayoría secundaria completa con el 50,0%, secundaria incompleta el 25,6%, educación superior el 23,1% y técnico 1,3%.

De acuerdo al ingreso económico, las madres respondieron que reciben mayormente menos de 1 sueldo el 75,6% y de 1 a 2 sueldos el 24,4%. El gasto de alimentación diario respondieron las madres que es de S/ 20 a S/ 50 con el 76,9%, hasta S/ 10 con el 21,8% y menos de S/10 el 1,3%.

De un total de 294 niños que acudieron al Policlínico Docente San Luis, se encontró que la prevalencia de Anemia Ferropénica en niños menores de 5 años de Enero a Setiembre 2017 fue de 46,9% (156).

En el estudio se utilizó el instrumento “Conductas alimentarias de madres de niños menores de 5 años”, que fue validado por juicio de expertos, por Cortez, I. y Mendoza A. (2006) y adaptado por los investigadores. Se obtuvo que las conductas alimentarias fueron inadecuadas en un 28,2%, regular en un 65,4% y adecuadas en un 6,4%.

De acuerdo al análisis crítico de los instrumentos utilizados, en la correlación entre las conductas alimentarias de las madres y los niveles de hemoglobina de los niños menores de 5 años se observó que, existe una correlación alta, directa y positiva con una r de Pearson de 0,827 y un valor de $p = 0,000$ que es estadísticamente significativa. Lo que indica gráficamente que, a medida que la madre tenga mejores conductas alimentarias, también los niveles de hemoglobina serán mayores.

Interpretación de los resultados

Según (Céspedes Sotelo, 2011); la nutrición infantil es la piedra angular que afecta y define la salud, siendo la vía para crecer, desarrollar y trabajar; y alcanzar todo el potencial como individuo y sociedad. La alimentación y la nutrición condicionan de forma importante el crecimiento y desarrollo de todo ser vivo por ello, la nutrición se constituye en un pilar fundamental en la salud y desarrollo del ser humano en especial en los primeros años de vida. La anemia visto como indicador del estado nutricional general puede advertir sobre la calidad futura de nuestras próximas generaciones no solo en el plano físico como la pérdida de oportunidad de una mayor talla y disminución de la capacidad estructural, sino como daño de las capacidades funcionales nobles del cerebro, como la abstracción, la integración, el análisis del pensamiento y alteraciones emocionales y afectivas. En la actualidad constituye un significativo problema de salud pública debido a que afecta a casi la mitad de la población de niños menores de 6 a 35 meses, según el ENDES, 2009 el 47.2% de los niños de 6 a 59 meses de edad presentan anemia. La madre como principal responsable del cuidado y nutrición del niño debe conocer los diferentes tipos de alimentos que pueden ayudar o prevenir la anemia y a la vez ponerlos en práctica a la hora de preparar los alimentos.

En el presente estudio se utilizó el instrumento “Conductas alimentarias de madres de niños menores de 5 años”, que fue validado por juicio de expertos, por Cortez, I. y Mendoza A. (2006) y adaptado por los investigadores; porque posee confiabilidad de 0,70 según alfa de Crombach; con el cual se obtuvo una correlación alta, directa y positiva con una r de Pearson de 0,827 y un valor de $p = 0,000$ que es

estadísticamente significativa. Lo que indica gráficamente que, a medida que la madre tenga mejores conductas alimentarias, también los niveles de hemoglobina serán mayores.

Comparación con otros estudios

Actualmente en el Perú el 43.5% de los niños, de 6 a 35 meses, sufre de anemia, correspondiéndole a la zona rural el 51.1% y a la urbana el 40.5%. Estamos hablando de 620 mil niños menores de 3 años anémicos de 1.6 millones a nivel nacional y de 410 mil niños menores de 5 años que presentan desnutrición crónica. (MINSA, 2016). Según la **Tabla 3** el Policlínico Docente San Luis de la Facultad de Medicina de la Universidad San Pedro; atiende un promedio de 40 a 50 niños mensual, de los cuales se encontró que de Enero a Setiembre 2017, 294 niños aplicaban para ser evaluados por Anemia de acuerdo al control de crecimiento y desarrollo; resultando la prevalencia de 46,9 % (156).

