



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**ALIMENTACIÓN PARA EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 18
MESES CON ANEMIA FERROPÉNICA QUE ACUDEN AL
HOSPITAL DE TINGO MARÍA - 2017**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:
RÍOS GONZALES XIOMARA INGRID INGUEBORG**

**ASESORA
MG. MARÍA ESTHER HERMOZA CALERO**

TINGO MARÍA - PERÚ, 2018

**ALIMENTACIÓN PARA EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 18
MESES CON ANEMIA FERROPÉNICA QUE ACUDEN AL
HOSPITAL DE TINGO MARÍA - 2017**

DEDICATORIA

A DIOS por ser mi fuerza, guía y sabiduría para alcanzar un objetivo más.

A mis abuelitos Augusto (QEPD), María, a mis padres Nery y José, a mi hermano Paolo y familiares por su amor y apoyo incondicional durante mi formación profesional.

AGRADECIMIENTO

A DIOS por darme su protección diaria.

A la Universidad Alas Peruanas, a todos los docentes por brindarme una educación de calidad con todos los conocimientos, experiencias y lecciones para la formación de mi carrera.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica que acuden al Hospital de Tingo María - 2017. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 115 madres, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,837; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,921.

CONCLUSIONES:

La alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica que acuden al Hospital de Tingo María es en el aspecto tipo de alimento donde se practica mejor, seguido de la frecuencia de alimentos, luego la cantidad de alimentos y finalmente en menor porcentaje administración de sulfato ferroso. Respecto al tipo de alimento, consumen: sangrecita, pescado, pollo, zapallo e hígado de pollo, seguido de zanahoria y bazo de vaca. Respecto a la frecuencia de consumo de alimentos, consumen: en mayor porcentaje 2 veces al día, seguido de 3 veces al día, luego 1 vez al día y en menor porcentaje 4 veces al día. Respecto a la cantidad de alimentos ricos en hierro, consumen: en mayor porcentaje 2 cucharadas, seguido de 3 cucharadas y finalmente en menor porcentaje 1 cucharada.

PALABRAS CLAVES: Alimentación, cuidado, niños de 6 a 18 meses, anemia ferropénica, micronutrientes, frecuencia.

ABSTRACT

The present investigation had like Objective: To determine the feeding for the care of children of 6 to 18 months with iron-deficiency anemia that go to the Hospital of Tingo María - 2017. It is a transversal descriptive investigation, it was worked with a sample of 115 mothers, for the Information was collected using a Likert-type questionnaire, the validity of the instrument was performed by means of the expert judgment concordance test, obtaining a value of 0.837; Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of 0.921.

CONCLUSIONS:

Food for the care of children from 6 to 18 months with iron deficiency anemia who come to Tingo María Hospital is in the type of food where it is best used, followed by the frequency of food, then the amount of food and finally in lesser percentage administration of ferrous sulphate. Regarding the type of food, consume: blood, fish, chicken, pumpkin and chicken liver, followed by carrot and Spleen cow. Regarding the frequency of food, they consume: in greater percentage 2 times a day, followed by 3 times a day, then 1 time a day and in a lower percentage 4 times a day. Regarding the amount of foods rich in iron, they consume: in greater percentage 2 tablespoons, followed by 3 tablespoons and finally in a lower percentage 1 tablespoon.

KEYWORDS: *Food, care, children from 6 to 18 months, iron deficiency anemia, micronutrients, frequency.*

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	I
ABSTRACT	II
ÍNDICE	III
INTRODUCCIÓN	V
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.2.1. Problema General	3
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Base teórica	12
2.3. Definición de términos	41
2.4. Variables	43
2.4.1. Definición conceptual de la variable	43
2.4.2. Definición operacional de la variable	43
2.4.3. Operacionalización de la variable	44

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	45
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	45
3.3. Población y muestra	46
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	46
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	47
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	4
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	48
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	54
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La anemia por deficiencia de hierro es uno de los principales problemas de salud pública en el Perú, con indicadores de prevalencia en niñas y niños de 6 a 35 meses de edad por encima del 40% a nivel nacional y del 60% en varios departamentos, es decir, con alrededor de tres cuartos de millón de menores afectados. El combate de la anemia debería ser una prioridad para el Perú si tenemos en cuenta la evidencia del impacto negativo de la anemia sobre el desarrollo humano.

Las prácticas alimentarias de las madres son esenciales en el crecimiento y desarrollo del niño de 6 a 18 meses de edad, debido al cambio de alimentación a partir de los 6 meses, cambios en el tipo de alimento, la frecuencia y cantidad. Una adecuada alimentación y práctica de la madre lograrán un eficaz crecimiento y desarrollo en el niño así evitando enfermedades que puedan perjudicar en su etapa adulta; en lo social este adulto será productivo y con ello se disminuirá la pobreza. En este caso donde el niño tiene anemia ferropénica, una adecuada práctica alimentaria de parte de la madre logrará que el niño se adhiera al tratamiento y con el paso del tiempo logre una recuperación favorable libre de riesgos y/o complicaciones.

La presente investigación para fines de estudio contiene:

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable.

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos terminando con la presentación de los

resultados, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La nutrición y los cuidados durante los primeros años son fundamentales para la salud y el bienestar a lo largo de toda la vida. Directa o indirectamente, la malnutrición es responsable de aproximadamente un tercio de las muertes de los menores de 5 años. Bastante más de dos tercios de estas muertes, a menudo relacionadas con prácticas alimentarias inadecuadas, se producen en el primer año de vida.¹

Los niños son los más afectados debido a una alimentación insuficiente en hierro biodisponible, por bajo contenido de éste en los alimentos de su dieta, sumado a la ignorancia de la madre respecto a la alimentación, práctica alimentaria o la falta de recursos, esta carencia se acompaña de un alto riesgo de deterioro irreversible en el desarrollo mental y psicomotor a largo plazo ya que está comprobado que estos niños tienen un coeficiente de inteligencia menor, déficit de atención y fácil distracción, que genera consecuencias no sólo individuales sino también sociales.²

La situación de los niños menores de 5 años en el mundo y en particular en América Latina requiere atención especial, se observa elevados índices de enfermedades prevalentes como problemas respiratorios agudos, diarreas y desnutrición, los cuales son prevenibles con prácticas

saludables de bajo costo y de fácil aplicación. Es un hecho que la adopción de prácticas de alimentación adecuadas durante los primeros cinco años de vida (incluyendo la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses, así como la preparación para el destete, la continuación de la lactancia en forma complementaria hasta los 2 años, la detección precoz del retraso del crecimiento y desnutrición, entre otros), disminuirían los índices de enfermedades prevalentes en la infancia.³

Por eso las prácticas alimentarias de las madres tienen gran parte de la responsabilidad de la anemia en los menores de dos años y del riesgo en los otros niños de este grupo de edad. Entonces es urgente indagar sobre la práctica de la lactancia: alimentos o bebidas que pueden aumentar la leche materna, las causas culturales para el destete precoz, entre otros; también es urgente construir con la colectividad fórmulas alimentarias adecuadas para la población infantil, sin destruir la cultura de los colectivos. Éste es un gran reto para los profesionales en salud.⁴

Los cálculos más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugieren que la anemia afecta a alrededor de 800 millones de niños y mujeres. De hecho 273.2 millones de niños menores de 5 años eran anémicos en 2011, y cerca de la mitad de ellos también deficientes de hierro. La anemia afecta al 24.8% de la población universal. De los cuales afecta al 47.4% de los niños en edad preescolar.

La deficiencia de hierro es la deficiencia de micronutrientes más extendida del mundo a menudo resulta en deficiencia crónica de hierro o anemia.⁵

Así mismo la anemia por deficiencia de hierro es uno de los principales problemas de salud pública en el Perú, con indicadores de prevalencia en niñas y niños de 6 a 35 meses de edad por encima del 40% a nivel nacional y del 60% en varios departamentos, es decir, con alrededor de tres cuartos de millón de menores afectados. El combate de la anemia debería ser una prioridad para el Perú si tenemos en cuenta la evidencia del impacto negativo de la anemia sobre el desarrollo humano.⁶

Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) y MINSA, la anemia es elevada a los 6 meses de edad, afectando al 60% de los niños de 6 – 18 meses de edad. La anemia en el Perú en niñas y niños de 6 a 36 meses, alcanzó una prevalencia nacional en el año 2011 de 41.6 % incrementándose en 2015 al 43.5%, en el 2015 (977.585 niños anémicos < 3 años), de los cuales la provincia de Lima concentra el mayor número.⁷

De acuerdo al Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia en la Población Materno Infantil en el Perú: 2017-2021, el distrito de Chorrillos cuenta con 15,399 números de niños menores de 3 años de los cuales el 38% tienen anemia un aproximado de 5,855 niños.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica que acuden al Hospital de Tingo María - 2017?

1.2.2 Problemas Específicos

¿Cuál es la alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto al tipo de alimento?

¿Cuál es la alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto a la frecuencia de consumo de alimentos?

¿Cuál es la alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto a la cantidad de alimentos ricos en hierro?

- ¿Cuál es la alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto a la administración de sulfato ferroso?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

Determinar la alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica que acuden al Hospital de Tingo María - 2017.

1.3.2 Objetivos Específicos

Identificar la alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto al tipo de alimento.

Identificar la alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto a la frecuencia de consumo de alimentos.

Identificar la alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto a la cantidad de alimentos ricos en hierro.

Identificar la alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto a la administración de sulfato ferroso.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La anemia infantil en el Perú es un problema de salud pública prioritario, con una alta prevalencia de los cuales los niños de 6 a 18 meses de edad son los más vulnerables. El impacto de ésta en la vida de las personas y en la sociedad en general es enorme, especialmente por sus consecuencias a largo plazo en la salud física, mental y social.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

HUALCA Cabrera Martha Gabriela, realizó el trabajo de investigación, “Estrategias preventivas de factores de riesgo de anemia ferropénica en niños entre 6 y 24 meses de edad que acuden al Centro de Salud Rural Santa Rosa de Cuzubamba de Cayambe, 2016.” Tulcán – Ecuador, el tipo de investigación fue descriptivo, cuali-cuantitativo y de campo utilizando como técnicas de estudio la encuesta y la entrevista para determinar los factores de riesgo de anemia ferropénica en la población de estudio.

“Las conclusiones fueron: Al ejecutar la investigación se pudo evidenciar que el 57% de la población infantil presenta anemia ferropénica, los factores de riesgo que manifiestan son la falta de instrucción de la madre en un 21%, presencia de anemia durante el embarazo 40%, peso menor a 2500 gramos al nacer el niño 35%, lactancia materna exclusiva el 48%, la alimentación complementaria carece de verduras, legumbres, cítricos y carnes en un 65%, por lo que los niños no cuentan con fuentes de hierro en su alimentación diaria.

Ante estos resultados se diseñan e implementan estrategias preventivas en base a la educación a los padres y madres de los niños menores de 2 años que acuden al Centro de Salud para disminuir los factores de riesgo que presenta dicha población, obteniendo buenos resultados debido a que se mejoró el nivel de conocimiento sobre la patología, beneficios de la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria adecuada.”¹⁴

GRANADOS Trinidad del Carmen y Alvarado Ascencio Nelly Patricia, realizaron el trabajo de investigación “Factores relacionados con la prevención de la anemia ferropénica en menores de dos años en el municipio de Comasagua, departamento La Libertad período Enero - Mayo de 2011”, San Salvador – El Salvador, el tipo de investigación fue descriptivo cualitativo, se utilizó la técnica de grupos focales con madres y cuidadoras de menores de dos años y la técnica de la entrevista a profundidad con el personal de salud responsable de la atención directa.

“Las conclusiones fueron: la niñez menor de dos años no recibe la suplementación con sulfato ferroso según norma; tanto las madres como el personal de salud conocen las causas de la anemia pero no reconocen la importancia que tiene la suplementación con hierro como medida preventiva. Una de las conclusiones es: aunque las madres conocen los beneficios de la suplementación con hierro, sus actitudes y prácticas no coincide con lo que saben. Por lo tanto, se recomienda la necesidad de fortalecer las capacidades y habilidades del Personal de Salud en acciones de promoción y prevención de la anemia nutricional, dirigidas a las madres y cuidadoras.”¹⁵

OCAÑA Anzules, Delia Cristina, realizó el trabajo de investigación “Impacto del programa de suplementación con micronutrientes para evitar anemia en niños de 6 meses a 2 años de edad en el

Subcentro de Salud Picaihua, período Enero - Junio 2013". Ambato – Ecuador, el tipo de investigación cuasi-experimental cuantitativo de asociación de variables, realizado a 68 niños de entre 6 meses a 2 años de edad, inscritos en el programa acción nutrición hacia la desnutrición cero y que son atendidos en el Subcentro de Salud Picaihua, se les cuantificó los niveles de hemoglobina previa y posterior a la suplementación con micronutrientes, para valorar su eficacia en la anemia y así demostrar la hipótesis planteada.

“Las conclusiones fueron: Al realizar el control de los niveles de Hemoglobina se encontró que la incidencia de anemia leve en los infantes al iniciar el estudio fue de 52.9%, valores que luego de la suplementación con micronutrientes (Chis Paz) descendió a 38.2%, esto permite interpretar que la efectividad e impacto de la suplementación es positiva. Se evaluó además la información que las madres poseen en cuanto a los beneficios y el modo de administración adecuado de los micronutrientes Chis Paz. Observándose una mejoría post a la administración y determinando diferencias estadísticas significativas con un valor tabulado de X^2 con 3 grados de libertad y su nivel de significación del 0.01% es igual al 11,345 anulando la hipótesis del estudio. El impacto de los micronutrientes en los niveles de hemoglobina condiciona una menor probabilidad de desarrollar anemia.”¹⁶

VILLEDA Rodríguez Claudia Sucelly y Lázaro Galdámez Vielka Marycrúz, realizaron el trabajo de investigación, “Estudio descriptivo transversal sobre las prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional en niños y niñas de 0 a 12 meses de edad que asisten a la consulta en los Centros de Atención Permanente de los Municipios de Olopa, San Juan Ermita, Jocotán y Camotán, del Departamento de Chiquimula durante los meses de agosto 2013 a julio 2014”. Chiquimula, Guatemala, agosto 2014. Es un estudio descriptivo sobre las

prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional en niños de 0 a 12 meses que asisten a consulta en los Centros de Atención Permanente de los Municipios de Olopa, San Juan Ermita, Jocotán y Camotán, del Departamento de Chiquimula durante los meses de agosto a mayo 2014, como muestra se tuvo 552 niños, obteniendo información mediante una boleta de recolección de datos y peso-talla.

“Las conclusiones fueron: “317 niños ya habían iniciado alimentación complementaria; estos 187 niños no cumplen con dieta mínima aceptable, de los cuales 61% tienen algún grado de desnutrición y 39% se encuentran en estado nutricional normal, mientras que de los 130 niños que si cumplen con dieta mínima aceptable la mayoría 77% tienen estado nutricional normal. De los 276 niños de 0-6 meses, 104 no cumplen con lactancia materna exclusiva de los cuales 66% se encuentran en estado nutricional normal y 34% tienen algún grado de desnutrición, de los 172 niños que sí tuvieron lactancia materna exclusiva 73% tienen estado nutricional normal y 27% algún grado de desnutrición, encontrando que las diferencias en el estado nutricional entre los niños lactados de manera exclusiva y aquellos que tuvieron otro tipo de lactancia no fue significativa. Se debe sensibilizar a madres acerca de la importancia de las prácticas alimentarias y el estado nutricional de sus hijos, y la relación del mismo con el apareamiento de enfermedades, para llevar una alimentación adecuada en este período tan importante para el crecimiento y desarrollo del niño.”¹⁷

2.2.2 Antecedentes Nacionales

CORNEJO Cari Cinthia Pamela, realizó el trabajo de investigación, “Conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses de un Centro de Salud Lima 2015”, Lima – Perú, el tipo de estudio es cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte

transversal. La población estuvo conformada por 146 madres con niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al consultorio de CRED. La muestra fue de 84 madres de niños de 6-24 meses.

“Las conclusiones fueron: Con respecto al conocimiento de las madres el 54% no conoce y el 46% conoce sobre la prevención de la anemia ferropénica; mientras que el 58% de ellas tienen prácticas inadecuadas y solo el 42% realizan prácticas adecuadas.”⁹

CHAFLOQUE Segovia Gisella, realizó el trabajo de investigación, “Relación entre las prácticas alimentarias que implementan las madres y la persistencia de anemia en lactantes en el C.S Conde de la Vega Baja 2010”, Lima – Perú, el estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo – explicativo y transversal, la población estuvo conformada por 30 madres y sus respectivos niños; la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario aplicado a través de visitas domiciliarias.

“Las conclusiones fueron: Se encontró una incidencia de 50 casos de niños con persistencia de anemia de 200 niños identificados con anemia a Setiembre del 2009 en el C.S. Conde de la Vega Baja, la inadecuada cantidad de alimentos que brinda la madre por comida al niño según su edad (80%); con el agravante que el niño no consume en su totalidad la ración brindada (73.3%); así también la frecuencia con la que se brinda dichos alimentos no es la correcta (60%). Por lo que se concluye que la persistencia de anemia en lactantes estaría relacionada con prácticas alimentarias inadecuadas que implementan las madres.”¹⁰

QUISPE Condori Pamela Esther, realizó el trabajo de investigación, “Prácticas alimentarias que implementan las madres relacionado con la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses – Centro de Salud Simón Bolívar, 2013”, Puno – Perú cuyo objetivo fue determinar la relación entre las prácticas alimentarias

que implementan las madres y la anemia ferropénica persistente en niños de 6 a 24 meses. El tipo de investigación fue descriptivo correlacional de corte transversal; el diseño utilizado fue de relación bivariada; la población estuvo constituida por 64 niños y niñas de 6 a 24 meses y sus respectivas madres; las técnicas utilizadas fueron, el análisis documental y la encuesta; los instrumentos utilizados fueron las fichas de registro y entrevista aplicado a las madres en la visita domiciliaria.

“Las conclusiones fueron: se identificaron 47 casos de niños y niñas con persistencia de anemia que representa el 73.4% de los niños y niñas evaluados, siendo la edad de 12 a 24 meses la más afectada. El 29.7% de madres de niños y niñas con persistencia de anemia implementan una práctica alimentaria oportuna con “Poco cumplimiento”; de ellas el 57.4% brindaron la alimentación complementaria antes o después de los 6 meses. El 26.6% de madres adoptan una práctica alimentaria adecuada “Sin cumplimiento”; con el desencadenante que el 89.4% de niños no reciben un adecuado aporte de hierro en los alimentos. El 48.4% de madres efectúan una práctica alimentaria inocua “Con cumplimiento”.”¹¹

PAREDES Ramírez Eliana, realizó el trabajo de investigación, “Conocimientos sobre anemia ferropénica en madres de niños menores de 1 año que acuden al consultorio Cred, Hospital Tingo María, Enero – Marzo 2016”, Tingo María – Perú, el tipo de estudio es con enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo de corte trasversal. La muestra estuvo conformada por 60 madres de niños menores de 01 año, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario.

“Las conclusiones fueron: La edad promedio de las madres fue de 26 años. El 51,6% alcanzó el nivel secundario. El 65,0% se dedica

a los quehaceres del hogar. El 65,0% alcanzaron un nivel de conocimiento alto. Las madres que acuden al consultorio CRED del Hospital Tingo María, tienen un nivel de conocimiento alto sobre anemia ferropénica. Mayoritariamente las madres con nivel educativo menor a secundaria alcanzan un nivel de conocimiento bajo. Las madres procedentes de la zona urbana alcanzan mayoritariamente un nivel de conocimiento alto.”¹²

MEDINA Janet Luz, Meza Ana María, Roque Jaime, realizaron el trabajo de investigación “Eficacia del programa educativo supervisado en la administración de multimicronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños de 2 a 3 años en centros de estimulación Surco. Pueblo- Perú 2014”, Lima – Perú, tipo de investigación es una investigación aplicada. Por el nivel de investigación es descriptiva y explicativa. Por el diseño es cuasi experimental con grupo de control, con evaluación antes y después de la aplicación del Programa Educativo Supervisado en el grado de conocimientos y de multimicronutrientes. La población de estudio estuvo compuesta por 68 niños de 2 a 3 años, 68 madres o cuidadores y 9 docentes, quienes brindan servicios en estos centros de estimulación, total (77), ésta muestra fue tomada en su totalidad y el muestreo fue no probabilístico de tipo intencionado.

“Las conclusiones fueron: Las edades de las personas participantes es de un 60% (46) con edades de 21 a 30 años. El 99% (76) son de sexo femenino, por el grado de instrucción el 47% (36) tienen secundaria incompleta. Por su ocupación el 61% (47) solo son amas de casa. El nivel de conocimientos fue bajo después de la aplicación del programa en el grupo de control siendo de 42% (14) y en el grupo experimental fue de nivel alto en un 42% (14), siendo la diferencia de medias de (-5,82), con lo cual en el momento después hubo un mejor resultado debido a la aplicación del programa educativo supervisado. En el momento

antes de la aplicación del programa supervisado el 56% (5) de las docentes tenían un nivel de conocimiento bajo, pero en el momento después obtuvieron el nivel alto en un 67% (6). Existen diferencias significativas en la regularidad de la administración de los multimicronutrientes en los momentos antes y después de la aplicación del programa educativo con una diferencia de (-13,3). En la concentración de hemoglobina hubo una diferencia de (-0,85) y en la cantidad de sobres una diferencia de (-12). Se comprobó que el programa educativo supervisado en la administración de multimicronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños de 2 a 3 años en centros de estimulación Surco Pueblo-Lima 2014, es altamente eficaz.”

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Niños(a) de 6 a 18 meses:

La anemia por deficiencia de hierro es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo. A pesar que se conoce tanto su etiología como la forma de enfrentarla y de que las intervenciones son de bajo costo, aún no se ha podido resolver este problema.¹⁸

La mayor prevalencia de la anemia por carencia de hierro ocurre entre los 6 y 24 meses de edad, lo que coincide con el crecimiento rápido del cerebro y con una explosión de habilidades cognitivas y motoras del niño. Una deficiencia leve o poco severa en la edad preescolar, aun cuando sea corregida, reduce en forma permanente la destreza manual de los niños, limita su capacidad de concentración y debilita su capacidad de memoria.¹⁹

La importancia en la disminución y control del problema, radica en la importancia del hierro en el desarrollo del sistema nervioso central y el cerebro; dado esto, numerosos estudios han demostrado que este tipo de anemia nutricional se encuentra estrechamente relacionada con una depresión tanto motora como

mental en el desarrollo de los niños, la cual puede ser irreversible, por lo que su diagnóstico debe ser a temprana edad.²⁰

Prácticas alimentarias:

La promoción de hábitos correctos de alimentación desde la infancia es de gran importancia para garantizar una nutrición y salud adecuadas en el niño, así como para la prevención de patologías en la edad adulta.²¹

Las prácticas de alimentación se refieren a los comportamientos específicos que caracterizan a las interacciones durante la alimentación (por ejemplo, número de bocados que se ofrecen, la reacción de los padres frente a la aceptación/rechazo del niño, etc.). Las recomendaciones y evaluaciones de las interacciones durante la alimentación a menudo se centran en las prácticas (por ejemplo: cuándo introducir utensilios; qué hacer cuando un niño se niega a comer, etc.)

Ha habido relativamente pocos intentos de integrar las prácticas de alimentación con los estilos de alimentación y una falta de directrices claras para los programas de intervención en la promoción de conductas de alimentación saludable y crecimiento. Los hábitos establecidos tempranamente en la vida suelen persistir con el paso del tiempo, esto hace a los primeros años de vida un tiempo ideal para ayudar a las familias a establecer hábitos saludables de alimentación y evitar enfermedades como la anemia ferropénica.

El hambre y la saciedad de los niños son guiadas por los procesos internos de regulación e influenciadas por los cuidadores y el contexto de la alimentación. ¿Qué?, ¿cuándo? y ¿cómo? comen los niños, en gran medida son establecidos por un amplio rango de determinantes y procesos familiares que se extienden desde las creencias y patrones culturales sobre la

comida para los niños; a la disponibilidad y accesibilidad de los alimentos; al tiempo necesario para preparar y servir la comida; a las preferencias del gusto y contexto de los cuidadores y, finalmente, a las percepciones y preocupaciones con respecto al tamaño de los niños, su salud, preferencias, y destrezas de alimentación.

El primer año de vida está marcado por un crecimiento rápido y altos requerimientos nutricionales. Como las habilidades orales, motoras y digestivas de los niños maduran, su dieta y comportamiento alimentario atraviesan por grandes transiciones. Ellos pasan de una dieta de leche materna o una dieta basada en leche artificial a los alimentos complementarios y, finalmente, a la dieta familiar. Al mismo tiempo, avanzan desde la dependencia de ser alimentado en una posición supina o semirreclinada a alimentarse en una posición sentada. A la edad de 12 meses, los niños pueden sentarse de forma independiente, masticar y pasar una gama de texturas así como alimentarse a sí mismos con alimentos que pueden recoger con los dedos, y participar en las comidas familiares.

El impulso hacia la autonomía característica de los niños 1 a 2 años se evidencia en el deseo de los niños pequeños a tocar sus alimentos y comenzar a alimentarse por sí solos. Durante el primer año, los niños y los cuidadores establecen una relación en la que ambos reconocen e interpretan las señales de comunicación tanto verbal como no verbal. Este proceso recíproco constituye una base para la vinculación emocional o de apego entre niños y sus cuidadores que es esencial para el funcionamiento social saludable. El rompimiento de su comunicación, caracterizada por interacciones inconsistentes, no-responsivas, pueden minar su relación, lo que lleva a una falta de confianza y seguridad, con el resultado de que la alimentación

puede llegar a ser una ocasión para batallas improductivas por la comida.²²

La conducta alimentaria se regula por la interacción de varios factores. La adquisición de las funciones neuromotoras y de las funciones cognitivas le permitirán al niño la autorregulación de la ingesta según su hambre y saciedad y expresar sus deseos o no de comer.

La relación con el medio social y los adultos que lo alimentan, la decodificación que éstos hagan de las señales de hambre y saciedad del niño, así como las conductas que asuman ante los reclamos o rechazos del niño serán factores importantes en el proceso de aprendizaje y del establecimiento de los patrones alimentarios.²³

La educación es fundamental en la adopción de hábitos alimentarios correctos. Los padres son un modelo a imitar por los niños: si comen y disfrutan de una alimentación variada, están educando nutricionalmente a sus hijos.

La actitud más adecuada ante los períodos de inapetencia típicos de esta edad es:

- No premiar ni castigar con alimentos.
- No ofrecer alimentos alternativos.
- No alargar el tiempo de las comidas.
- No dramatizar ni permitir la manipulación.²⁴

La contaminación microbiana de los alimentos complementarios es la principal causa de enfermedad diarreica, que es muy común entre niños de 6 a 12 meses de edad. La preparación y el almacenamiento seguro de los alimentos reducen el riesgo de diarrea. Es más probable que el empleo de biberones con tetinas para administrar líquidos, provoque la transmisión de infecciones,

que el empleo de vasos o tazas; por lo tanto, el empleo de biberones debe ser evitado.

Todos los utensilios, como ser vasos, tazas, platos y cucharas empleados para alimentar al lactante o niño pequeño, deben ser exhaustivamente lavados. En muchas culturas, es común el comer con las manos y los niños reciben piezas sólidas de alimentos para que las sostengan y mastiquen, a veces éstas son llamadas comidas para los dedos'. Es importante que las manos del cuidador y del niño sean cuidadosamente lavadas antes de comer.

Las bacterias se multiplican rápidamente en ambientes cálidos y más lentamente si la comida es refrigerada. Las grandes cantidades de bacterias que se producen en los climas cálidos incrementan el riesgo de enfermedades. Cuando los alimentos no puedan ser refrigerados, deben ser consumidos tan pronto como sea posible después de ser preparados (no más de 2 horas), antes de que las bacterias tengan tiempo para multiplicarse.

Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos al:

- Lavar las manos de las personas a cargo de los niños y de los mismos niños antes de preparar alimentos y de comerlos.
- Guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación.
- Utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos.
- Utilizar tazas y tazones limpios al alimentar a los niños.
- Evitar el uso de biberones, dado que es difícil mantenerlos limpios.

Cinco claves para la inocuidad de los alimentos:

- Mantener la limpieza
- Separe alimentos crudos y cocinados

- Cocine completamente
- Mantenga los alimentos a temperaturas seguras
- Use agua y materias primas seguras.²⁵

Tipo de alimento

Los niños necesitan alimentarse para crecer. Su alimentación será distinta según sus capacidades funcionales, el desarrollo psicomotor y las necesidades nutricionales; y mantiene una relación estrecha con su entorno social y familiar, principalmente con la madre.²⁸

A la edad de 6 meses el lactante, generalmente, duplica su peso al nacer y se torna más activo. Por sí sola, la lactancia materna ya no es suficiente para cubrir sus requerimientos de energía y de nutrientes, por lo tanto se deben introducir los alimentos complementarios para completar la diferencia. Aproximadamente, a los 6 meses de edad, el lactante también ha alcanzado el desarrollo suficiente para recibir otros alimentos.

El sistema digestivo es lo suficientemente maduro para digerir el almidón, proteínas y grasas de una dieta no láctea. Los lactantes muy pequeños expulsan los alimentos con la lengua pero, entre los 6 y 9 meses, pueden recibir y mantener los alimentos en la boca con mayor facilidad. La lactancia materna debería continuar junto con la alimentación complementaria hasta los dos años de edad o más y debe ser administrada a demanda, tan frecuentemente como el niño lo desee.

La lactancia materna puede aportar la mitad o más de los requerimientos de energía del niño de 6 a 12 meses de edad y un tercio de sus requerimientos de energía, además de otros nutrientes de elevada calidad para niños de 12 a 24 meses de edad. La leche materna continúa aportando nutrientes de mejor calidad que los que existen en los alimentos complementarios, así

como factores protectores. La leche materna es una fuente crítica para la provisión de energía y nutrientes durante la enfermedad.