En el estudio de (Céspedes Sotelo, 2011) se evaluó el nivel de conocimiento de las madres sobre la Anemia; y concluyó en que fue “Medio” con tendencia a “Bajo”, ya que desconocen el significado del hierro, las causas y consecuencias de la anemia ferropénica, lo que es un indicador negativo en la prevención de la anemia en niños menores. A pesar de ello la mayoría de madres realizan “prácticas adecuadas” para la prevención de la anemia, que consisten en brindarles en su dieta mínimo 3 veces por semana alimentos que contengan grandes cantidades de hierro (carne, pescado, vísceras) y que a su vez reciban alimentos que permitan su absorción (Vitamina C). El puntaje promedio de las prácticas alimenticias acerca de la anemia ferropénica fue igual en todos los niveles de instrucción de las madres. En otro estudio se encontró que el bajo nivel educativo materno se asoció de forma independiente con la baja adherencia a las pautas de suplementos de hierro, zinc y multivitaminas en los bebés prematuros, que afectó la prevalencia de anemia y deficiencias de hierro y zinc a los seis meses de edad corregida bebés prematuros. (Freitas et al., 2016); los cuales forman parte de la intervención en la consulta del control de crecimiento y desarrollo de niños menores de 5 años y que sirven como tratamientos preventivos.

Otro estudio concluye que no existe relación entre el conocimiento que tienen las madres acerca de la anemia por déficit de hierro a través de diferentes variables como ser su edad y/o nivel educativo alcanzado, ya que los resultados obtenidos demostraron que muchos de los conocimientos se transmiten implícitamente, de generación en generación, sin necesidad de acceder a niveles educativos superiores, motivo por el que muchas de las madres encuestadas de corta edad o con niveles educativos inferiores, tuvieron mayor/igual conocimiento acerca del tema, en comparación con aquellas madres que tuvieron niveles de estudio más avanzados.(Aguirre, Bustos, Miño, Garrido, & Cavallaro, 2014)

Podemos concluir que a diferencia de los estudios encontrados las conductas alimentarias fueron en su mayoría regulares con unos 65,4%, inadecuadas en un 28,2% y adecuadas en un 6,4%; según **Tabla 4**; y además de acuerdo al análisis crítico de los instrumentos utilizados, en la correlación entre las conductas alimentarias de las madres y los niveles de hemoglobina de los niños menores de 5 años se observó que, existe una correlación alta, directa y positiva con una r de Pearson de 0,827 y un valor de $p = 0,000$ que es estadísticamente significativa. Lo que indica gráficamente que, a medida que la madre tenga mejores conductas alimentarias, también los niveles de hemoglobina serán mayores; **Ver Gráfico 1**.

La relación de apego del niño a la madre es un factor determinante en la adquisición de la conducta alimentaria y del adecuado desarrollo posterior. Las estrategias en la que se basan las madres de manera empírica para lograr la “alimentación adecuada” de sus hijos, son basadas en costumbres que, de acuerdo a su nivel de formación, son insuficientes. La difusión de mensajes relacionados a las características y estilos de alimentación son casi nulos. Los gobiernos regionales y locales, además del Ministerio de Salud, solo se encargan de promulgar pautas sobre alimentación y reducir cifras sin tratar el problema de fondo; por lo que, ayudar a orientar e individualizar las “estrategias de alimentación” sería, en teoría, la manera ideal de mejorar dichas prácticas (Cieza, 2016).