Los niños tienden a consumir menor cantidad de leche materna o disminuyen la frecuencia, cuando se introducen los alimentos complementarios, por lo tanto la lactancia materna requiere ser estimulada de manera práctica para poder mantener un aporte adecuado.²⁹

Es necesario incluir al menos una vez al día alimentos ricos en hierro, zinc y vitamina A, que son los micronutrientes de mayor deficiencia y bajo consumo en nuestro país y muy importantes para el crecimiento y desarrollo del niño y para contrarrestar el riesgo de enfermar y morir. Las fuentes alimenticias principales de estos y otros micronutrientes esenciales de bajo consumo en nuestro medio son todos los alimentos de origen animal, como el hígado, pescado, huevos, aves, todo tipo de carnes, vísceras, lácteos, etc., y los alimentos fortificados. También es necesario incluir en la alimentación del niño verduras, frutas de color verde oscuro y amarillo intenso, y frutas cítricas, debido a su contenido de otros micronutrientes como la vitamina C, que ayuda a la asimilación del hierro de la dieta, y los betacarotenos, que son precursores de la vitamina A.³⁰

La decisión última en relación con el modo de alimentar a su hijo/a la debe tomar la madre. Cuando no se desee o no se pueda utilizar la leche materna en la alimentación del lactante, o en situaciones excepcionales en las que está contraindicada, las fórmulas adaptadas constituyen, en nuestro medio, la única alternativa adecuada para la nutrición del niño. El lactante es especialmente sensible y vulnerable a las trasgresiones dietéticas, y sus consecuencias son más serias que en el niño mayor y el adulto; además, existen determinadas enfermedades asociadas a la alimentación que se introduce al lactante: anemia por leche de

vaca, intolerancia a la leche de vaca, celiacía, alergias alimentarias, etc. Por todo ello, la introducción de nuevos alimentos debe ser supervisada por el pediatra y/o enfermera de pediatría, asesorando a la madre en cada control de salud.

No existen bases científicas suficientes para establecer normas concretas; si bien, hay datos que apoyan algunas recomendaciones sobre cómo introducir la alimentación complementaria. El orden de introducción de los alimentos, cereales sin gluten, frutas, verduras y carnes carece de importancia.

La introducción de nuevos alimentos debe hacerse progresivamente para valorar la aparición de reacciones adversas y para que el niño se acostumbre al cambio de sabores y texturas. La sal y los azúcares que contienen los alimentos son suficientes y no se debe añadir más. Aunque la etiología de las intolerancias alimenticias a menudo es poco clara, parece prudente retrasar la introducción de los alimentos que se asocian más comúnmente con las enfermedades atópicas y las enteropatías.³¹

Los alimentos semisólidos o purés son necesarios al comienzo, hasta que aparezca la habilidad de mordisquear (movimientos de la mandíbula hacia arriba y abajo) o masticar (uso de los dientes). Las habilidades descritas representan las aptitudes normales de niños sanos a diferentes edades. Cuando se ofrece alimentos de consistencia inapropiada, es posible que el niño no logre consumir una cantidad significativa, o que demore tanto en comer que su ingesta de alimentos se vea comprometida. Los resultados de varios estudios (Dewey y Brown, 2002) demuestran que a los 12 meses, la mayoría de los niños ya puede consumir los alimentos familiares de consistencia sólida, aunque muchos aún reciben alimentos semisólidos (presumiblemente porque pueden

consumirlos más eficientemente y por ende, significa una demanda más baja del tiempo requerido para alimentarlos).³²

a) Alimentación del niño(a) de 6 – 11 meses de edad:

La meta es mantener la lactancia materna adecuadamente complementada con sólidos, hasta el año de vida; la evidencia científica apunta a los beneficios de esta medida, tanto en el desarrollo cognitivo, en prevención de sobrepeso y obesidad, en disminución de infecciones respiratorias y digestivas y en aspectos psicológicos relacionados con el fortalecimiento del vínculo madre-hijo(a).

Hasta los 6 meses el niño(a) ha estado alimentándose con lactancia materna exclusiva en horario libre demanda, en algunos casos con lactancia más fórmulas o excepcionalmente sólo con fórmulas; en horario cada 3 a 4 horas, por 6 a 7 veces al día, con volumen de 180 a 220 ml por vez.

En esta etapa debe iniciarse la Alimentación Complementaria, que corresponde a la administración de cualquier alimento distinto a la leche, y que está orientada a complementar todos los nutrientes que el niño(a) necesita a esta edad y a lograr el desarrollo normal de la conducta alimentaria.

b) Alimentación del niño(a) de 12 – 24 meses de edad:

En esta etapa la velocidad de crecimiento disminuye, lo que produce un descenso relativo de las necesidades nutricionales (en relación al peso). El apetito del niño(a) está orientado a satisfacer las necesidades energéticas, así a medida que incrementa la densidad energética y la consistencia de los alimentos, disminuye el volumen ingerido y se produce una disminución fisiológica del apetito.

A esta edad el niño(a) se adscribe paulatinamente a los horarios de alimentación del resto de la familia. Un niño(a) con un buen estado nutricional, debe quedar con 4 horarios definitivos (desayuno, almuerzo, lonche y comida).

El momento de las comidas debe ser compartido, toda vez que se pueda, con el resto del grupo familiar, con la máxima frecuencia que permitan las actividades del grupo y las necesidades de alimentación y del ciclo sueño-vigilia del menor. La participación del niño(a) en su propia comida y en la del grupo familiar debe representar, para todos, una experiencia de socialización positiva, que de ninguna manera se asocie a reproches, castigo o imposiciones, pero tampoco a gratificaciones que vayan más allá de la experiencia placentera de alimentarse.³³

a) Alimentos recomendados de 6 a 8 meses:

- Tubérculos: Papa, camote, yuca, oca y arracacha.
- Alimentos de origen animal: Hígado, sangrecita, bazo, yema de huevo y carne.
- Cereales: Fideos, sémola, maicena y otras harinas.
- Además: Arroz, trigo, maíz y chuño.
- Vegetales: Zapallo, zanahoria y espinaca.
- Frutas: Plátano, durazno, papaya y otros.
- Grasas: Aceite y mantequilla.
- Menestras sin cáscara.

b) Alimentos recomendados de 9 a 11 meses:

Todos los alimentos que consume la niña o niño de 6 a 8 meses, más clara de huevo:

- Tubérculos: Papa, camote, yuca, oca y arracacha.
- Alimentos de origen animal: Hígado, sangrecita, bazo, yema de huevo, carne, pescado y bofe.

- Cereales: Fideos, sémola, maicena y otras harinas.
- Además: Arroz, trigo, maíz y chuño.
- Vegetales: Zapallo, zanahoria y espinaca.
- Frutas: Plátano, durazno, papaya y otros.
- Grasas: Aceite y mantequilla.
- Menestras sin cáscara.

c) Alimentos recomendados de 12 a 24 meses:

La niña o niño puede consumir todos los alimentos de la olla familiar.

- Alimentos de origen animal: sangrecita (cuy o pollo), hígado de pollo, pescado, bofe, bazo.
- Cereales y Tubérculos: Fideos, papa, camote, sémola, maicena, etc.
- Vegetales: Agrega a todos los alimentos 1 cucharada de zapallo, zanahoria, espinaca y otros vegetales de diferentes colores (verde oscuro, rojo, anaranjado o amarillos).
- Menestras: Frejoles, pallares, alverja partida sin cáscara.
- Frutas: Plátano de la isla, durazno, papaya y pera (de color anaranjado, rojo, amarillo).
- Grasas: Aceite y mantequilla.³⁴

Para incrementar el contenido de hierro biodisponible mediante la dieta, la sangre de pollo o "sangrecita", es un alimento de gran valor nutricional, su aporte en hierro (29.5 mg/100 mg) es mucho mayor que el hígado (8.6 /100 mg) y Pescado (2.5 - 3.5 mg/100 mg), superando ampliamente el requerimiento diario.

El aporte nutricional recomendado de hierro en los varones a partir de los 6 meses hasta los 18 años es de aproximadamente 11 mg/día, en las mujeres la cantidad de nutrientes que deben consumirse de hierro también es en promedio 11 mg/día desde los 6 meses hasta los 13 años.

a) Cereales

Son el primer alimento distinto de la leche que suele introducirse en la dieta de los lactantes que están con fórmula adaptada. Contribuyen al aporte energético, son fuente de proteínas, minerales, vitaminas y ácidos grasos esenciales. Sus hidratos de carbono son de alto valor energético y absorción lenta, por lo que permiten un mayor espaciamiento de las tomas.

Para preparar las papillas de cereales debe utilizarse la leche habitual (materna o adaptada) y añadir la harina necesaria, manteniendo así el aporte de al menos 500 ml de leche diarios.

b) Frutas

Constituyen el primer alimento que se recomienda introducir en los niños lactados al pecho. En los niños alimentados con fórmula adaptada suele introducirse tras los cereales; aunque puede hacerse al revés, primero la fruta y después los cereales.

Aportan fibra (celulosa), agua, carbohidratos, vitaminas (vit. C, sobre todo) y minerales. Suele iniciarse con manzana, plátano, pera y naranja; añadiendo más tarde fruta del tiempo. Deben utilizarse frutas variadas para contribuir a educar el gusto del niño, pero es preferible evitar las más alergénicas o liberadoras de histamina, como fresas, fresones, melocotones, frambuesas y moras.

Pueden emplearse en forma de papillas o zumo (en este caso, zumos de frutas naturales; y mejor en vaso que en biberón). No se deben endulzar con azúcar ni miel ni leche condensada.

No tiene base nutricional la administración de zumos de fruta en los primeros meses de la vida, siendo probables las reacciones adversas; mejor introducirlos a los 6 meses.

c) Verduras y Legumbres

Suelen introducirse tras la fruta en los niños con lactancia materna y tras los cereales y fruta en los niños con lactancia artificial, hacia el 6to^o mes. El puré se prepara con verduras y hortalizas frescas y variadas y una cucharadita de aceite de oliva en crudo; pudiendo añadirle carne magra (pollo o ternera) una semana más tarde. No debe añadirse sal. Deben cocerse con poca agua y aprovechar el caldo de cocción (minerales).

Se recomienda evitar las verduras flatulentas (col, coliflor, nabo) o muy aromáticas (ajo, espárragos) y retrasar las que tienen potencial metahemoglobinizante (espinaca, remolacha y acelga) hasta los 11-12 meses de edad. La zanahoria, pelada, puede introducirse ya en los primeros purés. También hay riesgo de metahemoglobinemia si se conservan las verduras cocidas en la nevera más de 48 horas.

Las legumbres son nutrientes de alto contenido energético. Se añaden a las verduras progresivamente, en pequeñas cantidades, a partir de los 10-12 meses, aumentando así el aporte de proteínas.

d) Carnes

Aportan proteínas de alto valor biológico, lípidos, minerales, hierro, zinc y vitaminas.

Suelen administrarse como puré de verduras y carne. Bastan 40-50 g/día; primero pollo y después ternera y cordero. Las vísceras (hígado, sesos, etc.) no tienen ventajas sobre la carne magra y aportan un exceso de colesterol y otras grasas; por lo que hoy día, no se recomiendan.

e) Pescado

Sus proteínas son también de gran valor biológico; pueden alternarse con la carne, debiéndose empezar con pescado blanco. Por su mayor potencial antigénico, se recomienda retrasar la introducción del pescado hasta los 9 meses; y en familias con alta incidencia de atopia, incluso hasta pasado el año de edad.

La introducción del pescado azul se retrasará hasta los 15-18 meses.

f) Huevo

La introducción del huevo suele hacerse después de los 9-10 meses, empezando con la yema, en cantidades crecientes, y posteriormente (alrededor del año) la clara del huevo. La yema es buena fuente de proteínas de alto valor biológico, grasas, ácidos grasos esenciales, vitaminas e hierro. La clara también aporta proteínas de alto valor biológico, pero entre ellas se encuentra la ovoalbúmina, que es muy alergénica. No se recomienda el huevo crudo, pues es más alergénico y se digiere peor que cocido.

g) Azúcares refinados y miel

Tienen el inconveniente de inducir hábitos dietéticos inadecuados y son cariogénicos. No debemos adicionar edulcorantes o azúcar para animar a comer a un niño una comida que no le gusta, porque este truco da lugar a costumbres alimentarias incorrectas, y le induce a aceptar sólo alimentos dulces.

h) Agua

Mientras recibe sólo leche materna o fórmula adaptada, el niño no suele requerir líquidos adicionales, salvo en situaciones

extremas de calor o pérdidas aumentadas (como episodios febriles, diarrea, etc...).

Por el contrario, ya que la alimentación complementaria supone una mayor carga renal de solutos, no basta con los líquidos aportados por la leche y otros alimentos, debiendo ofrecerle agua con frecuencia.

i) Leche

La leche de vaca sin modificar se considera inadecuada durante el primer año de vida; entre otras razones por aportar una excesiva carga renal de solutos y favorecer la anemia ferropénica. Si bien, podría iniciarse la introducción del yogur (natural y sin azúcar) a partir de los 7-8 meses de edad.

El papel de la leche de vaca y los productos lácteos en la diversificación de la dieta del lactante es, probablemente, uno de los temas más discutidos, y sólo un reducido número de principios básicos han logrado una amplia aceptación:

El primero es la recomendación de que la leche de mujer, de fórmula o los productos lácteos equivalentes deberán administrarse a lo largo del segundo semestre en cantidades no inferiores a 500 ml. diarios; siendo importante no sustituir otros alimentos por derivados lácteos.

En segundo lugar, que la leche entera de vaca no debe introducirse antes de los 12 meses de edad, por sus efectos desfavorables sobre el metabolismo del hierro, deficiencia en ácidos grasos esenciales y exceso de proteínas.³⁶

La elección de alimentos complementarios depende no sólo de aspectos nutricionales (energía, proteína, micronutrientes que se debe aportar) sino también de los hábitos culturales, de factores biológicos, como la maduración de los procesos

fisiológicos y de factores relacionados con quienes brindan el alimento. Es importante reconocer que las intervenciones nutricionales confrontan siempre con las creencias y hábitos familiares.

Frecuencia de consumo de alimentos

El número de comidas recomendadas también está sujeto a una variedad de factores. Recordar que la ingesta aumenta significativamente al aumentar la frecuencia hasta cinco comidas.³⁷

Proporción de niños de 6 a 24 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves, al iniciar la alimentación complementaria, la frecuencia de consumo del niño o niña es:

- a) 3 veces para niños de 6 a 8 meses.
- b) 4 veces para niños de 9 a 11 meses.
- c) 5 veces para niños de 12 a 24 meses.³⁸

Energía adicional requerida por día, además de la leche materna (Kcal/día):

- a) 6 - 8 meses : 200
- b) 9 – 11 meses: 300
- c) 12 – 24 meses: 550

La cantidad de energía necesaria para cubrir sus necesidades:

- De los 6 a 8 meses el lactante debe recibir de 2 a 3 tiempos de comida por día.
- A los 12 meses el lactante debe recibir 3 a 4 tiempos de comida por día.
- El aumento progresivo de los tiempos de comida desplazará la lactancia materna gradualmente.³⁹

Cuando la densidad energética de los alimentos complementarios comunes es menor de 0,8 kcal/g o los niños consumen cantidades menores a su capacidad gástrica en cada comida, la frecuencia de comidas deberá ser mayor. Este cuadro demuestra el mínimo de densidad energética que debe provenir de alimentos complementarios de acuerdo a varias frecuencias de comidas y niveles de ingesta de leche materna.

Densidad energética (kcal/g) mínima, proveniente de la dieta, requerida para alcanzar el nivel de energía necesario a partir de la alimentación complementaria con 2 a 5 comidas/día para niños en países en vías de desarrollo con una ingesta baja o promedio de energía a partir de la leche materna (ELM).

El requerimiento energético total estimado (ver Dewey y Brown, 2002) está basado en el requerimiento promedio más el 25% (2 DE), para cubrir las necesidades del 97,5% de la población. Se asume una capacidad gástrica funcional (30 g/kg de peso corporal de referencia) de 249 g/comida entre los 6 y 8 meses, 285 g/comida entre los 9 y 11 meses, y 345 g/comida entre los 12 y 23 meses.

- ELM baja: 217 kcal/d entre los 6 y 8 meses, 157 kcal/d entre los 9 y 11 meses, y 90 kcal/d entre los 12 y 23 meses (OMS/UNICEF, 1998).
- ELM promedio: 413 kcal/d entre los 6 y 8 meses, 379 kcal/d entre los 9 y 11 meses, y 346 kcal/d entre los 12 y 23 meses (OMS/UNICEF, 1998).

Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo. El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos

locales y las cantidades normalmente consumidas durante cada comida.

Además, las meriendas nutritivas (como una fruta, un pedazo de pan o pan árabe con pasta de nueces) pueden ser ofrecidas 1 o 2 veces al día, según lo desee el niño. Las meriendas se definen como alimentos consumidos entre comidas, siendo generalmente alimentos que los niños consumen por sí mismos y que son convenientes y fáciles de preparar. Si la densidad energética o la cantidad de alimentos en cada comida es baja, o el niño ya no es amamantado, es posible que se requiera de comidas más frecuentes.

Una frecuencia de comidas mayor a la necesaria puede resultar en una disminución de la ingesta de leche materna. Además, la preparación y alimentación de comidas al día requiere de una cantidad considerable de tiempo y esfuerzo por parte de las personas responsables de alimentar a los niños, lo cual puede impulsarlas a guardar los alimentos preparados para la siguiente comida, y así aumentar el riesgo de contaminación microbiológica. Todo lo indicado debe ser tomado en cuenta cuando se desarrollan mensajes sobre la frecuencia de comidas. El uso de 1 a 2 meriendas nutritivas al día, por ejemplo un pedazo de fruta o pan no requerirá tiempo de preparación y es menos probable que desplace a la leche materna.⁴⁰

Cantidad de alimentos ricos en hierro

El hierro (Fe) es un metal fundamental involucrado en reacciones metabólicas de transferencia de electrones (citocromos, peroxidases) y en transportadores de O₂ (hemoglobina, mioglobina). El exceso de hierro es nocivo para las células, por lo que se requiere de un proceso meticuloso de regulación, para mantener el equilibrio en el metabolismo del Fe. El mayor capital férrico se encuentra en los hematíes circulantes (1mg de Fe c/ml

de células). El contenido de hierro se ajusta regulando la absorción, ya que la pérdida en condiciones normales es escasa. En los últimos años se han comprendido mejor los mecanismos moleculares involucrados en el metabolismo del hierro y descubierto alteraciones genéticas claves para este equilibrio.⁴¹

La ingesta suficiente de hierro es importante, ya que, como parte de las proteínas (enzimas), este mineral ayuda al organismo:

- A almacenar y transportar oxígeno a todos los tejidos.
- A producir energía.
- A proteger las células contra los efectos nocivos de los radicales libres
- A protegerse a sí mismo contra bacterias produciendo radicales libres como parte de su respuesta inmunitaria.⁴²

El hierro puede provenir de fuentes de origen animal o vegetal:

- Animal (hemo o hemínico): forma parte de la hemoglobina o mioglobina animal. Sólo se encuentra en las carnes (ternera, cerdo, cordero) y derivados (jamón serrano, jamón cocido, patés, morcilla), aves (pollo, pavo, codorniz y perdiz), pescados y mariscos (bacalao, pescadilla, besugo, sardinas frescas, sardinas en aceite, gambas, anchoas, etc).
- Vegetal (no hemo o no hemínico): cuando no forma parte de la hemoglobina sino de cualquier otro compuesto. Son fuente de hierro no hemo: las verduras, especialmente las de hoja verde (espinaca, acelgas, coles, espárragos, escarola, endibias, brotes de soja, grelos, nabos, berro, cardo, guisantes, zanahoria) las legumbres (alubias, germen de trigo, soja en

grano, pan), cereales y frutos secos. El huevo aunque no es vegetal posee hierro no hemo.⁴³

Los alimentos de origen animal son de gran importancia en la alimentación del niño, puesto que proporcionan micronutrientes esenciales, sobre todo hierro, zinc, calcio y vitamina A. Estudios realizados por el Instituto de Investigación Nutricional (IIN), demuestran que los alimentos de origen animal, sobre todo las carnes, son bajos.

El consumo de huevos, aunque es bajo, aumenta con la edad, lo que no sucede con las carnes, pescado e hígado hasta el segundo año. En los últimos años, el hígado de pollo ha ido posicionándose como un alimento bastante utilizado por las madres en el primer año de vida de sus niños.⁴⁴

Al iniciar la alimentación complementaria, la niña o niño consume de 3 a 5 cucharadas de papilla la cual incluye 1 cucharada de alimento de origen animal, cuando consuma de 5 a 7 cucharadas de papilla debe contener 2 cucharadas de alimento de origen animal y por último, cuando consuma de 7 a 10 cucharas también debe consumir 2 cucharadas de origen animal.⁴⁵

Porcentaje de energía a partir de alimentos complementarios que debe proporcionarse en forma de grasa para preparar dietas con el 30% o el 45% del total de energía como grasa, para niños en países en vías de desarrollo, según grupo etáreo y nivel de ingesta de leche materna.

El requerimiento total de energía está basado en estimaciones descritas en Dewey y Brown, 2002. Estas estimaciones asumen que las madres están bien nutridas, tienen una concentración de grasa de 38 g/L en la leche materna y una densidad energética de la leche materna de 0,68 kcal/g.

- ELM baja: 217 kcal/d entre los 6 y 8 meses, 157 kcal/d entre los 9 y 11 meses, y 90 kcal/d entre los 12 y 23 meses (OMS/UNICEF, 1998).
- ELM promedio: 413 kcal/d entre los 6 y 8 meses, 379 kcal/d entre los 9 y 11 meses, y 346 kcal/d entre los 12 y 23 meses (OMS/UNICEF, 1998).
- ELM alta: 609 kcal/d entre los 6 y 8 meses, 601 kcal/d entre los 9 y 11 meses, y 602 kcal/d entre los 12 y 23 meses (OMS/UNICEF, 1998).⁴⁶

Administración de sulfato ferroso

Se ha comprobado que la administración de suplementos de hierro aumenta eficazmente las concentraciones de hemoglobina en niños, especialmente en los que sufren de anemia.⁴⁷

La proporción del hierro que se absorbe depende de la forma química en que se encuentre en los alimentos. Existen dos formas:

- Hierro hemo: se encuentra formando parte de la hemoglobina y mioglobina en la carne y pescado. Sólo representa una pequeña proporción del hierro de los alimentos, tiene un alto porcentaje de absorción, en torno al 25%, gracias a una proteína transportadora.
- Hierro no hemo: se encuentra abundantemente en los alimentos, sobre todo de origen vegetal, su absorción es solamente de un 5-10% y depende de factores dietéticos y fisiológicos. El hierro no hemo se encuentra principalmente oxidado, en forma férrica (Fe³⁺). Los iones Fe³⁺ se absorben

con dificultad y necesitan proteínas de la familia de las integrinas.⁴⁸

Administración de suplementación de micronutrientes

A partir de los seis meses, cuando el lactante comienza a recibir alimentos semisólidos, la ingesta de varias vitaminas y minerales puede ser insuficiente para sus necesidades, aumentando así su riesgo de padecer anemia y otras carencias de micronutrientes.

Los suplementos de micronutrientes en polvo son paquetes monodosis de hierro y otras vitaminas y minerales en forma de polvos que se pueden esparcir sobre cualquier alimento semisólido listos para consumir elaborado en el hogar o en cualquier otro lugar de consumo. El producto en polvo se utiliza para aumentar el contenido de micronutrientes de la dieta del lactante sin cambiar su régimen alimenticio habitual.⁴⁹

Para los niños pequeños, los micronutrientes son esenciales para el crecimiento, el desarrollo y la prevención de enfermedades. Es una alternativa innovadora y efectiva para prevenir y controlar las deficiencias de vitaminas y minerales esenciales, entre ellos la anemia. Es una mezcla básica de cinco micronutrientes.

50

Comprobada eficacia. Existen numerosas investigaciones científicas que han comprobado su eficacia para reducir y controlar la deficiencia de hierro. La mayoría de estos han mostrado una reducción igual o mayor a 20 puntos porcentuales (estudios de Canadá, Ghana, Bangla Desh, India, Pakistán, México, Haití entre otros).

Mayor aceptabilidad y adherencia. Los estudios también han mostrado una mayor aceptabilidad y adherencia al suplemento, comparado con jarabes de sulfato ferroso, por su mejor sabor y

fácil administración. El hierro está cubierto por una cápsula lipídica (grasa) de soya, que encubre el sabor metálico del hierro y mejora la tolerancia gastrointestinal.

El tipo de envase facilita la exactitud de la dosificación, y evita sobredosis. El niño necesitaría consumir 20 sobres para ser tóxico. Se mezcla fácilmente con los alimentos. Se agrega un sobrecito a una pequeña porción de comida del bebé, se mezcla y se le da.

El envasado facilita la logística: menos peso, menos espacio, menos vulnerabilidad de romperse o dañarse. Además tiene un aspecto atractivo y moderno que incrementa su aceptabilidad.⁵¹

a) Hierro

En los alimentos, el hierro puede presentarse como hierro hemo, incorporado a moléculas orgánicas (hemoglobina, miohemoglobina), o como hierro inorgánico, este último es el más abundante. La absorción del Fe depende de los niveles corporales del nutriente, de la biodisponibilidad y de factores que actúan como promotores o inhibidores de la absorción.

- Fuentes Naturales:

Hierro hemínico: carnes (vaca, pollo, pescado, hígado, riñón).

Hierro no hemínico: lentejas, garbanzos, porotos, cereales fortificados, lácteos fortificados, vegetales verdes.

- Fuentes farmacológicas:

Hierro sulfato.⁵²

Como regla, durante el período de la alimentación complementaria, se debe preferir los alimentos fortificados a la suplementación con hierro. Es necesario tener cuidado con la suplementación con hierro en lugares donde la prevalencia de la malaria y de otras enfermedades infecciosas sea elevada. Si

se emplean suplementos con hierro, no deben ser administrados a niños que tengan suficientes reservas de este mineral ya que, en estos niños, parece ser mayor el riesgo de aparición de eventos adversos graves. En estas zonas, la prevención y el manejo de la anemia requieren de un sistema de 'tamizaje' que permita la identificación de niños con deficiencia de hierro y de la accesibilidad a tratamiento antimalárico y anti-infeccioso apropiados.⁵³

b) Zinc

Es un mineral traza o micronutriente considerado esencial, que cumple una función clave para el crecimiento celular, específicamente en la producción de enzimas necesarias para la síntesis de ARN y ADN y en la función inmune. Se postula que la deficiencia de Zinc es muy frecuente en niños de países en desarrollo, manifestándose por retardo en el crecimiento físico y motor y por aumento en el riesgo de infecciones, especialmente gastroenteritis y diarrea.

Con un comportamiento similar al Fe, se ha planteado la posibilidad de su carencia en los niños con lactancia exclusiva. Sin embargo los estudios de balance de Zinc en niños normales con lactancia exclusiva muestran que la absorción neta positiva es similar a los requerimientos estimados para crecimiento hasta aproximadamente los 5-6 meses. El riesgo de no cubrir los requerimientos aparece después de los seis meses. Los productos animales son la mejor fuente de Zinc de la dieta, tanto por el contenido como por la biodisponibilidad. La alimentación complementaria debe proveer del 84 al 89% del requerimiento de Zinc entre los 6-24 meses, lo que representa a los 6-9 meses entre 50-70 g de hígado o carne magra o 40 g de pescado/día para cubrir el requerimiento.⁵⁴

El zinc es importante para el crecimiento celular, la diferenciación celular y el metabolismo, y su carencia restringe el crecimiento infantil y disminuye la resistencia a las infecciones. Aunque raramente se producen carencias graves de zinc en el ser humano, sí que puede existir una carencia leve o moderada a nivel mundial.

Los datos disponibles no son concluyentes, si bien sugieren que la administración de suplementos de zinc puede ayudar a aumentar el crecimiento lineal en menores de cinco años.⁵⁵

Se recomienda la suplementación con zinc como parte del tratamiento de la diarrea. Se debe administrar zinc (20 mg/día) durante 10–14 días, a todos los niños con diarrea.⁵⁶

c) Ácido Fólico

Es un hidrosoluble necesario para la formación de proteínas estructurales y básico para la formación del grupo hemo, la parte de la hemoglobina que contiene el hierro. Cumple un papel fundamental en el desarrollo del ADN y es esencial para sintetizar el ARN (ácido ribonucleico) necesario para formar las proteínas y los tejidos del cuerpo. Indispensable tanto en el desarrollo y crecimiento celular como en la formación de tejidos. Se absorbe en el intestino delgado y luego se distribuye a través de la circulación sanguínea y se almacena en el hígado. Es necesario ingerirlo diariamente.⁵⁷

d) Vitamina A

El 90% de su almacenamiento se produce en el hígado. Interviene en el proceso de la visión y en las funciones inmunes. Es esencial para el metabolismo, crecimiento, diferenciación y proliferación celular. La deficiencia puede producir ceguera nocturna, xeroftalmía, hiperqueratosis y retardo de crecimiento. Deficiencias subclínicas se asocian con

un mayor riesgo de infecciones y el déficit crónico con mayores tasas de mortalidad infantil.⁵⁸

La OMS y el UNICEF recomiendan la suplementación universal con vitamina A como una prioridad para niños de 6–59 meses de edad en países con un riesgo elevado de deficiencia. En estos países, se debe administrar una dosis elevada de vitamina A, a los niños con sarampión, diarrea, enfermedad respiratoria, varicela, otras infecciones graves o desnutrición aguda grave, y a los que viven en la vecindad de niños con deficiencia de vitamina A.⁵⁹

e) Vitamina C

El ácido ascórbico actúa principalmente como agente antioxidante y reductor. Como agente reductor actúa como cofactor en diversas reacciones enzimáticas esenciales implicadas en el desarrollo normal del cartílago y hueso (las más ampliamente estudiadas).

También es importante su actividad para el metabolismo del hierro de los depósitos y como estimulante de su absorción.⁶⁰

Esquema de suplementación:

- En niñas y niños nacidos a término (mayor de 37 semanas) y con peso igual o mayor a 2,500 gramos.
- A partir de los 6 meses recibe 01 sobre de Multimicronutrientes por día durante 12 meses continuos. (360 sobres en total).

a) Indicaciones para la administración del suplemento de multimicronutrientes en polvo:

- En el plato servido, separar dos cucharadas de la comida de la niña o niño. El alimento debe encontrarse tibio y ser de consistencia espesa o sólida, según la edad de la niña o niño.

- Mezclar bien el total del contenido del sobre de multimicronutrientes con las 2 cucharadas de comida separadas.
- Primero alimentar al niño con esta mezcla y luego, continuar con el resto del plato servido.

b) Recomendaciones para la administración del suplemento de multimicronutrientes en polvo:

- Antes de manipular el sobre no olvide lavar sus manos con agua y jabón.
- Al abrir el sobre, corte o rasgue cuidadosamente el borde o esquina para evitar derramarlo.
- Separe del plato de la niña o del niño una pequeña porción de alimentos semisólidos como puré, frutas machacadas, macarrones, frijoles molidos con plátano, huevo picado y otras preparaciones similares, después de que haya sido cocinado y esté tibio, luego mezclar el contenido de un sobre.
- Asegúrese de que la cantidad de alimento se mezcle bien después de haber agregado el sobre.
- No dar más de un sobre completo por día.
- Los multimicronutrientes en polvo, no deben mezclarse con alimentos líquidos tales como refrescos, leche, café, y sopas ya que el hierro por estar encapsulado en una fina capa de grasa, flota en alimentos líquidos.
- La comida que ha sido mezclada con los multimicronutrientes en polvo, se debe consumir dentro de los treinta minutos

después de mezclada, luego de este tiempo los alimentos gradualmente se oscurecerán.