La Anemia es una enfermedad que tiene una situación alarmante y que exige intervención inmediata del gobierno, el cual se ha impuesto como objetivo reducir al 19% este mal silencioso entre niños menores de 3 años, y la desnutrición crónica, al 6.4%, entre niños menores a 5 años, a través de un Plan Nacional de lucha contra la anemia, entre el presente año hasta 2021. (MINSa, 2016)

Fortalezas y debilidades

Se logró que los padres realicen un seguimiento a su niño sobre el control de hemoglobina y que traigan a su control de crecimiento y desarrollo a su niño. Otro grupo de padres mostró desinterés por la evaluación a sus niños por lo que no autorizaron la toma de muestra de sangre, a pesar de que las muestras eran gratuitas, y de explicarles la importancia del estudio.

Muchos padres creen que el ver a su niño comiendo en exceso es sinónimo de que no hay enfermedad, por lo que muchos de ellos mostraron niveles de hemoglobina bajos.

Las conductas inadecuadas de las madres dependen también del factor económico que es lo que hace variante el menú del niño.

CONCLUSIONES

- Se pudo comprobar que existe una correlación alta, directa y positiva con una r de Pearson de 0,827 y un valor de $p = 0,000$. Lo que indica gráficamente que, a medida que la madre tenga mejores conductas alimentarias, también los niveles de hemoglobina serán mayores y por el contrario la prevalencia de anemia será menor.
- Los niños menores de 5 años tuvieron una edad promedio de 21 meses (1 años y 9 meses). La anemia se presentó más en niños que en niñas, 65,4% (102) y 34,6 (54) respectivamente. Su estado nutricional fue normal en su mayoría con el 96,2% (150).
- Las madres de los niños menores de 5 años; tuvieron una edad promedio de 30 años; la ocupación de la mayoría fue ama de casa con un 84,6% (132). El número de hijos predominante fue de 2 a 3 hijos con el 64,1. Las personas que comen en casa fueron más entre 3 y 5 con el 28,2%. El grado de instrucción que las madres tuvieron fue en su mayoría secundaria completa con el 50,0%.
- De acuerdo al ingreso económico, las madres reciben mayormente menos de 1 sueldo el 75,6% El gasto de alimentación diario es de S/ 20 a S/ 50 con el 76,9%.
- La prevalencia de Anemia Ferropénica en niños menores de 5 años fue de 46,9% (156).
- Las conductas alimentarias fueron inadecuadas en un 28,2%, regular en un 65,4% y adecuadas en un 6,4%.

RECOMENDACIONES

- Se hace necesaria la concientización de las madres de niños menores de 5 años en cuanto a los análisis de laboratorio, ya que a pesar de estos ser gratuitos presentamos dificultades para su consentimiento informado.
- Capacitar a los padres de familia en cuidados de salud para sus niños.
- Hacer alianzas con los colegios en los que se mantenga una comunicación eficaz con el establecimiento de salud y la institución educativa de forma que se puedan realizar seguimiento a los niños que presentan patologías.
- Realizar investigaciones experimentales, de casos controles, o cohortes, sobre el uso de tratamientos médicos y planes de alimentación para niños menores de 5 años.
- Difundir resultados con empresas que puedan invertir en proyectos a largo plazo, ONGs, preocupados por la salud de los menores de 5 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, M. N., Bustos, M. E., Miño, S. E., Garrido, J., & Cavallaro, M. S. (2014). Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica de las madres de niños de 4 a 5 años de edad que asisten al Jardín “Hojitas Verdes” de la Escuela N 390 “Ángel Vicente Peñaloza” en San Vicente–Misiones, 2015: Recuperado de [http://www. barcelo. edu. ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH018b.dir/T FI% 20Aguirre-Bustos-Mi% 25F1o. pdf](http://www.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH018b.dir/T FI% 20Aguirre-Bustos-Mi% 25F1o. pdf).
- Alcázar, L. (2013). Impacto económico de la anemia en el Perú / The economic impact of anaemia in Peru. *Acción contra el Hambre*.
- Arcanjo, F. P., Arcanjo, C. P., & Santos, P. R. (2016). Schoolchildren with Learning Difficulties Have Low Iron Status and High Anemia Prevalence. *J Nutr Metab*, 2016, 7357136. doi:10.1155/2016/7357136
- Cespedes Sotelo, M. (2011). Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemiaferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Materno Infantiltablada de Lurin 2010.
- Freitas, B. A., Lima, L. M., Moreira, M. E., Priore, S. E., Henriques, B. D., Carlos, C. F., Franceschini Sdo, C. (2016). Micronutrient supplementation adherence and influence on the prevalences of anemia and iron, zinc and vitamin A deficiencias in preemies with a corrected age of six months. *Clinics (Sao Paulo)*, 71(8), 440-448. doi:10.6061/clinics/2016(08)06
- Gamarra-Atero, R., Porroa-Jacobo, M., & Quintana-Salinas, M. (2010). Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina*, 71, 179-184.
- Gómez-Guizado, G., & Munares-García, O. (2014). Anemia y estado nutricional en lactantes de dos a cinco meses atendidos en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2012. 2014. doi:10.17843/rpmesp.2014.313.85
- Hernández Hernández Rodrigo Oscar, M. M. N., Porfirio Castillo Blanca Estela. . (2015). Proyecto Final: Estadística Avanzada.