- Es importante informar a las madres, padres o responsables del cuidado de las niñas y los niños, que los multimicronutrientes en polvo, no es un sustituto para los alimentos nutritivos por lo que deben seguir alimentando a sus hijos con una variedad de alimentos nutritivos y de buena calidad de acuerdo a sus posibilidades.

c) Monitorear el consumo de los suplementos con multimicronutrientes y hierro, y fortalecer los mensajes del beneficio de esta suplementación y verificar lo siguiente:

- Consumo del suplemento de multimicronutrientes con preparaciones sólidas/semisólidas y frecuencia del consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro.
- Prácticas adecuadas de almacenamiento y conservación del suplemento de los multimicronutrientes (bien cerrados y protegidos de la luz solar y la humedad).
- Explorar sobre ocurrencia de efectos no deseados relacionados con el consumo de los suplementos y práctica adoptada por los padres o cuidadores en tal caso
- Las prácticas de lavado de manos, condiciones sanitarias del domicilio (consumo de agua segura y eliminación adecuada de residuos sólidos) y condiciones de higiene de la madre y/o cuidador.
- Según la situación encontrada en la familia, se brindará orientación, consejería, consulta y/o demostración,

fortaleciendo los mensajes del beneficio de la suplementación con multimicronutrientes.

- Cumplimiento del esquema de vacunación según la edad de la niña y niño; y práctica de lactancia materna exclusiva y prolongada según corresponda.⁶¹

Teorías de enfermería que sustentan la investigación

RAMONA MERCER “ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL”

La Teoría de Mercer se basa en una amplia investigación en los años 60 la cual proviene de la admiración de Mercer por su profesora y tutora Reva Rubin en la Universidad de Pittsburgh. Rubin es muy conocida por su trabajo en la definición de la identidad del rol maternal como proceso de unión al niño y a la identidad o verse a uno mismo en el rol o sentirse cómodo con él. Además utilizó las teorías de Rol y de Desarrollo y en gran medida un planteamiento interactivo con respecto a la teoría del rol, recurriendo a la teoría sobre la presentación del rol y a la teoría de Turner sobre el núcleo del Yo. También se basó en las teorías de proceso de desarrollo de Werner y Erickson para su teoría de adopción del rol materno. Son variadas las teorías en las cuales Mercer se basa; como la de Von Bertalanfy, planteamientos de Bronfenbrenner, investigación de Gottlieb sobre los roles de unión y de cuidado. Destacablemente se basó en las teorías de Rubin. Mercer utiliza los círculos de Bronfenbrenner, como un planteamiento general de los sistemas.

NOLA J. PENDER “MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD”

El Modelo de Promoción de la Salud ha sido utilizado por los profesionales de Enfermería en la última década, con frecuencia en diferentes situaciones que van desde la práctica segura del uso de guantes en las enfermeras hasta la percepción de la salud de los pacientes, pero particularmente dirigido a la promoción de conductas saludables en las personas, lo que indudablemente es

una parte esencial del cuidado enfermero tal como se evidencia en los trabajos publicados los cuales conservan un interés genuino e implícito hacia el cuidado, el mejoramiento de la salud y la generación de conductas que previenen la enfermedad.

Este modelo parece ser una poderosa herramienta utilizada por las(os) enfermeras(os) para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, señalado por Nola Pender en su modelo, el cual es utilizado por los profesionales de enfermería para valorar la pertinencia de las intervenciones y las exploraciones realizadas en torno al mismo.

Sería deseable documentar en mayor medida el sentido de las relaciones planteadas en el modelo a fin de fortalecer su solidez teórica y empírica, por lo que seguramente en un futuro surgirán nuevas interrogantes alrededor de esta propuesta.

Podemos concluir que conocer y explorar el tipo de investigaciones que se realizan, la relación de éstas con las teorías y constructos propios de la disciplina, la utilidad de las mismas y su impacto en la consecución de mejores oportunidades y calidad de vida, fortalece nuestra disciplina y fundamenta su quehacer ya que orienta de manera objetiva hacia los intereses de los profesionales y las necesidades de los pacientes.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Prácticas alimentarias:

La práctica alimentaria corresponde al término genérico que reúne el conjunto de las prácticas sociales relativas a la alimentación del ser humano. Influenciadas por la cultura, la religión o las tendencias, las prácticas alimentarias evolucionan con el tiempo.⁶²

Anemia Ferropénica:

Anemia ferropénica o anemia por deficiencia de hierro. La anemia es una afección en la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. El hierro es un pilar fundamental e importante para los glóbulos rojos. Cuando el cuerpo no tiene suficiente hierro, produce menos glóbulos rojos o glóbulos rojos demasiado pequeños. Esto se denomina anemia ferropénica.⁶³

Hierro:

El hierro es un mineral necesario para el crecimiento y el desarrollo del cuerpo. Es el oligoelemento más abundante del organismo, es un componente de la hemoglobina responsable del transporte del oxígeno de los pulmones a las distintas partes del cuerpo. El hierro también es esencial en la elaboración de hormonas y los tejidos conectivos.⁶⁴

Alimentación:

El término alimentación se define como el acto de incorporar en el organismo los alimentos necesarios para cumplir con las funciones vitales. Básicamente se trata de obtener la energía mediante el proceso de nutrición.⁶⁵

Alimento:

Un alimento es cualquier sustancia que toma o recibe un ser vivo para su nutrición; es el componente esencial de la vida desde el nacimiento hasta la muerte, porque proporciona una mezcla compleja de sustancias químicas que hace posible que el cuerpo construya y mantenga sus órganos y le suministra la energía para desarrollar sus actividades.⁶⁶

Micronutrientes:

Los micronutrientes son aquellas sustancias químicas que, ingeridas en pequeñas cantidades, permiten regular los procesos metabólicos y bioquímicos de nuestro organismo: Son las vitaminas y los minerales, sustancias de carácter orgánico e inorgánico que cumplen una función esencial en nuestros procesos nutritivos, pese a que no aportan energía.⁶⁷

Sulfato Ferroso:

Forma del mineral hierro que se usa para tratar la anemia que resulta de tener concentraciones bajas de hierro en la sangre. La anemia es una afección en la que el número de glóbulos rojos es bajo. El sulfato ferroso es un tipo de antianémico y de suplemento alimentario.⁶⁸

2.4. VARIABLES**2.4.1. Definición conceptual de la variable:**

La OMS brinda lineamientos con pruebas científicas en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, donde señala la importancia de la nutrición en los primeros meses y años de la vida, y el papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correctas para lograr un estado de salud óptimo. Las buenas prácticas de alimentación que implementan las madres permiten iniciar estilos de vida saludables en la infancia y mejorar el estado de salud en la vida adulta. Son todas las acciones que realiza la madre durante la alimentación del niño, la cual es fundamental para la salud, nutrición y el crecimiento infantil. Proceso completo de toma de decisiones de la madre sobre la preparación, tipo de alimento, frecuencia, cantidad de los alimentos del niño.

2.4.2 Definición operacional de la variable:

Respuestas de las madres obtenidas al aplicar con el cuestionario que mide el tipo de alimento, frecuencia y cantidad de alimentos ricos en hierro, cumplimiento de administración de sulfato ferroso y micronutrientes indicados para el cuidado adecuado en niños con anemia ferropénica.

2.4.3 Operacionalización de la variable:

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
ALIMENTACIÓN PARA EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 18 MESES CON ANEMIA FERROPÉNICA	• Tipo de alimento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sangre de pollo cocida ✓ Bazo de vaca ✓ Hígado de pollo ✓ Carne de res ✓ Pescados ✓ Pollo ✓ Espinaca ✓ Zapallo ✓ Zanahoria 	Nominal
	• Frecuencia de consumo de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 3 veces para niños de 6 a 8 meses ✓ 4 veces para niños de 9 a 11 meses ✓ 5 veces para niños de 12 a 24 meses 	
	• Cantidad de alimentos ricos en hierro	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 a 2 cucharadas para niños de 6 a 8 meses ✓ 2 cucharadas para niños de 9 a 11 meses ✓ 2 cucharadas para niños de 12 a 24 meses 	
	• Administración de sulfato ferroso	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Frecuencia ✓ Cantidad ✓ Forma de Administrar 	

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo cuantitativo debido a que se obtienen datos susceptibles a ser medidos y a realizar un análisis estadístico acerca de las prácticas alimentarias que implementan las madres en el cuidado en niños con anemia ferropénica.

El método utilizado será descriptivo ya que nos permite mostrar la información tal como se obtenga de acuerdo a la realidad, de corte transversal porque se dará en un determinado tiempo.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El Hospital de Tingo María, se encuentra ubicado en la ciudad de Tingo María, Distrito de Rupa Rupa, Provincia de Leoncio Prado, Departamento de Huánuco. El Hospital de Tingo María, es el establecimiento de referencia para los 45 Establecimientos de Salud (05 Centros de Salud y 40 Puestos de Salud) de las 07 Micro Redes de la Red de Salud Leoncio Prado (Provincia de Leoncio Prado, Distrito de Monzón y parte de los Distritos de Chinchao y Chaglla); así como para los 14 Establecimientos (01 Centro de Salud y 13 Puestos de Salud) de la Red N° 4, Micro Red N° 1 correspondiente al Distrito de Padre Abad– Aguaytía y parte del Distrito

de Irazola (Región Ucayali) y para los 32 establecimientos de la RS. Tocache (01 Hospital de Apoyo, 02 Centros de Salud y 29 Puestos de Salud).

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

La población en estudio estará constituida por 180 madres de niños entre 6 meses a 18 meses con diagnóstico de anemia y que acuden al Hospital de Tingo María.

Muestra:

La selección de la muestra se realizará mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia; considerando criterios de inclusión y exclusión.

Fórmula de muestra

$$N = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{E^2 (n - 1) + Z^2 \cdot Q \cdot P}$$

N: Población

Z: Nivel de confianza

P: q

E: Error

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica:

La técnica que se utilizará es la Entrevista.

Instrumento:

El instrumento que se utilizará será un cuestionario; el cual permitirá recolectar información para determinar las prácticas alimentarias de las madres para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica

que acuden al Hospital Tingo María, en el año 2017. El cuestionario cuenta con 41 preguntas que incluyen mis 5 dimensiones, tipo de alimento, frecuencia de consumo de alimentos, cantidad de alimentos ricos en hierro, administración de sulfato ferroso y administración de suplementación de micronutrientes, de los cuales las preguntas salen de mis indicadores, el cuestionario está dividido en 3 secciones, niños de 6 a 8 meses, niños de 9 a 11 meses y niños de 12 a 24 meses. Las respuestas serán dicotómicas, será de carácter anónima y al final se muestra un consentimiento informado.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Este instrumento está validado por 5 jueces expertos. La validez del instrumento se realizó a través del Juicio de expertos, los expertos fueron en número de 5, conformados por 4 enfermeras especializadas en el área, 1 metodólogo. Se determinó la confiabilidad del instrumento a través de la prueba piloto al 10% de la población.

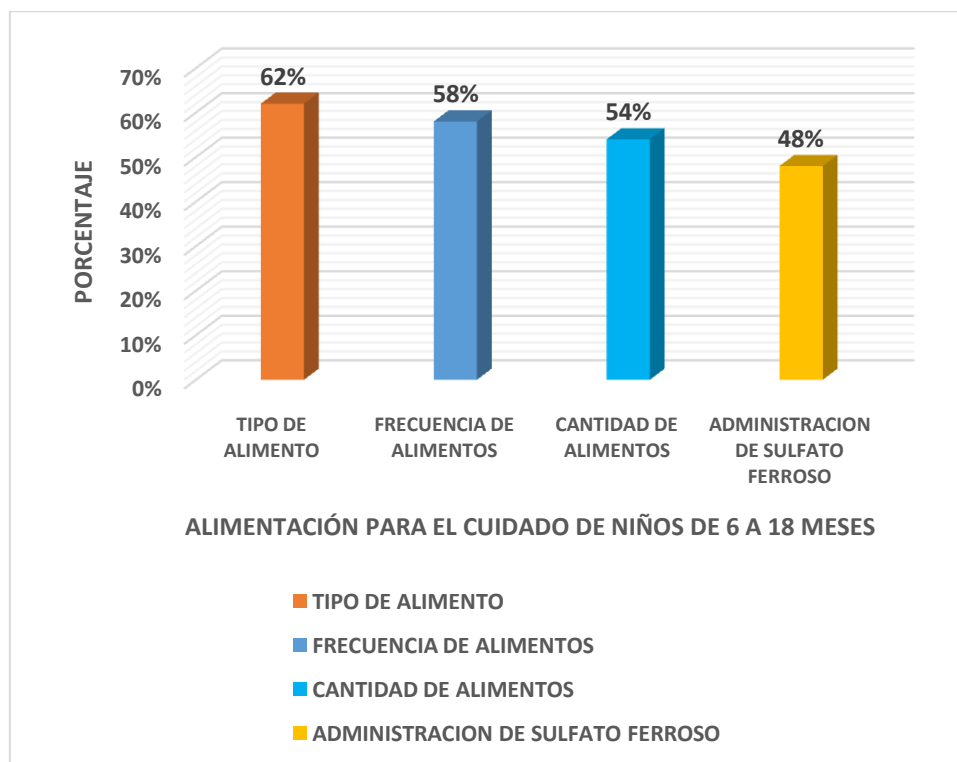
3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

En primer lugar, se realizaron los trámites administrativos mediante un oficio dirigido a la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, para solicitar el permiso que permita la aplicación del instrumento.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

GRÁFICA 1

ALIMENTACIÓN PARA EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 18 MESES CON ANEMIA FERROPÉNICA QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE TINGO MARÍA - 2017.



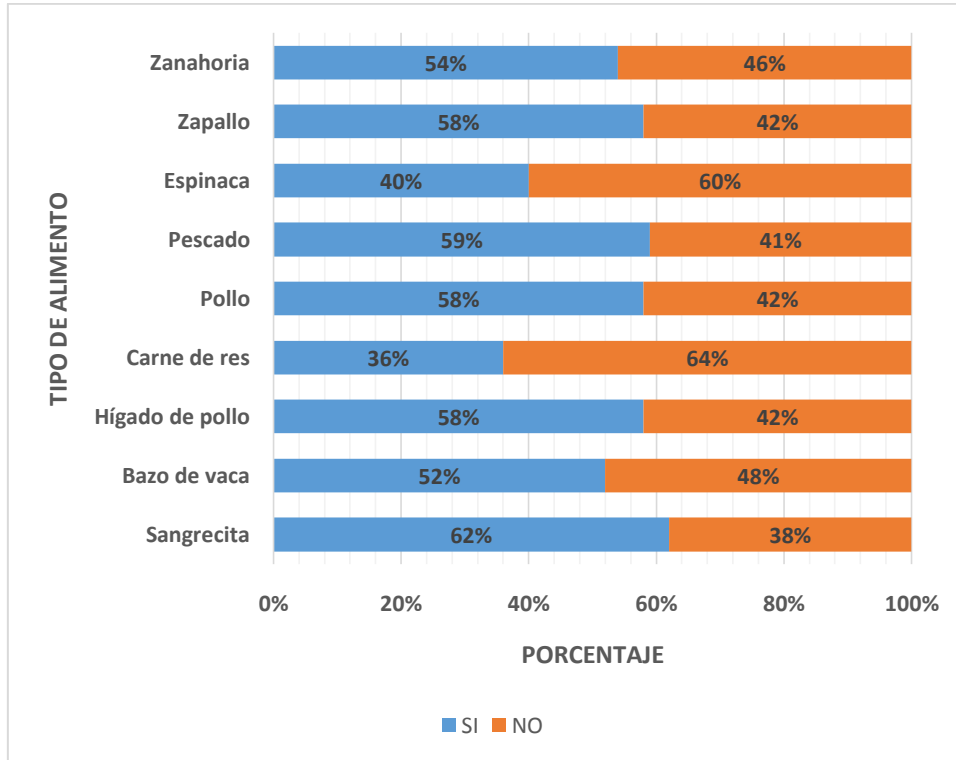
INTERPRETACIÓN DE LA GRÁFICA 1

La alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica que acuden al Hospital de Tingo María, es en el aspecto tipo de alimento donde se practica mejor con un 62%, seguido de la frecuencia de consumo de alimentos en un 58%, luego la cantidad de alimentos ricos en hierro en un 54% y finalmente en menor porcentaje administración de sulfato ferroso en un 48%. Respecto al tipo de alimento, consumen: sangrecita 62%, pescado 59%, pollo 58%, zapallo 58% e hígado de pollo 58%, zanahoria 54%, bazo de vaca 52%, seguido de la frecuencia de consumo de alimentos en un 58%. Respecto a la frecuencia de consumo de alimentos, consumen: 2 veces al día 58%, 3 veces al día 52%, 1 vez al día 34% y 4 veces al día 26%.