- Huamán-Espino, L., & Valladares E, C. (2006). Estado nutricional y características del consumo alimentario de la población Aguaruna. Amazonas, Perú 2004. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 23, 12-21.
- MINSA. (2015). Encuesta Demografica y de salud familiar.
- MINSA. (2016). Plan Nacional para la Reduccion de Anemia 2017-2021.
- Osorio E., J., Weisstaub N., G., & Castillo D., C. (2002). DESARROLLO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA INFANCIA Y SUS ALTERACIONES. *Revista chilena de nutrición*, 29, 280-285.
- Silva Rojas, J. (2013). *Ingesta y conducta alimentaria en el niño en edad pre escolar*.
- Verga, M. E., Widmeier-Pasche, V., Beck-Popovic, M., Pauchard, J. Y., & Gehri, M. (2014). Iron deficiency in infancy: is an immigrant more at risk? *Swiss Med Wkly*, 144, w14065. doi:10.4414/smw.2014.14065

AGRADECIMIENTOS

- A Dios por ser parte siempre de nuestra inspiración.
- A los padres de familia de los niños menores de 5 años, de los diferentes AA.HH. aledaños que permitieron que podamos estudiar a sus niños sobre sus conductas alimentarias y el desarrollo de la Anemia.
- A la Institución educativa Divino Niño Jesús por permitirnos llegar a los padres de familia.

ANEXOS

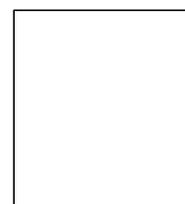
ANEXO N°01: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante este documento se hace constar que la madre _____ con DNI N° _____ ha recibido la información necesaria sobre el proyecto de investigación denominado “Conductas alimentarias de la madre relacionadas con prevalencia de anemia en menores de 5 años” y aceptar proporcionar los datos del niño(a), que se le tomen muestras de sangre para determinar Anemia y participar del llenado de un cuestionario de conductas alimentarias.

Cabe recalcar que todos los procedimientos se realizarán guardando la confidencialidad de los datos, y se brindarán de forma gratuita; solo siendo usados con fines de investigación.

Se firma el presente para dejar constancia de su participación y aceptación en el proyecto.

.....
FIRMA DE LA MADRE
DNI N°:.....



Huella Digital

ANEXO N° 02: HOJA DE DATOS DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

Instrucciones: Se marca la alternativa de respuesta según la verificación de datos a través de los análisis realizados al niño.

1. Presencia o no de Anemia en niños de 6 meses hasta 4 años 11 meses 29 días, según análisis de Hemoglobina.

Anemia leve: Hb 10-10.9 gr/dl	
Anemia moderada: Hb 7-9.9 gr/dl	
Anemia severa: Hb < 7 gr/dl	
Normal	

PARA EL INVESTIGADOR:

PRESENTA ANEMIA : ()

NO PRESENTA ANEMIA : ()

2. Sexo del niño: M () F ()
3. Edad del niño en el último control de crecimiento y desarrollo:
4. Diagnóstico de la evaluación del estado nutricional, en el último control de crecimiento y desarrollo: Peso: _____ Talla: _____
Desnutrición
Normal
Sobrepeso
Obesidad

PARA EL INVESTIGADOR:

- Normal:
- Con alteración del estado nutricional:

5. Cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo de su niño (a) hasta la edad actual

PARA EL INVESTIGADOR:

Cumple: Si su número de controles es igual a su edad ()

No cumple: Si su número de controles es menor a su edad ()

ANEXO N°03: CUESTIONARIO CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE LA MADRE DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS.

Autores: Cortez, I y Mendoza, A. (2006) adaptado por la autora de la presente investigación.

INSTRUCCIONES: A continuación dará lectura a las interrogantes formuladas, la veracidad y sinceridad con que usted responda nos permitirá llegar al objetivo deseado. Marque con una X en la letra que crea correcta:

PARTE I: DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE:

1. Edad de la madre (años cumplidos): _____
2. Ocupación de la madre: _____
3. Número de hijos: 1) 1 2) 2-3 3) 4-5 4) 6 o más.
4. Personas que comen en casa: 1) 3 2) 4 3) 5 4) 6 o más.
5. Grado de instrucción de la madre:
6. Ingreso económico familiar:
1) Menos de un salario mínimo. 2) 1 a 2 salarios 3) De 3 a más salarios
7. ¿Cuánto gasta en alimentación diariamente?
1) Menos S/ 10 2) Hasta S/ 10
2) 3) De S/ 20 – S/ 50 4) De S/ 50 a más

PARTE II: CUESTIONARIO DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE LA MADRE

1. ¿Qué es la alimentación complementaria?
 - a) Dar otros alimentos más leche materna
 - b) Dar leche materna y calditos
 - c) Alimentar al niño con la comida de la olla familiar
2. ¿Cuál es la edad en la que el niño debe iniciar la alimentación diferente a la leche materna?
 - a) Cuando coma solo
 - b) 4 meses
 - c) 6 meses
3. ¿Por qué debe dar la alimentación complementaria desde los 6 meses?
 - a) Porque su barriga está creciendo
 - b) Porque con el pecho ya no se alimenta bien y necesita de otros alimentos.
 - c) Porque ya tiene dientes

4. ¿Hasta qué edad se debe dar de lactar al niño?
 - a) Hasta el 1 año y 6 meses
 - b) Hasta el 1 año
 - c) Hasta los 2 años o mas
5. ¿Cómo se debe dar lactancia materna durante la alimentación complementaria?
 - a) En cualquier momento
 - b) Cada vez que el niño se lo pida
 - c) Cada vez menos ya que el niño come otros alimentos
6. ¿Cuál debe ser la consistencia de los alimentos (preparaciones) más usado en los niños?
 - a) Aguada
 - b) Espeso
 - c) Muy espeso
7. ¿Con que alimentos deben iniciar la alimentación complementaria?
 - a) Caldos y/o sopas
 - b) Sopas y/o frutas
 - c) Papillas o purés, mazamorras
8. La preparación que nutre más al niño, es:
 - a) Caldos y/o sopas
 - b) Segundos
 - c) Mazamorras
9. ¿Qué cantidad de alimentos debe recibir un niño entre 7 y 8 meses?
 - a) 2-3 cucharadas
 - b) 3-5 cucharadas
 - c) 5-7 cucharadas
10. Un niño de un año debe consumir:
 - a) Dos comidas principales y dos entrecomidas.
 - b) Dos comidas principales y una entrecomidas.
 - c) Tres comidas principales y dos entrecomidas.
11. ¿A qué edad el niño puede comer todos los alimentos?
 - a) 6 meses
 - b) 1 año
 - c) 2 años
12. En las comidas de media mañana o media tarde el niño debe comer:
 - a) Caldos o jugos
 - b) Mazamorras y frutas
 - c) Galletas y frutas
13. ¿Qué alimentos debe consumir su niño diariamente?
 - a) Frutas y verduras
 - b) Carnes y huevos

- c) Papa, pan y leche
- 14. ¿Cómo debe ser la alimentación del niño cuando se enferma?
 - a) Seguir alimentándolo pero en mayor frecuencia (más veces)
 - b) Se le debe quitar los alimentos y dar solo leche materna
 - c) Se le debe dar solo agüitas y caldos.
- 15. Los alimentos que protegen las enfermedades del niño son:
 - a) Verduras, leche
 - b) Frutas, grasas
 - c) Frutas. verduras
- 16. Los alimentos que dan más fuerza y/o energía al niño son:
 - a) Verduras, leche
 - b) Tubérculos, cereales
 - c) Carnes, frutas
- 17. Los alimentos que ayudan a crecer más al niño:
 - a) Verduras, tubérculos
 - b) Carnes, leche
 - c) Cereales, frutas
- 18. En relación al aporte de hierro, la información correcta es:
 - a) La leche materna tiene suficiente hierro para el niño
 - b) El hierro se encuentra en la sangrecita, hígado, pescado.
 - c) El hierro se encuentra en las alverjas, mariscos, huevo
- 19. En relación al calcio, la afirmación correcta es:
 - a) El calcio se encuentra en fideos, pan blanco, arroz.
 - b) El calcio se encuentra en leche, huevo, mantequilla.
 - c) La leche materna tiene suficiente calcio para el niño.
- 20. En relación a la vitamina A, es correcta:
 - a) La vitamina A se encuentra en espinaca, betarraga, piña.
 - b) La vitamina A cuida la piel y evita las infecciones.
 - c) La falta de vitamina A produce anemia.
- 21. En relación a la vitamina C, es cierto:
 - a) La vitamina C, se encuentra en la papaya, zanahoria, lechuga-
 - b) Favorece el control de las hemorragias.
 - c) Ayuda a retener el hierro en nuestro cuerpo
- 22. ¿Por qué se debe agregar una cucharadita de aceite a las comidas principales del niño?
 - a) Porque da calorías al niño (a)
 - b) Porque ayuda a que la piel sea más suave.
 - c) No es necesario agregarle.
- 23. ¿Cómo se debe proteger a los alimentos?
 - a) Cubriéndolos solo con un material limpio.

- b) Poniéndolos en un lugar donde corra el aire.
 c) Colocándolos en un lugar fresco y bien cubiertos.
24. ¿Cómo deben prepararse los alimentos del niño?
- a) Cocinar muy bien las carnes, pollo y pescado.
 b) Se debe cocer bien las menestras sin quitar la cascara.
 c) Los restos de la comida del niño (a) se debe guardar para luego consumirlo posteriormente.

LISTADO DE RESPUESTAS CORRECTAS AL CUESTIONARIO

ITEM	RESPUESTA CORRECTA	ITEM	RESPUESTA CORRECTA
1	A	13	A
2	C	14	A
3	B	15	C
4	C	16	B
5	C	17	B
6	B	18	B
7	C	19	B
8	B	20	B
9	B	21	C
10	C	22	A
11	B	23	C
12	B	24	A

Puntaje: Se asignará un punto por cada pregunta, obteniéndose el puntaje siguiente.

- Conductas alimentarias adecuadas: 20-24 puntos
- Conductas alimentarias regulares: 13- 19 puntos
- Conductas alimentarias inadecuadas: 0-12 puntos.

APÉNDICES

APÉNDICE 1: Solicitud de participación a instituciones para aplicación de estudio.

APÉNDICE 2: Ejemplo de Consentimiento informado lleno

APÉNDICE 3: Ejemplo de cuestionario de conductas alimentarias lleno.

APÉNDICE 4: Ejemplo de registro de actividades de recolección de datos.

APÉNDICE 5: Fotos de las actividades de recolección de datos.