Respecto a la cantidad de alimentos ricos en hierro, consumen: 2 cucharadas 58%, 3 cucharadas 43%, 1 cucharada 36%.

GRÁFICA 2

ALIMENTACIÓN PARA EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 18 MESES CON ANEMIA FERROPÉNICA, RESPECTO AL TIPO DE ALIMENTO.

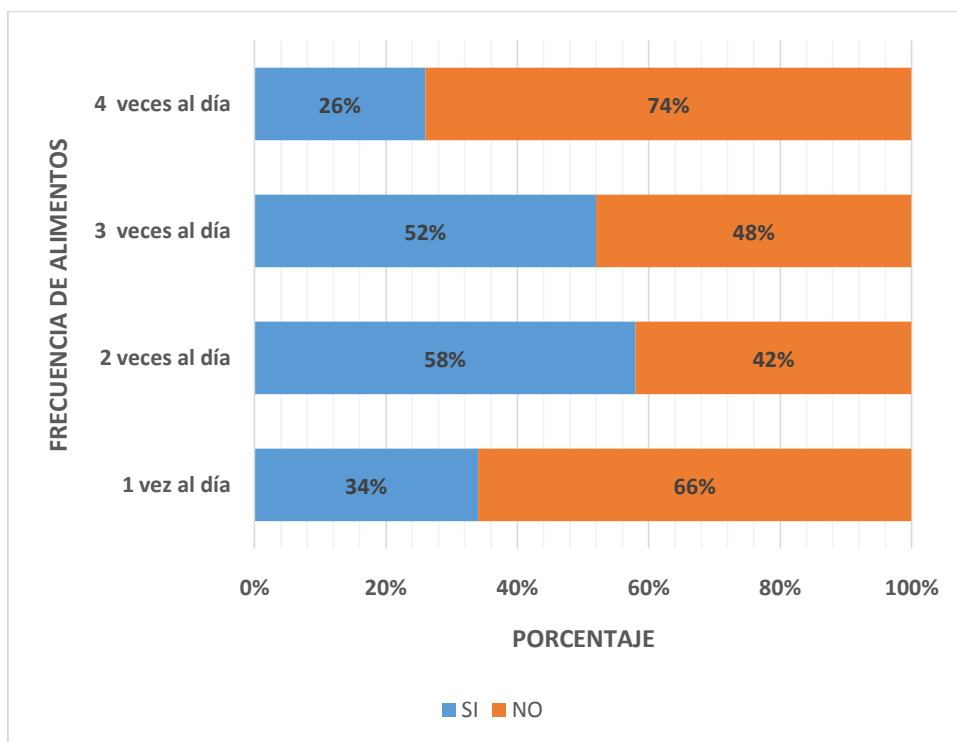


INTERPRETACIÓN DE LA GRÁFICA 2

La alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto al tipo de alimento, que acuden al Hospital de Tingo María, consumen: sangrecita 62%, pescado 59%, pollo 58%, zapallo 58% e hígado de pollo 58%, zanahoria 54%, bazo de vaca 52%, seguido de la frecuencia de consumo de alimentos en un 58%.

GRÁFICA 3

ALIMENTACIÓN PARA EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 18 MESES CON ANEMIA FERROPÉNICA, RESPECTO A LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS.

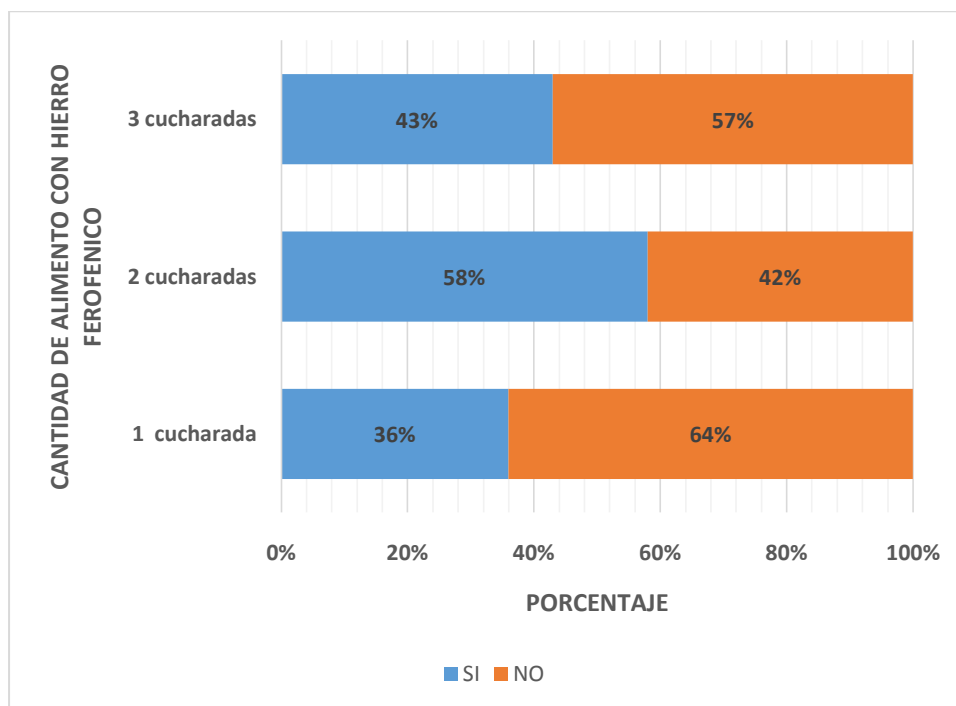


INTERPRETACIÓN DE LA GRÁFICA 3

La alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto a la frecuencia de consumo de alimentos, que acuden al Hospital de Tingo María, consumen: 2 veces al día 58%, 3 veces al día 52%, 1 vez al día 34% y 4 veces al día 26%.

GRÁFICA 4

ALIMENTACIÓN PARA EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 18 MESES CON ANEMIA FERROPÉNICA, RESPECTO A LA CANTIDAD DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO.

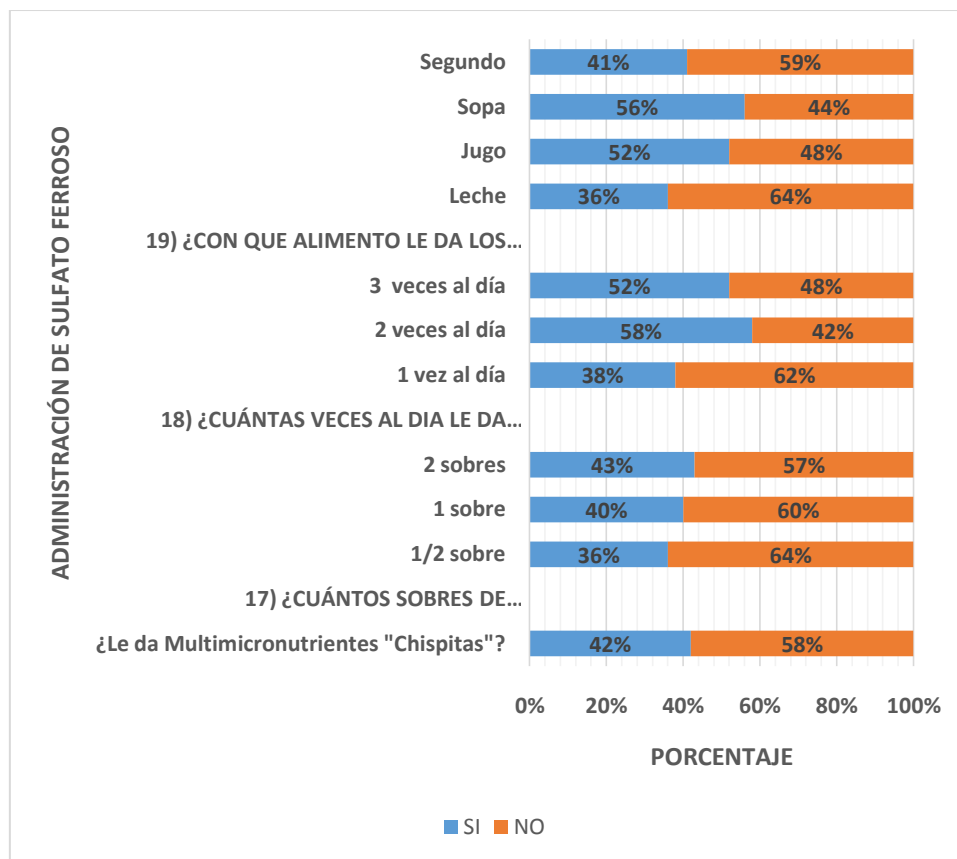


INTERPRETACIÓN DE LA GRÁFICA 4

La alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto a la cantidad de alimentos ricos en hierro, que acuden al Hospital de Tingo María, consumen: 2 cucharadas 58%, 3 cucharadas 43%, 1 cucharada 36%.

GRÁFICA 5

ALIMENTACIÓN PARA EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 18 MESES CON ANEMIA FERROPÉNICA, RESPECTO A LA ADMINISTRACIÓN DE SULFATO FERROSO.



INTERPRETACIÓN DE LA GRÁFICA 5

La alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto a la administración de sulfato ferroso, que acuden al Hospital de Tingo María: le dan micronutrientes "chispitas" 42%, no le dan sobres de micronutrientes 60%, le dan con frecuencia en el día 38% y les dan con alimentos: sopa 56%.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

La alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica que acuden al Hospital de Tingo María, es en el aspecto tipo de alimento donde se practica mejor con un 62%, seguido de la frecuencia de consumo de alimentos en un 58%, luego la cantidad de alimentos en un 54% y finalmente en menor porcentaje administración de sulfato ferroso en un 48%. Respecto al tipo de alimento, consumen: sangrecita 62%, pescado 59%, pollo 58%, zapallo 58% e hígado de pollo 58%, zanahoria 54%, bazo de vaca 52%, seguido de la frecuencia de consumo de alimentos en un 58%. Respecto a la frecuencia de consumo de alimentos, consumen: 2 veces al día 58%, 3 veces al día 52%, 1 vez al día 34% y 4 veces al día 26%. Respecto a la cantidad de alimentos ricos en hierro, consumen: 2 cucharadas 58%, 3 cucharadas 43%, 1 cucharada 36%. Coincidiendo con HUALCA (2016) “Las conclusiones fueron: Al ejecutar la investigación se pudo evidenciar que el 57% de la población infantil presenta anemia ferropénica, los factores de riesgo que manifiestan son la falta de instrucción de la madre en un 21%, presencia de anemia durante el embarazo 40%, peso menor a 2500 gramos al nacer el niño 35%, lactancia materna exclusiva el 48%, la alimentación complementaria carece de verduras, legumbres, cítricos y carnes en un 65%, por lo que los niños no cuentan con fuentes de hierro en su alimentación diaria. Ante estos resultados se diseñan e implementan estrategias preventivas en base a la educación a los padres y madres de los niños menores de 2 años que acuden al Centro de Salud para disminuir los factores de riesgo que presenta dicha población, obteniendo buenos resultados debido a que se mejoró el nivel de conocimiento sobre la patología, beneficios de la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria adecuada.” Coincidiendo además con CHAFLOQUE (2010) “Las conclusiones fueron: Se encontró una incidencia de 50 casos de niños con persistencia de anemia de 200 niños identificados con anemia a Setiembre del 2009 en el C.S. Conde de la Vega Baja, la inadecuada cantidad de alimentos que brinda la madre por comida al niño según su edad (80%); con el agravante que el niño no consume en su totalidad la ración brindada (73.3%); así también la frecuencia con la que se brinda dichos alimentos no es la correcta (60%). Por lo que se concluye que la persistencia de anemia en lactantes estaría

relacionada con prácticas alimentarias inadecuadas que implementan las madres.”

OBJETIVO ESPECÍFICO 1

La alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto al tipo de alimento, que acuden al Hospital de Tingo María, consumen: sangrecita 62%, pescado 59%, pollo 58%, zapallo 58% e hígado de pollo 58%, zanahoria 54%, bazo de vaca 52%, seguido de la frecuencia de consumo de alimentos en un 58%. Coincidiendo con GRANADOS (2011) “Las conclusiones fueron: la niñez menor de dos años no recibe la suplementación con sulfato ferroso según norma; tanto las madres como el personal de salud conocen las causas de la anemia pero no reconocen la importancia que tiene la suplementación con hierro como medida preventiva. Una de las conclusiones es: aunque las madres conocen los beneficios de la suplementación con hierro, sus actitudes y prácticas no coincide con lo que saben. Por lo tanto, se recomienda la necesidad de fortalecer las capacidades y habilidades del Personal de Salud en acciones de promoción y prevención de la anemia nutricional, dirigidas a las madres y cuidadoras.” Coincidiendo con QUISPE (2013) “Las conclusiones fueron: se identificaron 47 casos de niños y niñas con persistencia de anemia que representa el 73.4% de los niños y niñas evaluados, siendo la edad de 12 a 24 meses la más afectada. El 29.7% de madres de niños y niñas con persistencia de anemia implementan una práctica alimentaria oportuna con “Poco cumplimiento”; de ellas el 57.4% brindaron la alimentación complementaria antes o después de los 6 meses. El 26.6% de madres adoptan una práctica alimentaria adecuada “Sin cumplimiento”; con el desencadenante que el 89.4% de niños no reciben un adecuado aporte de hierro en los alimentos. El 48.4% de madres efectúan una práctica alimentaria inocua “Con cumplimiento”. Coincidiendo con PAREDES (2016)

“Las conclusiones fueron: La edad promedio de las madres fue de 26 años. El 51,6% alcanzó el nivel secundario. El 65,0% se dedica a los quehaceres del hogar. El 65,0% alcanzaron un nivel de conocimiento alto. Las madres que acuden al consultorio CRED del Hospital Tingo María, tienen un nivel de conocimiento alto sobre anemia ferropénica. Mayoritariamente las madres con nivel educativo menor a secundaria alcanzan un nivel de conocimiento bajo.

Las madres procedentes de la zona urbana alcanzan mayoritariamente un nivel de conocimiento alto.”

OBJETIVO ESPECÍFICO 2

La alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto a la frecuencia de consumo de alimentos, que acuden al Hospital de Tingo María, consumen: 2 veces al día 58%, 3 veces al día 52%, 1 vez al día 34% y 4 veces al día 26%. Coincidiendo con OCAÑA (2013) “Las conclusiones fueron: Al realizar el control de los niveles de Hemoglobina se encontró que la incidencia de anemia leve en los infantes al iniciar el estudio fue de 52.9%, valores que luego de la suplementación con micronutrientes (Chis Paz) descendió a 38.2%, esto permite interpretar que la efectividad e impacto de la suplementación es positiva. Se evaluó además la información que las madres poseen en cuanto a los beneficios y el modo de administración adecuado de los micronutrientes Chis Paz. Observándose una mejoría post a la administración y determinando diferencias estadísticas significativas con un valor tabulado de X^2 con 3 grados de libertad y su nivel de significación del 0.01% es igual al 11,345 anulando la hipótesis del estudio. El impacto de los micronutrientes en los niveles de hemoglobina condiciona una menor probabilidad de desarrollar anemia.” Coincidiendo además con MEDINA, Meza y Roque (2014) “Las conclusiones fueron: Las edades de las personas participantes es de un 60% (46) con edades de 21 a 30 años. El 99% (76) son de sexo femenino, por el grado de instrucción el 47% (36) tienen secundaria incompleta. Por su ocupación el 61% (47) solo son amas de casa. El nivel de conocimientos fue bajo después de la aplicación del programa en el grupo de control siendo de 42% (14) y en el grupo experimental fue de nivel alto en un 42% (14), siendo la diferencia de medias de (-5,82), con lo cual en el momento después hubo un mejor resultado debido a la aplicación del programa educativo supervisado. En el momento antes de la aplicación del programa supervisado el 56% (5) de las docentes tenían un nivel de conocimiento bajo, pero en el momento después obtuvieron el nivel alto en un 67% (6). Existen diferencias significativas en la regularidad de la administración de los multimicronutrientes en los momentos antes y después de la aplicación del programa educativo con una diferencia de (-13,3). En la concentración de

hemoglobina hubo una diferencia de (-0,85) y en la cantidad de sobres una diferencia de (-12). Se comprobó que el programa educativo supervisado en la administración de multimicronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños de 2 a 3 años en centros de estimulación Surco Pueblo-Lima 2014, es altamente eficaz.”

OBJETIVO ESPECÍFICO 3

La alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto a la cantidad de alimentos ricos en hierro, que acuden al Hospital de Tingo María, consumen: 2 cucharadas 58%, 3 cucharadas 43%, 1 cucharada 36%. Coincidiendo con VILLEDA (2014) “Las conclusiones fueron: “317 niños ya habían iniciado alimentación complementaria; estos 187 niños no cumplen con dieta mínima aceptable, de los cuales 61% tienen algún grado de desnutrición y 39% se encuentran en estado nutricional normal, mientras que de los 130 niños que sí cumplen con dieta mínima aceptable la mayoría 77% tienen estado nutricional normal. De los 276 niños de 0-6 meses, 104 no cumplen con lactancia materna exclusiva de los cuales 66% se encuentran en estado nutricional normal y 34% tienen algún grado de desnutrición, de los 172 niños que sí tuvieron lactancia materna exclusiva 73% tienen estado nutricional normal y 27% algún grado de desnutrición, encontrando que las diferencias en el estado nutricional entre los niños lactados de manera exclusiva y aquellos que tuvieron otro tipo de lactancia no fue significativa. Se debe sensibilizar a madres acerca de la importancia de las prácticas alimentarias y el estado nutricional de sus hijos, y la relación del mismo con el apareamiento de enfermedades, para llevar una alimentación adecuada en este período tan importante para el crecimiento y desarrollo del niño.”

OBJETIVO ESPECÍFICO 4

La alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto a la administración de sulfato ferroso, que acuden al Hospital de Tingo María: le dan micronutrientes “chispitas” 42%, no le dan sobres de micronutrientes 60%, le dan con frecuencia en el día 38% y les dan con alimentos: sopa 56%. Coincidiendo con CORNEJO (2015) “Las conclusiones fueron: Con respecto al conocimiento de las madres el 54% no conoce y el 46% conoce sobre la prevención de la anemia ferropénica;

mientras que el 58% de ellas tienen prácticas inadecuadas y solo el 42% realizan prácticas adecuadas.”

CONCLUSIONES

PRIMERO

La alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica que acuden al Hospital de Tingo María es en el aspecto tipo de alimento donde se practica mejor, seguido de la frecuencia de consumo de alimentos, luego la cantidad de alimentos ricos en hierro y finalmente en menor porcentaje administración de sulfato ferroso. Respecto al tipo de alimento, consumen: sangrecita, pescado, pollo, zapallo e hígado de pollo, seguido de zanahoria y bazo de vaca. Respecto a la frecuencia de consumo de alimentos, consumen: en mayor porcentaje 2 veces al día, seguido de 3 veces al día, luego 1 vez al día y en menor porcentaje 4 veces al día. Respecto a la cantidad de alimentos ricos en hierro, consumen: en mayor porcentaje 2 cucharadas, seguido de 3 cucharadas y finalmente en menor porcentaje 1 cucharada.

SEGUNDO

La alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, que acuden al Hospital de Tingo María, respecto al tipo de alimento, consumen: sangrecita, pescado, pollo, zapallo e hígado de pollo, seguido de zanahoria y bazo de vaca.

TERCERO

La alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, que acuden al Hospital de Tingo María, respecto a la frecuencia de consumo de alimentos, consumen: en mayor porcentaje 2 veces al día, seguido de 3 veces al día, luego 1 vez al día y finalmente 4 veces al día.

CUARTO

La alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, que acuden al Hospital de Tingo María, respecto a la cantidad de alimentos ricos en hierro, consumen: en mayor porcentaje 2 cucharadas, seguido de 3 cucharadas y en menor porcentaje 1 cucharada.

QUINTO

La alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, que acuden al Hospital de Tingo María, respecto a la administración de sulfato ferroso: en bajo porcentaje le dan micronutrientes “chispitas”, además, en alto porcentaje no le dan sobres de micronutrientes, también en bajo porcentaje le dan con frecuencia en el día y les dan con alimentos: en mayor porcentaje en sopa.

RECOMENDACIONES

PRIMERO

Realizar seguimiento a los niños con anemia ferropénica que acuden al Hospital de Tingo María, vigilando que las madres provean en su dieta diaria de la cantidad de micronutrientes necesarias que permitan disminuir la incidencia de la enfermedad y así a futuro no padezcan de problemas en su salud.

SEGUNDO

Realizar actividades informativas que permitan que la madre mejore la atención de sus menores hijos sobre el consumo de micronutrientes, sobre todo en el tiempo de consumo, cumplimiento a sesiones demostrativas de preparación y su consumo.

TERCERO

Realizar campañas de promoción dirigidas a las madres sobre la prevención de la anemia, mediante el cumplimiento a sus controles de Crecimiento y Desarrollo para que el tamizaje de Hemoglobina se realice según Norma Técnica.

CUARTO

Enfatizar en el seguimiento de las madres de niños con riesgo a anemia a través de las visitas domiciliarias.

QUINTO

Realizar estudios cuantitativos y cualitativos sobre prácticas alimenticias para la prevención de la anemia ferropénica en niños de madres que acuden al Hospital de Tingo María.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Fomento de una alimentación adecuada del lactante y del niño pequeño, 15 de setiembre del 2013. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding/es/>
2. Tania Tostado-Madrid, Iván Benítez-Ruiz, Adriana Pinzón-Navarro, Miriam Bautista-Silva, Jaime A Ramírez-Mayans. Actualidades de las características del hierro y su uso en pediatría, INP, Mayo-Junio 2015, 36: 12.
3. Doris Amparo Parada Rico, Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años, Ciencia y Cuidado, 8:11.
4. Gloria Margarita Alcaraz López, Carlos Bernal Parra, María Adelaida Aristizábal Gil, María Beatriz Ruiz Villa, Javier Enrique Fox Quintana. Anemia y anemia por déficit de hierro en niños menores de cinco años y su relación con el consumo de hierro en la alimentación. Turbo, Antioquia, Colombia. Investigación / Research.2006, 6 de septiembre,24:14.Disponible en:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012053072006000200002
5. OPS/OMS: Anemia ferropénica: Investigación para soluciones eficientes y viables, 2011. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679%3Airon-deficiency-anemia-research-on-iron-fortification-for-efficient-feasible-solutions&catid=6601%3Acase-studies&Itemid=40275&lang=es
6. Lorena Alcázar, Impacto Económico de la Anemia en el Perú. Lima – Perú. GRADE, Grupo de Análisis para el Desarrollo, 2012.
7. MINSA, Anemia en niños menores de 3 años: modelo causal intervenciones para combatirla, INEI - ENDES 2011- 2015
8. MINSA, Sistema de Información del Estado Nutricional SIEN. CENAN-INS. 2015.
9. CORNEJO Cari Cinthia Pamela. Perú. (2015). Conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses de un Centro de Salud Lima. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4707/1/Cornejo_cc.pdf
10. CHAFLOQUE Segovia Gisella. Perú. (2010). Relación entre las prácticas alimentarias que implementan las madres y la persistencia de anemia en

- lactantes en el C.S Conde de la Vega Baja. Disponible en :
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1031/1/Chafloque_sg.pdf
11. QUISPE Condori Pamela Esther. Perú. (2013). Prácticas alimentarias que implementan las madres relacionado con la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses – Centro de salud Simón Bolívar. Disponible en:
http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2678/Quispe_Condori_Pamela_Esther.pdf?sequence=1
 12. PAREDES Ramírez Eliana. Perú. (2016). Conocimientos sobre anemia ferropénica en madres de niños menores de 1 año que acuden al consultorio Cred, Hospital Tingo María, Enero – Marzo 2016. Disponible en:
<http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/204/Tesis%20Eliana%20Paredes%20DEY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 13. MEDINA Janet Luz, Meza Ana María, Roque Jaime. Perú. (2014). Eficacia del programa educativo supervisado en la administración de multimicronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños de 2 a 3 años en centros de estimulación Surco. Disponible en:
<http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/view/891/707>
 14. HUALCA Cabrera Martha Gabriela. Ecuador. (2016). Estrategias preventivas de factores de riesgo de anemia ferropénica en niños entre 6 y 24 meses de edad que acuden al Centro de Salud Rural Santa Rosa de Cuzubamba de Cayambe. Disponible en:
<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3601/1/TUTENF005-2016.pdf>
 15. GRANADOS Trinidad del Carmen y Alvarado Ascencio Nelly Patricia. El Salvador. (2011). Factores relacionados con la prevención de la anemia ferropénica en menores de dos años en el municipio de Comasagua, departamento La Libertad período Enero – Mayo. Disponible en:
http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=102&Itemid=127. Grupo 24.
 16. OCAÑA Anzules, Delia Cristina. Ecuador. (2013). Impacto del programa de suplementación con micronutrientes para evitar anemia en niños de 6 meses a 2 años de edad en el subcentro de salud Picaihua, período Enero – Junio. Disponible en :

<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8391/1/Oca%C3%B1a%20Anzules%2C%20Delia%20Cristina.pdf>

17. VILLEDA Rodríguez Claudia Sucelly y Lázaro Galdámez Vielka Marycrúz. Guatemala. (2014). Estudio descriptivo transversal sobre las prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional en niños y niñas de 0 a 12 meses de edad que asisten a la consulta en los Centros de Atención Permanente de los municipios de Olopa, San Juan Ermita, Jocotán y Camotán, del Departamento de Chiquimula durante los meses de agosto. Disponible en: http://cunori.edu.gt/descargas/TESIS_PRACTICAS_ALIMENTARIAS.pdf
18. Wilma B. Freire, Ph.D. La anemia por deficiencia de hierro: estrategias de la OPS/OMS para combatirla. *Salud Pública Mex* 1998; 40:199-205.
19. José Rebozo Pérez, Elixandra Cabrera Núñez, Gisela Pita Rodríguez y Santa Jiménez Acosta. Anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 meses y de 6 a 12 años de edad. *Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. Salud Pública* 2005; 31(4):306-12.
20. OMS/ OPS La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010.
21. Domingo Barroso Espadero. Miguel Bermejo Pastor. Isabel Botana del Arco. Prado Leo Canzobre. Juan J. Morell Bernabé. M^a Teresa Muñoz de la Montaña. Ángeles Osuna Díaz. José L. Paz Azcárate. Mercedes Reymundo García. M^a Eugenia Pérez Escanilla. Enfermera. GUÍA de actividades preventivas y promoción de la salud en la infancia y adolescencia Programa de Salud Infantil y del Adolescente de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo, Servicio Extremeño de Salud, 2007.
22. Maureen M. Black, Hilary M. Creed-Kanashiro. ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 2012; 29(3):373-8.
23. Dr. Horacio Lejarraga, Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años, Primera edición, setiembre de 2001. Editado e impreso en la República Argentina.

24. Domingo Barroso Espadero. Miguel Bermejo Pastor. Isabel Botana del Arco. Prado Leo Canzobre. Juan J. Morell Bernabé. M^a Teresa Muñoz de la Montaña. Ángeles Osuna Díaz. José L. Paz Azcárate. Mercedes Reymundo García. M^a Eugenia Pérez Escanilla. Enfermera. GUÍA de actividades preventivas y promoción de la salud en la infancia y adolescencia Programa de Salud Infantil y del Adolescente de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo, Servicio Extremeño de Salud, 2007.
25. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2003
26. OMS/ OPS La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010.
27. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2003
28. Domingo Barroso Espadero. Miguel Bermejo Pastor. Isabel Botana del Arco. Prado Leo Canzobre. Juan J. Morell Bernabé. M^a Teresa Muñoz de la Montaña. Ángeles Osuna Díaz. José L. Paz Azcárate. Mercedes Reymundo García. M^a Eugenia Pérez Escanilla. Enfermera. GUÍA de actividades preventivas y promoción de la salud en la infancia y adolescencia Programa de Salud Infantil y del Adolescente de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo, Servicio Extremeño de Salud, 2007.
29. OMS/ OPS La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010.
30. Hilary Creed-Kanashiro, Nelly Espinola, Gordon Prain. Fortaleciendo la nutrición infantil en Perú: Desarrollo de una papilla a base de camote. Zoraida Portillo, Ana Luisa Muñoz. Lima – Perú. Abril, 2007.
31. Domingo Barroso Espadero. Miguel Bermejo Pastor. Isabel Botana del Arco. Prado Leo Canzobre. Juan J. Morell Bernabé. M^a Teresa Muñoz de la Montaña. Ángeles Osuna Díaz. José L. Paz Azcárate. Mercedes Reymundo

- García. M^a Eugenia Pérez Escanilla. Enfermera. GUÍA de actividades preventivas y promoción de la salud en la infancia y adolescencia Programa de Salud Infantil y del Adolescente de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo, Servicio Extremeño de Salud, 2007.
32. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2003
 33. Departamento de nutrición y ciclo vital. Ministerio de salud, comités expertos rama chilena de nutrición. Sociedad chilena de pediatría. Guía de alimentación del niño(a) menor de 2 años. Guías de alimentación hasta la adolescencia. Dpto. nutrición y ciclo vital división de prevención y control de enfermedades Ministerio de Salud Chile 2005.
 34. MINSA, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) del Ministerio de Salud. Alimentación complementaria a partir de los 6 meses. Lima, Perú 2014.
 35. <https://willkamikhuna.lamula.pe/2014/02/19/sangrecita-de-pollo-combatiendo-la-anemia/ccperalta/>
 36. Domingo Barroso Espadero. Miguel Bermejo Pastor. Isabel Botana del Arco. Prado Leo Canzobre. Juan J. Morell Bernabé. M^a Teresa Muñoz de la Montaña. Ángeles Osuna Díaz. José L. Paz Azcárate. Mercedes Reymundo García. M^a Eugenia Pérez Escanilla. Enfermera. GUÍA de actividades preventivas y promoción de la salud en la infancia y adolescencia Programa de Salud Infantil y del Adolescente de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo, Servicio Extremeño de Salud, 2007.
 37. Dr. Horacio Lejarraga, Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años, Primera edición, setiembre de 2001. Editado e impreso en la República Argentina.
 38. MINSA. Directiva Sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses. Lima – Perú, 19 de Setiembre del 2014.

39. <http://www.incap.int/dmdocuments/inf-edu-alimnut-COR/temas/2.alimentacioncomplementaria/pdf/2.alimentacioncomplementaria.pdf>
40. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2003
41. Dra. Mariana Stevenazzi, Profesora Adjunta de Clínica Médica B, Ex Asistente de Hematología. Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo. Anemia y metabolismo férrico. Arch Med Interna 2010. S11
42. Nutri-facts.org. DSM Nutritional Products - Human Nutrition and Health, 28th of January 2016. Disponible en: <http://www.nutrifacts.org/content/dam/nutrifacts/pdf/nutrients-pdf-es/Hierro.pdf>
43. María Garriga, Cecilia Montagn, fundaciondelcorazon.com, actualizado 05 de Julio de 2013. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/nutricion/nutrientes/838-hierro.html>
44. Hilary Creed-Kanashiro, Nelly Espinola, Gordon Prain. Fortaleciendo la nutrición infantil en Perú: Desarrollo de una papilla a base de camote. Zoraida Portillo, Ana Luisa Muñoz. Lima – Perú. Abril, 2007.
45. MINSA. Directiva Sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses. Lima – Perú, 19 de Setiembre del 2014.
46. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2003
47. OMS, Administración de suplementos de hierro en niños de 6 a 23 meses de edad, Última actualización: 23 de febrero de 2015. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/iron_supplementation_children/es/
48. Nutrición infantil, Guías de actuación conjunta Pediatría Primaria-Especializada, 2011
49. Alimentos consumidos por niños de 6 a 23 meses, Última actualización: 28 de abril de 2017. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/micronutrientpowder_infants/es/

50. MINSA. Directiva Sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses. Lima – Perú, 19 de Setiembre del 2014.
51. UNICEF. Nota técnica suplementación con multimicronutrientes, Lima, 22 de Agosto de 2009.
52. Dr. Horacio Lejarraga, Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años, Primera edición, setiembre de 2001. Editado e impreso en la República Argentina.
53. OMS/ OPS La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010.
54. Dr. Horacio Lejarraga, Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años, Primera edición, setiembre de 2001. Editado e impreso en la República Argentina.
55. OMS, Administración de suplementos de zinc y crecimiento infantil, Última actualización: 23 de febrero de 2015. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/zinc_stunting/es/
56. OMS/ OPS La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010.
57. <http://www.abcdelbebe.com/etapa/embarazo/primer-trimestre/nutricion/porque-es-importante-el-consumo-del-acido-folico-en-la-ge>
58. Dr. Horacio Lejarraga, Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años, Primera edición, setiembre de 2001. Editado e impreso en la República Argentina.
59. OMS/ OPS La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010.
60. Dr. Horacio Lejarraga, Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años, Primera edición, setiembre de 2001. Editado e impreso en la República Argentina.
61. MINSA. Directiva Sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses. Lima – Perú, 19 de Setiembre del 2014.

62. clinicadam.com, Clínica DAM Madrid 17/01/2017. Disponible en:
<http://salud.ccm.net/faq/20951-practica-alimentaria-definicion>
63. La enciclopedia médica A.D.A.M. Página actualizada 5 junio 2017.
Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000584.htm>
64. cuidateplus.com, © 2017 Unidad Editorial Revistas, S.L.U. Disponible en :
<http://www.cuidateplus.com/alimentacion/diccionario/hierro.html>
65. Enciclopedia de Clasificaciones. (2016). Tipos de alimentación. Disponible en: <http://www.tiposde.org/general/844-tipos-de-alimentacion/>
66. conceptodefinicion.de/alimento, ©2014 Venemedia. Disponible en:
<http://conceptodefinicion.de/alimento/> topculinario.com. Disponible en:
<https://topculinario.com/dc-787,que-son-micronutrientes.html>
67. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU, Institutos Nacionales de la Salud, Instituto Nacional del Cáncer. Disponible en:
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=631041>

ANEXOS

**ANEXO I
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**ALIMENTACIÓN PARA EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 18 MESES CON ANEMIA FERROPÉNICA QUE ACUDEN AL
HOSPITAL DE TINGO MARÍA - 2017**

PROBLEMA	OBJETIVOS	MARCO TEÓRICO	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Cuál es la alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica que acuden al Hospital de Tingo María - 2017</p>	<p>1.3.1. Objetivo General Determinar la alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica que acuden al Hospital de Tingo María - 2017.</p> <p>1.3.2. Objetivos Específicos Identificar la alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto al tipo de alimento.</p> <p>Identificar la alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto a la frecuencia de consumo de alimentos.</p>	<p>2.1 Antecedentes del Estudio 2.1.1 Nacionales 2.1.2 Internacionales</p> <p>2.2 Bases teóricas 2.2.1 Niños(a) de 6 a 24 meses 2.2.2 Prácticas alimentarias 2.2.2.1 Tipo de alimento 2.2.2.2 Frecuencia de consumo de alimentos 2.2.2.3 Cantidad de alimentos ricos en hierro 2.2.2.4 Administración de sulfato ferroso 2.2.2.5 Administración de micronutrientes</p>	<p>ALIMENTACIÓN PARA EL CUIDADO DE NIÑOS DE 6 A 18 MESES CON ANEMIA FERROPÉNICA</p>	<p>➤ Tipo de alimento</p> <p>➤ Frecuencia de consumo de alimentos</p> <p>➤ Cantidad de alimentos ricos en hierro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sangre de pollo cocida • Bazo de vaca • Hígado de pollo • Carne de res • Pescados • Pollo • Espinaca • Zapallo • Zanahoria <ul style="list-style-type: none"> • 3 veces para niños de 6 a 8 meses • 4 veces para niños de 9 a 11 meses • 5 veces para niños de 12 a 24 meses <ul style="list-style-type: none"> • 1 a 2 cucharadas para niños de 6 a 8 meses • 2 cucharadas para niños de 9 a 11 meses • 2 cucharadas para niños

	<p>Identificar la alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto a la cantidad de alimentos ricos en hierro.</p> <p>Identificar la alimentación para el cuidado de niños de 6 a 18 meses con anemia ferropénica, respecto a la administración de sulfato ferroso.</p>			<p>➤ Administración de sulfato ferroso</p>	<p>de 12 a 24 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia • Cantidad • Forma de Administrar
--	---	--	--	--	--

ANEXO II
INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES:

FECHA:

N° ENCUESTA:

1. Cuidador:

- a) Mamá ()
- b) Papá ()
- c) Abuelos ()
- d) Otros ()

2. Edad de la Madre:

- a) 20 – 30 ()
- b) 31 – 40 ()
- c) 41- 50 ()
- d) > 50 ()

3. Estado civil:

- a) Conviviente(o) ()
- b) Divorciada (o) ()
- c) Viuda(o) ()
- d) Casada (o) ()
- e) Soltera (o) ()

4. Grado de Anemia en el niño:

- a) Leve (10.0 - 10.9 g/dl) ()
- b) Moderada (7.0 - 9.9 g/dl) ()
- c) Severa (< 7.0 g/dl) ()

5. Trabaja:

- a) Si ()
- b) No ()

6. Edad del Niño:

- a) 6 a 8 meses ()
- b) 9 a 11 meses ()
- c) 12 a 24 meses ()

7. N° de Hijos :

- a) 1 ()
- b) 2 ()
- c) > 3 ()

8. Le volvió a realizar su dosaje de Hb para seguimiento:

- a) No le ha hecho ()
- b) Hace 6 meses ()
- c) Hace más de un año ()

II. PREGUNTAS:

A) NIÑOS DE 6 - 8 MESES

TIPO DE ALIMENTO			
Ítem s	9) ¿QUÉ TIPO DE ALIMENTO LE DA A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	Sangrecita		
b)	Bazo de vaca		
c)	Hígado de pollo		
d)	Carne de res		
e)	Pollo		
f)	Pescado		
g)	Espinaca		
h)	Zapallo		
i)	Zanahoria		
FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS			
Ítem s	10) ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA LE DA COMIDA A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	1 vez al día		
b)	2 veces al día		
c)	3 veces al día		
d)	4 veces al día		
CANTIDAD DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO			
Ítem s	11) ¿CUÁNTAS CUCHARADAS DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO LE DA AL DÍA A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	1 cucharada		
b)	2 cucharadas		
c)	3 cucharadas		
ADMINISTRACIÓN DE SULFATO FERROSO			
Ítem s	ENUNCIADOS	SI	NO
12)	¿Le da Sulfato Ferroso?		
Ítem s	13) ¿CUÁNTAS GOTAS DE SULFATO FERROSO LE DA AL DÍA A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	1 a 2 gotas		
b)	3 a 4 gotas		
c)	5 a más gotas		
Ítem s	14) ¿CUÁNTAS VECES LE DA AL DÍA GOTAS DE SULFATO FERROSO A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	1 vez al día		
b)	2 veces al día		
c)	3 veces al día		
Ítem s	15) ¿CON QUÉ ALIMENTO LE DA LAS GOTAS DE SULFATO FERROSO A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	Ningún alimento		
b)	Jugo		

c)	Sopa		
d)	Leche		
ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES			
Ítem s	ENUNCIADOS	SI	NO
16)	¿Le da Multimicronutrientes "Chispitas"?		
Ítem s	17) ¿CUÁNTOS SOBRES DE MULTIMICRONUTRIENTES "CHISPITAS" LE DA AL DÍA A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	1/2 sobre		
b)	1 sobre		
c)	2 sobres		
Ítem s	18) ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA LE DA SOBRES DE MULTIMICRONUTRIENTES "CHISPITAS" A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	1 vez al día		
b)	2 veces al día		
c)	3 veces al día		
Ítem s	19) ¿CON QUÉ ALIMENTO LE DA LOS SOBRES DE MULTIMICRONUTRIENTES "CHISPITAS" A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	Leche		
b)	Jugo		
c)	Sopa		
d)	Segundo		

B) NIÑOS DE 9 – 11 MESES:

TIPO DE ALIMENTO			
Ítem s	20) ¿QUÉ TIPO DE ALIMENTO LE DA A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	Sangrecita		
b)	Bazo de vaca		
c)	Hígado de pollo		
d)	Carne de res		
e)	Pollo		
f)	Pescado		
g)	Espinaca		
h)	Zapallo		
i)	Zanahoria		
FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS			
Ítem s	21) ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA LE DA COMIDA A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	1 vez al día		
b)	2 veces al día		
c)	3 veces al día		
d)	4 veces al día		
CANTIDAD DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO			
Ítem s	22) ¿CUÁNTAS CUCHARADAS DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO LE DA AL DÍA A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	1 cucharada		
b)	2 cucharadas		
c)	3 cucharadas		
ADMINISTRACIÓN DE SULFATO FERROSO			
Ítem s	ENUNCIADOS	SI	NO
23)	¿Le da Sulfato Ferroso?		
Ítem s	24) ¿CUÁNTAS GOTAS DE SULFATO FERROSO LE DA AL DÍA A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	1 a 2 gotas		
b)	3 a 4 gotas		
c)	5 a más gotas		
Ítem s	25) ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA LE DA GOTAS DE SULFATO FERROSO A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	1 vez al día		
b)	2 veces al día		
c)	3 veces al día		
Ítem s	26) ¿CON QUÉ ALIMENTO LE DA LAS GOTAS DE SULFATO FERROSO A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	Ningún alimento		
b)	Jugo		
c)	Sopa		
d)	Leche		

ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES			
Ítem s	ENUNCIADOS	SI	NO
27)	¿Le da Multimicronutrientes "Chispitas"?		
Ítem s	28) ¿CUÁNTOS SOBRES DE MULTIMICRONUTRIENTES "CHISPITAS" LE DA AL DÍA A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	1/2 sobre		
b)	1 sobre		
c)	2 sobres		
Ítem s	29) ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA LE DA SOBRES DE MULTIMICRONUTRIENTES "CHISPITAS" A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	1 vez al día		
b)	2 veces al día		
c)	3 veces al día		
Ítem s	30) ¿CON QUÉ ALIMENTO LE DA LOS SOBRES DE MULTIMICRONUTRIENTES "CHISPITAS" A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	Leche		
b)	Jugo		
c)	Sopa		
d)	Segundo		

C) NIÑOS DE 12 – 18 MESES:

TIPO DE ALIMENTO			
Ítem s	31) ¿QUÉ TIPO DE ALIMENTO LE DA A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	Sangrecita		
b)	Bazo de vaca		
c)	Hígado de pollo		
d)	Carne de res		
e)	Pollo		
f)	Pescado		
g)	Espinaca		
h)	Zapallo		
i)	Zanahoria		
FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS			
Ítem s	32) ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA LE DA COMIDA A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	1 vez al día		
b)	2 veces al día		
c)	3 veces al día		
d)	4 veces al día		
e)	5 veces al día		
CANTIDAD DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO			
Ítem s	33) ¿CUÁNTAS CUCHARADAS DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO LE DA AL DÍA A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	1 cucharada		
b)	2 cucharadas		
c)	3 cucharadas		
ADMINISTRACIÓN DE SULFATO FERROSO			
Ítem s	ENUNCIADOS	SI	NO
34)	¿Le da Sulfato Ferroso?		
Ítem s	35) ¿CUÁNTAS CUCHARADITAS DE SULFATO FERROSO LE DA AL DÍA A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	1 cucharaditas		
b)	2 cucharaditas		
c)	3 a 4 cucharaditas		
Ítem s	36) ¿CUÁNTAS VECES LE DA AL DÍA A SU NIÑO(A) CHUCHARITAS DE SULFATO FERROSO?	SI	NO
a)	1 vez al día		
b)	2 veces al día		
c)	3 veces al día		
Ítem s	37) ¿CON QUÉ ALIMENTO LE DA LAS CUCHARITAS DE SULFATO FERROSO A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	Ningún alimento		
b)	Jugo		
c)	Sopa		
d)	Leche		

ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES			
Ítem s	ENUNCIADOS	SI	NO
38)	¿Le da Multimicronutrientes "Chispitas"?		
Ítem s	39) ¿CUÁNTOS SOBRES DE MULTIMICRONUTRIENTES "CHISPITAS" LE DA AL DÍA A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	1/2 sobre		
b)	1 sobre		
c)	2 sobres		
Ítem s	40) ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA LE DA SOBRES DE MULTIMICRONUTRIENTES "CHISPITAS" A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	1 vez al día		
b)	2 veces al día		
c)	3 veces al día		
Ítem s	41) ¿CON QUÉ ALIMENTO LE DA LOS SOBRES DE MULTIMICRONUTRIENTES "CHISPITAS" A SU NIÑO(A)?	SI	NO
a)	Leche		
b)	Jugo		
c)	Sopa		
d)	Segundo		

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN