

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS

**CULTURA DE LAS FAMILIAS FRENTE AL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES
PARA PREVENIR LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS.
MICRORED ENCAÑADA CAJAMARCA, 2017**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

LISSETE DEL PILAR ANGELES MINCHÁN

Asesora:

Dra. DORIS CASTAÑEDA ABANTO

CAJAMARCA, PERÚ

2018

COPYRIGHT © 2018 by
LISSETE DEL PILAR ANGELES MINCHÁN
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS APROBADA:

CULTURA DE LAS FAMILIAS FRENTE AL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES
PARA PREVENIR LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS.
MICRORED ENCAÑADA CAJAMARCA, 2017

Presentada por:

LISSETE DEL PILAR ANGELES MINCHÁN

Comité Científico:

Dra. Doris Castañeda Abanto.
Asesora

Dra. Nélide Medina Hoyos
Miembro del Comité Científico

M. Cs. Violeta Rafael Saldaña
Miembro del Comité Científico

Dra. Angélica Moran Dioses
Miembro del Comité Científico

CAJAMARCA, PERÚ

2018



Universidad Nacional de Cajamarca

Escuela de Posgrado

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las *14:00* de la tarde del día 05 de octubre de Dos Mil Dieciocho, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. NÉLIDA MEDINA HOYOS**, como Miembro del Jurado Evaluador, **Dra. DORIS CASTAÑEDA ABANTO** en calidad de Asesora, **Dra. ANGÉLICA MORÁN DIOSES**, **M.Cs. VIOLETA RAFAEL SALDAÑA**, como integrantes del Jurado Evaluador. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada **“CULTURA DE LAS FAMILIAS FRENTE AL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES PARA PREVENIR LA ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS. MICRORED ENCAÑADA CAJAMARCA, 2017.”**, presentada por la **Bach. en Farmacia y Bioquímica LISSETE DEL PILAR ANGELES MINCHÁN**, con la finalidad de optar el Grado Académico de **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó *aprobar* con la calificación de *17 Excelente* la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bach. en Farmacia y Bioquímica LISSETE DEL PILAR ANGELES MINCHÁN**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las *6:00* horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....
Dra. Nélida Medina Hoyos
Miembro de Jurado Evaluador

.....
Dra. Doris Castañeda Abanto
Asesora

.....
Dra. Angelica Morán Dioses
Miembro de Jurado Evaluador

.....
M.Cs. Violeta Rafael Saldaña
Miembro de Jurado Evaluador

DEDICATORIA

Dios, por darme la oportunidad de seguir cumpliendo cada reto que asumo, haberme dado la salud para seguir logrando mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. Gracias por haberme regalado la oportunidad de vivir y brindarme la familia que tengo.

Mis padres José y Vilma, por darme la vida por estar conmigo en todo momento compartiendo buenos y malos momentos apoyándome de forma incondicional, guiándome con sus buenos ejemplos y sus sabios consejos. A mi hermano Carlos por compartir conmigo sus deseos y sus habilidades. Ustedes son mi inspiración, admiración y respeto. Los quiero con todo mi corazón y siempre son importantes en cada paso que dé en mi vida.

Gracias a ustedes por creer en mí y haber depositado su confianza en cada reto que asumo.

Mis abuelitos, tíos, primos gracias por sus buenos consejos, compartir sus experiencias conmigo y sobre todo deseándome lo mejor en cada reto que asumía.

Lisete.

AGRADECIMIENTO

Los docentes y al personal administrativo de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca por brindarme las herramientas necesarias para la realización de ésta investigación.

A mi asesora Dra. Doris Castañeda Abanto, mi pleno agradecimiento por su disponibilidad, colaboración, paciencia a nivel científico y personal. No cabe duda que su participación ha enriquecido la investigación para la culminación y redacción de ésta tesis.

A la Dra. Aracely Mejía Valencia y al personal del Centro de Salud Encañada, por el apoyo recibido desde el inicio del desarrollo de esta investigación, brindándome su desinteresado apoyo en todo momento.

A la Lic. Enf. Maribel Calua Castope, por su participación, apoyo contactándome con las madres de familia y brindándome las herramientas necesarias para la consolidación de esta investigación.

No quiero dejar de agradecer a cada madre de familia por brindarme su colaboración y tiempo necesario para poder desarrollar cada una de las entrevistas realizadas. Mi más sincero agradecimiento a cada una de ellas.

CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
CONTENIDO.....	vii
LISTA DE ABREVIATURAS	x
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN.....	xiv
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Justificación e importancia	2
1.4. Delimitación de la investigación:.....	4
1.5. Limitaciones:	4
1.6. Objetivos.....	4
1.6.1. Objetivo general	4
1.6.2. Objetivos específicos	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial.	5
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	5
2.1.2. Antecedentes Nacionales	6
2.1.3. Antecedentes Regionales	10
2.1.4. Antecedentes Locales	11
2.2. Bases teóricas.....	12
2.2.1. Origen y concepto de Cultura	12
2.2.2. Características de la Cultura	13

2.2.3. La cultura como estilo de ser	14
2.2.4. Cultura y Sociedad	14
2.2.5. Rasgo cultural y Complejo cultural.	14
2.2.6. Identidad étnica o cultural.....	15
2.2.7. Cultura indígena, andina e identidad nacional peruana.	15
2.2.8. Diversidad cultural, multiculturalidad:	17
2.2.9. Cultura alimentaria:	17
2.2.10. Costumbres y tradiciones:	18
2.2.11. Anemia Ferropénica:	18
2.3. Marco conceptual.....	19
2.3.1. Micronutrientes	19
2.3.1.1. Composición del Suplemento	19
2.3.2. Función de los micronutrientes en la nutrición.....	21
2.3.3. Preparación de los Multimicronutrientes.....	24
2.3.4. La respuesta de UNICEF a las carencias de micronutrientes	25
2.3.5. La Anemia en el Perú	26
2.3.5.1. Tipos de anemia	28
2.5.1.1. Anemia Ferropénica	28
2.5.1.2. Anemia Megaloblástica	30
2.5.1.3. Anemia por deficiencia de Folato	31
2.5.1. 4. Anemia Hemolítica.....	32
2.5.1.5. Anemia Depranocítica	32
2.5.1.6. Anemia de Cooley (Beta Talasemia).....	33
2.4. Definición de términos básicos.....	34
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo de Estudio	39
3.2. Método.....	39

3.3. Muestreo	39
3.4. Técnicas de Investigación de campo	39
3.5. Instrumentos para la recolección de datos.....	40
3.6. Escenario de Investigación	40
3.7. Proceso de la Investigación	41
3.8. Participantes de la investigación.....	42
3.9. Procesamiento y análisis de datos.	42
3.10. Consideraciones éticas.....	43
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4. 1. Características Sociodemográficas de las familias entrevistadas:	45
4.2. Conocimientos frente al consumo y beneficios de los micronutrientes.	49
4.3. Mitos y costumbres:	54
DISCUSIÓN	58
CONSIDERACIONES FINALES	62
REFLEXIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	65
ANEXOS	70

LISTA DE ABREVIATURAS

MMM:	Multimicronutrientes.
Hb:	Hemoglobina.
CS:	Centro de Salud.
UNESCO:	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura).
ONU:	Organización de las Naciones Unidas.
ENDES:	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática.
ASIS:	Análisis de situación de salud.
MINSA:	Ministerio de Salud.
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.

PREFACIO

La presente investigación cualitativa es el esfuerzo no solo propio sino de cada persona involucrada que aportó información, sugerencias incluso también se sintió participe del desarrollo de la investigación. Se espera que este estudio sea referente a que no solo se mida de manera cuantitativa estos problemas de salud, sino se tenga mayor enfoque a lo cualitativo que daría mayor riqueza en el desarrollo de proyectos de salud teniendo en cuenta aspectos culturales, sociales, entre otros. Se presenta esta tesis, la cual estoy convencida en cuanto a su relevancia por tocarse temas estrictamente culturales y de importancia para la salud.

Lissete.

RESUMEN

Una de las preocupaciones centrales respecto a la realidad peruana actual es el incremento de la anemia en el país, por tal razón, el gobierno viene desarrollando diversas políticas para disminuir los elevados niveles de desnutrición en los niños, no obstante, la mayoría de medidas se basan en estadísticas y supuestos respecto al consumo de micronutrientes distribuidos en los Puestos de salud. Esta situación ha servido de poco, pues la anemia persiste, en gran medida, debido a que no se ha investigado en profundidad la cultura de las familias en niños con desnutrición, en ello encontramos la explicación a la persistencia de dicho problema.

La presente investigación surge a partir de la necesidad de contar con información, que permita comprender la cultura de las familias acerca del consumo de micronutrientes para prevenir la anemia, así como también las diferentes características sociodemográficas de las familias en las que la anemia constituye una enfermedad en los niños, asociándose ésta a la falta de ciertos alimentos que proporcionen una nutrición adecuada, que muchas veces sea vinculada a una infección producida por agentes externos como una mala manipulación de los alimentos.

Por ello se buscó entender el modo en que se articulan los saberes y las prácticas culturales de las madres de familia, con los conocimientos, mitos y costumbres sobre la suplementación con Micronutrientes en niñas y niños de menores de 3 años teniendo en cuenta las características de las familias; en consecuencia, se investigó ¿cómo está constituida la familia?, ¿cómo viven?, ¿de qué se alimentan?, ¿cómo “las chispitas” pueden estar incorporándose a la alimentación de los niños?, entre otros.

El enfoque de investigación usado fue cualitativo, método etnográfico, muestreo por saturación, las técnicas empleadas observación, análisis de contenido y entrevistas en profundidad. También se empleó instrumentos los cuales ayudaron anotar características y captar lo que narraban las madres de familia. La investigación de campo reflejó que la cultura no solo es el estilo de vida de las madres de familia con niños que consumen micronutrientes frente a la anemia, sino que abarca: conocimientos de las “chispitas”, aspectos sociodemográficos como el hacinamiento en los hogares, los mitos y costumbres como el no consumo de frutas porque producen caries, consumo exclusivo de carbohidratos y las vísceras no consumidas por temas religiosos.

Palabras clave: Micronutrientes, cultura, anemia, familia, desnutrición.

ABSTRACT

One of the central worries with regard to the Peruvian current reality is the increase of the anemia in the country, for such a reason, the government comes developing diverse policies to diminish the high levels of malnutrition in the children, nevertheless, the majority of measures they are based on statistics and suppositions with regard to the consumption of micronutrients distributed in the Positions of health. This situation has used as little, so the anemia persists, to a great extent, due to the fact that the culture of the families has not been investigated in depth in children by malnutrition, in it we find the explanation to the persistence of the above mentioned problem.

The present investigation arises from the need to rely on information, that it should allow to understand the culture of the families brings over of the consumption of micronutrients to anticipate the anemia, as well as also the different characteristics socio demographic of the families in which the anemia constitutes a disease in the children, associating this one to the lack of certain food that provide a suitable nutrition, which often is linked to an infection produced by external agents as a bad manipulation of the food.

For it one sought to understand the way in which there are articulated the knowledge and the cultural practices of the family mothers, with the knowledge, myths and customs on the supplementation with Micronutrients in girls and children of 3-year-old minors having in it counts the characteristics of the families; in consequence, it was investigated how is family constituted?, how do they live?, of what do they feed?, how can " sprinkles" be joining to the supply of the children?, between others.

The approach of investigation used was qualitative, an ethnographic method, I sample for saturation, the used technologies observation, analysis of content and interviews in depth. Also one used instruments which helped to annotate characteristics and to catch what the family mothers were narrating. The field investigation reflected that the culture not only is the way of life of the family mothers with children who consume micronutrients opposite to the anemia, but it includes: knowledge of the "sprinkles", aspects socio demographic as the accumulation in the homes, the myths and customs since I do not consume of fruits because they produce caries, consumption of carbohydrates and the entrails not consumed by religious topics.

Key words: Micronutrients, culture, anemia, family, malnutrition.

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales problemas de salud pública en el Perú es la anemia, con una alta prevalencia y con grupos poblacionales expuestos a un mayor riesgo de padecerla. El impacto de ésta en la vida de las personas y en la sociedad en general es enorme, especialmente por sus efectos a largo plazo en la salud física y mental. En el Perú, las políticas sociales en su afán de contribuir a mejorar el estado nutricional de los niños, desarrollan un Programa de Complementación Alimentaria entregando un alimento complementario altamente nutritivo²⁵.

En estos dos últimos años el Gobierno Peruano, ha manifestado que la anemia de los niños de 0 a 3 años, se ha venido evaluando a través de una serie de estudios que muestran para la población, que las intervenciones multisectoriales involucran el apoyo a la lactancia materna, mejoramiento del saneamiento, entre otros. El combate de la anemia infantil sigue siendo una de las principales tareas pendientes, el 43,6% de niños menores de 6 a 35 meses padece esta afección en todo el país, de acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) efectuada el año pasado. Es decir, la cifra no se ha reducido respecto al 2017 (43,6%) y al 2016 (43,5%)^{1,30}.

En el Perú, las principales medidas de control de la anemia se han centrado en la suplementación diaria con sulfato ferroso en jarabe (eje fundamental del control de la anemia), en la fortificación de alimentos, y en la educación de los niños en edad temprana y escolar. Sin embargo, la suplementación con sulfato ferroso tiene poca adherencia esto puede corroborarse en innumerables estudios que se han realizado en distintas regiones del Perú, debido a las reacciones adversas frecuentes (náuseas, estreñimiento, pirosis, etc.) asociadas con su consumo, cabe resaltar que mucho tiene que ver la pobreza y los aspectos sociodemográficos².

Si bien es cierto la pobreza en Cajamarca, por sexto año consecutivo, sigue siendo la región más pobre del país. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), durante el 2017 el 47,5% de su población no contó con ingresos suficientes para cubrir la canasta básica familiar, valorizada en S/388.00 mensuales, Cajamarca tiene 4 de los 12 distritos más pobres del país y con la mayor cantidad de pobres extremos, que fluctúan entre el 13% y 20%, si bien el índice de pobreza de la región bajó 0,7 puntos porcentuales el año pasado respecto al 2016, casi 6 en la última década, la proporción de

pobres en Cajamarca está aún muy por encima del promedio nacional, que es de 21,7% (INEI)³.

Según cifras del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS, 2016), Cajamarca concentra la mayor cantidad de usuarios en programas sociales como Juntos y Pensión 65. El primero reportaba 112 mil familias beneficiarias, mientras que el segundo tenía más de 61 mil usuarios^{1,2}. Pese a los esfuerzos gubernamentales, esta enfermedad prevalece, y en gran medida, creemos que se debe a que no se toma en cuenta las costumbres de la gente, ni a su modo de vida y su entorno, por lo cual, esta investigación se ha centrado en estudiar la cultura de las familias frente al consumo de micronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños menores de 3 años Microred Encañada³³.

Cabe destacar que la Municipalidad Distrital de la Encañada apoya al Centro de Salud del mismo, brindando los insumos necesarios para que se realicen las sesiones educativas nutricionales, que no solo son realizadas en el centro de salud, sino también en las comunidades, trabajando con las familias, para la mejora y fortalecimiento de salud, por ende, reducir los índices de anemia infantil que quizás no es suficiente, pero ya se crea mayor compromiso³. Consecuentemente, es preciso entender que la investigación realizada muestra el modo en que se articulan los saberes y las prácticas culturales de las madres de familia, con los conocimientos, mitos y costumbres sobre la suplementación con Micronutrientes en niñas y niños menores de 3 años, tomando en cuenta el enfoque intercultural y las características de las familias con niños menores de 3 años, es decir, nos interesa mencionar ¿cómo está constituida la familia?, ¿cómo viven?, ¿de qué se alimentan?, ¿cómo “las chispitas” pueden estar incorporándose a la alimentación de los niños?, entre otros³³.

Por ello, surgió la necesidad de contar con información, que permita entender la cultura de las familias sobre el consumo de micronutrientes para prevenir la anemia, así como las diferentes características sociodemográficas que influyen en las familias que conocen a la anemia como una enfermedad en los niños que está asociada a la falta de alimentos nutritivos y muchas veces a factores como son el contagio de los alimentos, parásitos, infecciones y otros. Los aspectos culturales influyentes en la presencia de anemia en estos niños menores de 3 años, que permanente reciben los micronutrientes y muchas madres son esquivas a usar las “chispitas”, asociándolas con algunos mitos

referidos a la sangre, o sencillamente no toman el interés por el consumo de micronutrientes porque la información que brinda el personal de salud, no siempre llega con claridad a la población y muchas madres de familia no toman conciencia de la magnitud que acarrea la anemia en el desarrollo de sus menores hijos, inclusive las reacciones adversas que presentan sus niños hacen que sea un motivo adicional a que dejen de consumirlos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La anemia, en el Perú es un problema de salud pública prioritario, con una alta prevalencia y con grupos poblacionales expuestos a un mayor riesgo de padecerla. El impacto de ésta en la vida de las personas y en la sociedad en general es enorme, tanto la anemia como la desnutrición, están estrechamente vinculadas, por sus efectos a largo plazo en la salud física y mental si se los trata de manera temprana, pueden llegar a revertirse y contrarrestarse; esto se lograría con una alimentación balanceada, saludable ya que en cada etapa de la vida, las personas requieren de un aporte de alimentos, siendo de vital importancia obtener los nutrientes necesarios, en cantidad y calidad¹.

Cabe indicar que Cajamarca, según cifras proporcionados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2016, concentra el menor porcentaje de niños menores de 3 años con anemia es de 30.3%³⁰. Esto hace tener un mayor compromiso multisectorial uno de ellos es la Municipalidad de Cajamarca apoyada desde la Gerencia de Desarrollo Social está trabajando en estos aspectos que tienen que ver con la salud de la población para la mejora y fortalecimiento de los servicios que permitan reducir los índices de anemia y desnutrición crónica infantil en la provincia. Al parecer los programas asistenciales, como Vaso de Leche, por ejemplo, que desde hace más de 30 años se viene aplicando en el país y en Cajamarca, en particular, no han dado resultados efectivos en cuanto mejorar el nivel nutricional de los niños, muy por el contrario, pareciera que las autoridades ediles encargadas de llevarlo a cabo, durante todo este tiempo solo habrían buscado algún beneficio³.

En el Distrito de la Encañada siendo uno de los 12 distritos de la Provincia de Cajamarca, ubicado en el departamento de Cajamarca, es uno de los distritos con 49 % de desnutrición crónica en el 2017 y el 24.1% de anemia³, lo que posiblemente se deba a diferentes factores, como pobreza extrema, analfabetismo entre otros⁴. Dentro de las atenciones prioritarias de la Microred de la Encañada para contrarrestar los niveles de Anemia en niños de 0 a 36 meses es el desarrollo del Programa Niño Sano en el cual

está dirigido a niños en edades vulnerables el cual se encarga principalmente de los controles de niños y niñas, por tanto las encargadas son principalmente personal de salud como son las licenciadas de Enfermería, la cuales llevan controles estrictos de cada niño en sus vacunas, tamizaje y como también les brindan asesoramiento de que alimentos son necesarios para el desarrollo y crecimiento de sus niños; también programan visitas el personal de salud a las madres de familia en sus respectivos hogares, para “comprobar” si realmente les administran los micronutrientes a sus niños menores de 3 años a las cuales les reparten para evitar y contrarrestar la anemia en los niños. Y no solo es una visita, sino que además de ello realizan Charlas Educativas en las comunidades cercanas o en los colegios, pero con más frecuencia en el Centro de Salud en donde les enseñan a las madres de familia sobre qué importancia tienen las “chispitas” para los niños en su alimentación, ¿qué contienen?, ¿con qué alimentos se mezclan? y sobre todo que proporciones de alimentos deben de darles a niños según su edad. Y eso lo hacen con el apoyo de la Municipalidad del Distrito; pero no siempre asisten todas las madres de familia sino aquellas madres de familia que en ese momento tienen cita o acudieron por casualidad, lo que el personal de salud busca prevenir la anemia.

Sin embargo, cabe resaltar que en la zona de estudio las madres son reuentes a usar las “chispitas”, asociándolas con algunos mitos, o sencillamente no toman el interés por el consumo de micronutrientes porque la información que brinda el personal de salud, no siempre llega con claridad a la población y mucho de esto depende de la cultura arraigada y más aún de las zonas de donde provienen ya que muchas madres no cuentan con el ingreso económico no tienen acceso muchas veces a los alimentos que les van a proporcionar un mayor beneficio alimentario para sus niños y su familia.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo es la cultura de las familias frente al consumo de micronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños menores de 3 años que pertenece a la Microred Encañada Cajamarca, 2017?

1.3. Justificación e importancia

La cultura que influye en las familias que conocen a la anemia como una enfermedad en los niños, asociándola a la falta de alimentos, las costumbres rurales respecto a la

nutrición de los niños, que siguen patrones culturales, tales como: consumo de harinas o alimentos producidos según temporada agrícola (papa, maíz, y algún cereal), dejando de lado el valor nutricional de cada alimento rico en Fe y otros nutrientes, situación que deviene en una persistente prevalencia de desnutrición infantil. Por ello es, importante conocer la cultura de la población, a fin de comprender la acogida a los micronutrientes, pues muchas veces, el Estado brinda apoyo a la población, pero ésta “lo acepta” sin tomar conciencia de los resultados esperados.

Considerando que las madres de familia son las que cumplen un rol importante en la salud, así como también en la alimentación de sus menores hijos, lo que muchas veces se ve afectado por las creencias, conocimientos, grado de instrucción, mitos, etc. Y cuando sus menores hijos se enferman su primer recurso es el uso de plantas medicinales que estén en su entorno, luego elementos rituales administrados por un curandero; si no da resultado alguno acuden a un boticario para que los mediquen con fármacos y finalmente, al no encontrar resultado alguno acuden a un establecimiento de salud para su diagnóstico y tratamiento por el personal de salud.

Lo que se busca este estudio es comprender la cultura de las madres de familia, frente al consumo de micronutrientes, ya que no solo su estilo de vida es influyente sino los conocimientos, mitos y creencias sobre la suplementación con Micronutrientes en niñas y niños menores de 3 años, utilizando el enfoque intercultural. A fin de encontrar en los resultados información válida, actualizada y confiable porque solo tenemos muchos estudios en los cuales nos muestran números o cifras cuantificables, que solo son archivadas y difundidas, pero no nos muestran el sentir de las madres de familia cuando el personal de salud brinda mensualmente los micronutrientes para prevenir la anemia, además las consejerías, campañas y las charlas demostrativas que mes a mes son programadas en la institución de salud, con el propósito de mejorar las actividades preventivo promocionales.

Por ello la importancia en el desarrollo de la investigación es, tener una nueva forma de ayudar a contrarrestar a la anemia a los problemas de desnutrición que pueden ser tratados a tiempo y tomar mayor conciencia de que no solo el personal de salud es principal involucrado, sino que la población esté implicada en las diferentes actividades que despeñen para así lograr mayor compromiso y responsabilidad social.

1.4. Delimitación de la investigación

La investigación se circunscribe al estudio de la cultura que tienen las familias de la Encañada, respecto al consumo de micronutrientes, en consecuencia, el estudio se centrará en los conocimientos, aspectos sociodemográficos, creencias y mitos que asume la familia frente a la anemia ferropénica en la Encañada.

1.5. Limitaciones:

Como limitaciones de la investigación se encontró que, por tratarse de un tema cultural, en la cual se centrará en el conocimiento, aspectos sociodemográficos, costumbres y mitos; descubriéndose cierta resistencia por parte de las madres de familia, además que mostraron incomodidad, pues, pensaban que se las estaba juzgando en su labor de madres, que no obstante, se propició en todo momento un ambiente de confianza, para poder entender sus manifestaciones culturales, lo cual ayudó a construir un espacio de empatía entre la investigadora y las madres de familia.

1.6. Objetivos:

1.6.1. Objetivo general:

- Comprender la cultura de las familias frente al consumo de micronutrientes para prevenir la Anemia Ferropénica en los niños menores de 3 años en la Microred Encañada.

1.6.2. Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de las familias con niños menores de 3 años consumidores de micronutrientes.
- Analizar los conocimientos sobre el consumo de micronutrientes en las familias con niños menores de 03 años consumidores de micronutrientes.
- Describir los mitos de las familias encañadinas en torno al consumo de los micronutrientes.
- Conocer las costumbres de las familias que reciben micronutrientes respecto a la alimentación que consumen a diario.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial.

2.1.1. Antecedentes Internacionales:

Ocaña, D (2014); realizó un estudio sobre el: **“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, Ambato - Ecuador 2013”**. Cuyo objetivo fue evaluar el impacto del programa de suplementación por deficiencia de hierro es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo. El estudio 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. Los resultados obtenidos fueron 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 concluyendo que el impacto de los micronutrientes en los niveles de hemoglobina condiciona una menor probabilidad de desarrollar anemia⁵.

Espinoza, A (2015); realizó un estudio sobre: **“Factores que influyen en el cumplimiento o no del consumo de chispitas nutricionales en niños y niñas de 6 a 59 meses en centros de salud de la red de salud corea del municipio del alto, Gestión 2014”** La Paz Bolivia. Cuyo Objetivo fue: Determinar los factores que influyen en el cumplimiento o no del consumo de chispitas nutricionales en niños y niñas de 6 a 59 meses. El estudio cualitativo de corte transversal. El cual se llevó a cabo con la mayoría de los padres o tutores que recibieron las Chispitas Nutricionales, de niños y niñas de 6 a 59 meses en su mayoría las consumieron, si bien la mayoría consumió las

Chispitas Nutricionales, más de la mitad consumió menos de 60 sobres con una tolerancia inadecuada con diversas manifestaciones. Concluyendo que los resultados de la investigación indican que los factores relacionados con el consumo de las chispitas nutricionales son, la entrega y tolerancia, los mensajes impartidos por el personal de salud y los conocimientos de los padres o tutores sobre los beneficios y formas de preparación de las chispitas nutricionales⁶.

Rojas M, “Et al” (2017); realizaron un estudio sobre: **“Conocimientos, actitudes y prácticas en la administración de micronutrientes por parte de las madres de niños menores de 3 años que acuden al Sub-Centro de Salud de Sinincay 2016”**. Cuyo objetivo principal fue: determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en la administración de micronutrientes por parte de las madres de niños menores de 3 años de edad que acuden al sub-centro de salud de Sinincay. Esta investigación cuantitativa, descriptiva transversal en la que se trabajó con una muestra de 101 madres de niños menores de 3 años, obtenida de un universo de 270 madres. La recolección de información fue a través de una entrevista utilizando un instrumento que consto de 27 preguntas. Teniendo como resultados 40% de madres tiene un nivel de conocimiento bueno, 73% de madres una actitud positiva y 39% de madres tienen un nivel de prácticas excelente en la administración de micronutrientes⁷.

2.1.2. Antecedentes Nacionales:

Munayco C, “Et al” (2014); realizaron un estudio sobre el: **“Evaluación del impacto de los multimicronutrientes en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú”, en Andahuaylas, Ayacucho y Huancavelica (Perú) en el 2013**”, cuyo objetivo fue determinar el impacto de la administración multimicronutrientes (MMN) en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú, se estableció un sistema de vigilancia centinela en 29 establecimientos de Andahuaylas, Ayacucho y Huancavelica, en niños de 6 a 35 meses de edad, a quienes se les indicó multimicronutrientes (MMN) por un periodo de 12 meses, entre el 2009 y 2011. Además de los datos sociodemográficos de los menores y las madres, se determinó los niveles de hemoglobina al inicio y al final del estudio. Entre los menores que culminaron la suplementación, la prevalencia de anemia se redujo de 70,2 a 36,6% ($p < 0,01$), y se evidenció que 55,0% y 69,1% de niños con anemia leve y moderada al inicio del estudio, la habían superado al término del mismo. Se concluye que la

suplementación con MMN en polvo puede ser una estrategia efectiva en la lucha contra la anemia⁸.

Paredes J, “Et al” (2014): realizaron un estudio sobre: "**Práctica de administración de multimicronutrientes en madres y anemia en niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al área niño del Centro de Salud san Cristóbal· Huancavelica- 2013**": cuyo objetivo es determinar la relación que existe entre la práctica de administración de multimicronutrientes y anemia en niños/as de 6 a 11 meses de edad. Estudio Cualitativa descriptiva, cuya población lo constituyó 78 niños de entre 6 a 11 meses de edad con sus respectivas madres y la muestra fue de 34 niños con sus respectivas madres. Estudio cuantitativo cuya técnica de recolección de datos, para la variable práctica de administración de multimicronutrientes: se utilizó la entrevista cuyo instrumento fue la guía de entrevista y la técnica para la variable anemia fue el análisis documental cuyos resultados fueron 97.1 % de las madres realizan una práctica regular de administración de multimicronutrientes mientras que solo 2.9% de las madres realizan una adecuada administración de multimicronutrientes⁹.

Hinostroza, M (2015); realizó un estudio sobre: "**Barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a la suplementación con multimicronutrientes en madres de niños menores de 36 meses, Cercado de Lima entre diciembre 2013 y mayo 2014**". Estudio de enfoque mixto, la fase cuantitativa tuvo un diseño observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal y la fase cualitativa, un diseño de teoría fundamentada. Zonas de Barrios Altos y Margen Izquierda del Río Rímac, distrito de Cercado de Lima. Una de las barreras en las madres de baja adherencia fue el desagrado constante de los niños al multimicronutrientes. Una de las motivaciones de las madres de alta adherencia fue obtener el bienestar del niño y la persistencia de actores claves. Las barreras presentes en ambos grupos fueron las creencias populares, malestares del suplemento y dificultades para recogerlo. Las motivaciones en los dos grupos fueron la accesibilidad al establecimiento de salud, los beneficios del suplemento, la opinión positiva del estilo de comunicación del personal de salud, los saberes de la madre sobre la suplementación y la influencia positiva de la familia¹⁰.

García, C (2016); realizó un estudio sobre: "**Conocimientos de los padres de la población infantil sobre la suplementación de multimicronutrientes en polvo en un centro de salud del MINSA 2015 Lima- Perú**". Cuyo Objetivo fue: detallar los

conocimientos sobre la suplementación de los multimicronutrientes en polvo; el estudio es de tipo cuantitativo; de nivel descriptivo de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por el total de padres de familia que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro Materno Infantil. En el consultorio se atienden al año en promedio de 1200 niños de 6 a 35 meses; durante el periodo de recolección de datos que fueron los meses de diciembre 2014 a febrero 2015, la técnica fue una entrevista y encuesta. Los resultados que se hallaron en este estudio son: 59,6% tienen conocimientos de los multimicronutrientes, a pesar de ello presentan un desconocimiento sobre la preparación del suplemento; desconociéndose en qué tiempo debe brindarse la combinación del multimicronutriente, y como debe combinarse los alimentos y el multimicronutriente¹¹.

Mamani N, “Et al” (2016): realizó un estudio sobre: **“Intervención de enfermería en el uso de Multimicronutrientes y la efectividad en los Valores de hemoglobina en niños de 6 a 35 meses, Establecimiento de salud I-3 Atuncolla- Puno, 2015”**, cuyo objetivo fue determinar la efectividad de la intervención de enfermería en el uso de multimicronutrientes en los valores de hemoglobina en niños de 6 a 35 meses; fue de tipo explicativo-cuasi-experimental con diseño Pre-post test de dos grupos, experimental y control; la población estuvo constituida por 85 niños de 6 a 35 meses de edad, con una muestra de 26 niños suplementados con multimicronutrientes (MMN) cada grupo estuvo formado por 13 niños, además de la entrevista, observación, y como instrumento el formato de registro de Hb y la ficha de monitoreo de la suplementación en la vivienda. Se concluyó que la intervención de enfermería con técnica de demostración y visitas domiciliarias en el uso de multimicronutrientes es efectiva en el incremento de los valores de Hb en niños del grupo experimental en comparación a la consejería de enfermería en el consultorio del grupo control¹².

Solano, L (2017); realizó un estudio sobre: **"Conocimientos y prácticas que tienen las madres sobre los multimicronutrientes que reciben sus niños en un centro de salud, 2016 Cercado de Lima,"**. Cuyo objetivo principal fue; determinar los conocimientos y prácticas que tienen las madres sobre los multimicronutrientes que reciben en un Centro de Salud. Se realizó en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja, ubicado en el Cercado de Lima, y. Es un estudio tipo cuantitativo, nivel aplicativo método descriptivo de corte transversal. La población estuvo compuesta por 86 madres

y la muestra fue de 45 madres mediante muestreo no probabilístico. El instrumento fue el cuestionario que fue aplicado previo consentimiento informado. Las conclusiones fueron que la mayoría de madres conocen y tienen prácticas adecuadas sobre los multimicronutrientes; sin embargo, desconocen sobre las contraindicaciones y los efectos secundarios de los mismos¹³.

Santisteban C, “Et al” (2017); realizaron un estudio sobre: **“Relación entre la adherencia al tratamiento con micronutrientes y el nivel de hemoglobina en los niños menores de 36 meses del Centro de Salud San Martín Lambayeque – 2017”**; tuvo por objetivo de definir la relación existente entre la adhesión al tratamiento con micronutrientes y los niveles de hemoglobina en niños menores de 36 meses que acuden al Centro de Salud “San Martín”. Estudio cuantitativo con diseño correlacional transversal. La muestra estuvo conformada por 56 niños y sus madres o cuidadoras. Los resultados mostraron que solo un 58.9 % de niños menores de 36 meses de edad presentan adherencia al tratamiento con micronutrientes a diferencia de 41,1% de niños que no presentaron adherencia, después de la suplementación con micronutrientes se observó una mejoría en los niveles de hemoglobina el 82.1% de los niños menores evaluados evidenciaron niveles altos de hemoglobina. Concluyendo que existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento con micronutrientes y el nivel de hemoglobina. Siendo la suplementación con micronutrientes una estrategia efectiva para la prevención de la anemia, sin embargo, su efectividad depende de la adherencia a este tratamiento¹⁴.

Aparco J, “Et al” (2017); realizaron un estudio sobre: **“Barreras y facilitadores a la suplementación con micronutrientes en polvo. Percepciones maternas y dinámica de los servicios de salud”**, cuyo objetivo fue: Explorar las barreras y facilitadores para la suplementación con micronutrientes en polvo (MNP) en madres de niños de 6 a 35 meses de edad de Tacna, Loreto, Puno y Lima. Siendo un estudio cualitativo, exploratorio con enfoque de teoría fundamentada, realizado en Lima, Tacna, Loreto y Puno. Aplicándose entrevistas a profundidad a madres de niños menores de tres años y observación en establecimientos de salud para explorar las barreras y facilitadores a la suplementación con MNP. Encontrándose como barreras: a nivel de sistema de salud, a las dificultades para acceder al Establecimiento de Salud, los rumores negativos al suplemento en la sala de espera y el maltrato del personal de salud; a nivel del producto

(MNP), la falta de conocimiento sobre el suplemento, el sabor y los efectos secundarios y a nivel de la madre, aparecen barreras como la falta de tiempo, el olvido, las dificultades en la preparación del MNP y la oposición al uso del suplemento por parte del esposo. Los principales facilitadores fueron: recibir información del personal de salud sobre la mejora del niño, la percepción de la madre de que el niño mejora y testimonios positivos sobre el MNP de familiares o vecinas. Llegando a la conclusión de que existen barreras relacionadas al sistema de salud, al producto (MNP) y al comportamiento de niños, madres y familia / comunidad, que son necesarios abordar con estrategias que permitan superar estas dificultades, ya que impiden que los niños consuman diariamente, en una preparación adecuada el suplemento de MNP¹⁵.

Rodríguez, J (2017): realizaron un estudio sobre: “**Intervención educativa sobre el conocimiento de las madres en la administración de micronutrientes en niños de 6 a 36 meses de edad en el centro de salud Raúl Porras Barrenechea – Carabayllo**”, cuyo objetivo fue: determinar el efecto de la intervención educativa para incrementar el nivel de conocimientos de las madres sobre la administración de micronutrientes en niños de 6 a 36 meses en el centro salud Raúl Porras Barrenechea Carabayllo. Este estudio fue cualitativo de diseño prospectivo. La muestra estuvo conformada por veinte 20 madres con hijos de seis meses hasta los 36 meses de edad, la técnica empleada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Teniendo como conclusión el nivel de conocimiento de las madres sobre la administración del micronutriente antes de la intervención educativa fue medio, con tendencia a bajo. Después de la intervención el nivel de conocimiento fue alto. El nivel de conocimiento de la totalidad de las madres, sobre la administración del micronutriente después de la intervención, según las dimensiones fue 100% alto en las dimensiones generalidades, preparación y beneficios. En la dimensión esquema fue alto 95% y medio 5%¹⁶.

2.1.3. Antecedentes Regionales:

Flores L “Et al” (2013); realizaron un estudio sobre: “**Actitud de las madres de niños de 6 meses a 3 años atendidos en el centro de salud de Ichocán frente a la administración de micronutrientes según características sociodemográficas 2012**”; tuvo como objetivo determinar la relación entre la actitud de las madres de niños de 6 meses a 3 años atendidos en el centro de salud Ichocán frente a la administración de micronutrientes. Esta investigación fue descriptivo, deductivo y correlacional en una

población de 60 madres beneficiarias del programa niño y que reciben la suplementación con estos micronutrientes, en el que se estudió y analizó la relación que existe entre la actitud de las madres y las características sociodemográficas de las mismas. Se usó para la recolección de datos una encuesta según la escala de Likert y fue ordenado informáticamente a través del uso de programas de Microsoft office Excel y codificado con el programa estadístico SPSS versión 20. Concluyendo en que las madres de los niños antes mencionados en su mayoría tienen actitud positiva frente a la administración de los micronutrientes. En relación a los factores sociodemográficos que el grado de instrucción de más de la mitad tiene únicamente primaria, referente al estado civil más de la mitad de éstas son convivientes y la ocupación que tienen más de los cuatro quintos de las madres son amas de casa. Se concluyó además que existe relación entre la actitud de las madres y las características sociodemográficas¹⁷.

2.1.4. Antecedentes Locales:

Calderón, R (2015); realizó un estudio sobre: **“Anemia en el menor de tres años y factores Sociodemográficos de la familia. - C.S. Baños del Inca- 2014”**. Cuyo objetivo fue: determinar y analizar la relación entre el grado de anemia en el menor de tres años y factores sociodemográfico de la familia. C.S. Baños del Inca. Este estudio fue descriptivo, analítico, correlacional y prospectivo, con una muestra conformada por 171 historias clínicas del menor de tres años; se utilizó un formato pre-estructurado previa validación por expertos. Los resultados reflejaron que del total de las historias clínicas revisadas presentan algún grado de anemia, y el porcentaje más elevado corresponde a anemia leve con un 54.4%. De los factores sociodemográficos, las madres de los niños menores de tres años mayormente se encuentran en el grupo etario de 20 a 29 años de edad, son convivientes, profesan la religión católica, con primaria incompleta, gran porcentaje reside en la zona rural, casi la totalidad es ama de casa, su ingreso económico es menor del salario mínimo vital, y más de la mitad cuentan con más de 4 miembros en la familia. Los resultados mostraron que existe relación altamente significativa estadísticamente entre la anemia del menor de tres años con el grado de instrucción, residencia y ocupación; así como también una relación significativa estadísticamente entre la edad de la madre y el ingreso económico familiar, al igual que con el sexo, edad del niño y el nivel de hemoglobina¹⁸.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Origen y concepto de Cultura

La palabra cultura procede del verbo latino *colere*, la cual designa el acto de “cultivar” la tierra (de donde deriva la agricultura) como el de “honrar”, “rendir culto”, “tributo”, especialmente a los dioses.

Existen muchas definiciones de cultura, entre las cuales tenemos:

E.B. Tylor: “La cultura es el conjunto complejo que incluye conocimiento, creencias, arte, moral, ley, costumbre y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad¹⁹”.

F. Silva Santisteban: “La palabra cultura comprende todos los modos de comportamientos socialmente adquiridos, por tanto, es la manera de pensar, de sentir, de actuar y de creer de los grupos humanos; es decir la manera total de vivir de las sociedades y como éstas se adaptan a medio ambiente y logran transformarlo²⁰”.

Según Irmgard Rehaag (2007) durante la larga historia de los intercambios de características culturales, que traspasaron los pueblos y fronteras, se desarrollaron las culturas de la humanidad. Ninguna cultura se desarrolló en un vacío, sino que lo hizo a partir del encuentro y la comparación con otras. La cultura se refiere al conjunto de relaciones que el ser humano establece consigo mismo, con los otros seres humanos y con la naturaleza³⁰.

Irmgard Rehaag (2007) señala que la conferencia mundial de la UNESCO sobre política cultural, es considerada en un sentido amplio como la totalidad de aspectos espirituales, intelectuales, materiales y emocionales de una sociedad o un grupo social. Esto no solamente abarca el arte y la literatura, sino también las formas de vivir, los derechos fundamentales del ser humano, sistema de valores, tradiciones y creencias. La cultura de un grupo abarca la forma de vida específica y distintiva de un grupo, los significados, valores e ideas que se transmiten en las relaciones sociales³⁰.

Así, la cultura es la forma como vive una determinada sociedad o grupo social; se transmite de generación en generación a través de la imitación, el aprendizaje y las experiencias. Cada cultura tiene una vertiente nacional, igual que una individual que se

refleja en los valores y características de cada persona. La base individual cultural de una persona es formada por la familia, religión, educación, profesión, raza, generación, vecinos, amigos, región geográfica, el género. La diversidad de las áreas que marca la unicidad de cada individuo refleja también la diversidad de las características culturales (Irmgard Rehaag, 2007). Para poder entender y juzgar alguna práctica cultural de otro pueblo debemos conocer y comprender su cultura³⁰.

2.2.2. Características de la Cultura:

Entre las características de la cultura tenemos:

La cultura es aprendida.

Las normas de la conducta que constituyen una cultura no están genética ni biológicamente determinadas. A lo largo del proceso de socialización las personas adquieren las actitudes y creencias en uso, las formas de conductas apropiadas a los roles que le competen²².

La cultura cambia.

Se entiende que esta forma que toda sociedad y cultura están en un proceso continuo de transformación, la cual se hace de diferentes formas. En este proceso como resultado del contacto prolongado de grupos sociales con culturas diferentes se produce el fenómeno de aculturación, el cual se produce cuando grupos de individuos con culturas diferentes entran en contacto directo y continuo. En este sentido, al proceso en el cual una persona o sociedad va adoptando rasgos propios de otra cultura, se llama aculturación²³. La aculturación adopta varias formas, entre ellas tenemos:

Adaptación: Cuando los elementos de una cultura se ajustan a la de otra, en su forma equilibrada.

Asimilación: Una de las sociedades asimila los patrones o complejos de rasgos culturales de la otra y con el tiempo se constituyen en una cultura indiferenciable.

Inducción: Una de las culturas prevalece como dominantes mientras la otra pierde autonomía.

Extinción: Cuando una cultura va extinguiéndose por la desaparición de sus miembros, hasta que deja de funcionar²³.

2.2.3. La cultura como estilo de ser, de hacer y de pensar como un conjunto de obras e instituciones:

Esta es la concepción antropológica en la cual la cultura comprende el conjunto de rasgos que caracterizan los modos de vida, y se manifiesta a través de una serie de objetos, modos de actuar, de pensar que son creados y transmitidos por los hombres como resultado de sus interacciones. El modo de vestirse, peinarse, la forma de criar los niños, las reglas de conducta, los modos, usos, hábitos e instituciones. Frente a la cultura así entendida, toda persona es más o menos oclulta y toda persona es productora de cultura, aunque lo sea de manera diversa²⁴.

2.2.4. Cultura y sociedad.

Una cultura es el modo de vida de un pueblo; en tanto que una sociedad es el agregado organizado de individuos que siguen un mismo modo de vida²³.

Una sociedad está compuesta de gentes, el modo cómo se comportan es su cultura. Cabe decir cuando consideramos nuestra segunda cuestión, de si la conducta social no es el mismo tiempo conducta cultural. También, en este caso, al afirmar que el hombre es un animal social, que configura sus relaciones con sus compañeros de acuerdo con las instituciones sociales²⁴.

Las instituciones sociales deben ser entendidas ampliamente, de suerte que comprendan tanto las orientaciones económicas y políticas como las basadas en el parentesco y en la libre asociación. Pero difícilmente el concepto de modo que influya aspectos tales del comportamiento humano como la religión, las artes y las lenguas. Toda cultura no es sino la “cosificación” del comportamiento individual, también toda sociedad humana es una “cosificación” (o “reificación”) a base de la sucesión de seres humanos que componen un grupo. Todo lo que la enlaza al pasado son patrones de conducta que han sido transmitidos a la gente que ahora la compone. El estudio de la sociedad es importante, porque es esencial comprender cómo el hecho de que el hombre vive en agregados afecta su conducta²⁴.

2.2.5. Rasgo cultural y complejo cultural.

La estructura de la cultura se ha diseñado adecuadamente en los términos rasgo, complejo, área y pauta. Se trata de una progresión lógica. El “rasgo” la unidad más

pequeña que podemos detectar, se combina con otros rasgos para formar un complejo. Los “complejo” se hallan orientados de modo que prestan a una cultura sus formas distintivas que se llaman sus pautas. La distribución de pautas de vida similares en una región dada constituye un “área cultural”²⁴.

Los conceptos de rasgos cultural y de complejo cultural son propios de una manera de abordar el problema que analiza todos los aspectos del hombre y de su mundo en componentes, que con sus permutaciones y combinaciones constituyen los “todos” más amplios que distinguimos como culturas singulares²⁴.

2.2.6. Identidad étnica o cultural:

Según Roncal (2006) la cultura juega un papel muy importante en la construcción de la identidad. El concepto de identidad social refiere el grupo al que la persona pertenece o desea pertenece. Esto quiere decir que el primer criterio a tomar en cuenta para definir “identidad” es la existencia de un grupo. Cada persona también tiene su propia identidad, algo que lo identifica como un ser particular. Pero esa identificación personal está dentro de una cultura, de una existencia social. Lo esencial para los pueblos es que su cohesión, al igual que su proyecto de vida, lo que es lo mismo su identidad colectiva²⁴.

La identidad no es otra cosa que la posesión de rasgos personales, culturales, y de otra índole, que permite a una persona saber quién es y saber por qué es diferente de los demás. Proporciona los elementos básicos para la autoidentificación y la identificación de los otros y la creación de vínculos de pertenencia y solidaridad para la definición de fines comunes y el desarrollo de proyectos colectivo. (Roncal 2006)²⁵.

2.2.7. Cultura indígena, andina e identidad nacional peruana.

a) Cultura indígena:

La cultura Indígena es una cultura antigua (con modificaciones internas tenidas), al igual que la cultura de los griegos, egipcios, chinos; con creencias, mitos, costumbre, racionalidad económica propia. Dentro de toda la cultura existente en el país, lo indio representa la cultura indígena y representa una cultura aparte de sus respectivas culturas nacionales. Se les considera el escalón más bajo de la cultura nacional a pesar de su exclusividad y no competencia con el sistema nacional²⁵.

b) Cultura andina:

Entendemos lo andino como todo aquello que pertenece al ande (no a lo indígena), es decir, a lo que se encuentra en los andes. En ese sentido la cultura andina ha pasado por muchas modificaciones en el proceso de formación de lo andino. En ella forma parte todo lo andino: aparte de lo indígena, la religión cristiana, las formas de comunidades campesinas (venidas desde España), las fiestas de toros, procesiones, etc. Como consecuencia, el universo económico, social y cultural de mundo andino, no se puede explicar sin elementos agregantes de otra tradición cultural como la hispana, que forman parte del acervo andino²⁶.

c) Cultura e identidad nacional:

Para definir lo que es una cultura nacional, la cual, alude a un conjunto de personas con las características de habitar en un mismo territorio, tener una misma lengua, tener coincidencia cultural: tradiciones, costumbre, etc; tener unidad histórica en el pasado, cohesión en el presente y una comunidad de aspiraciones para el futuro, unidad de raza entre otras²⁶.

En ese sentido, la cultura nacional también se encuentra en proceso de formación, donde lo andino es uno de los principales pilares; es decir, no constituye sólo lo andino su esencia, sino que existen otros valores, elementos que se van incorporando y/o fusionado y que conllevan a la formación de una cultura nacional. En ese sentido, es menester definir una cultura nacional que permita dar cuenta del proceso de construcción hacia una identidad legítima y por lo tanto nacional. De allí también se puede decir que lo nacional es el esfuerzo por conseguir la identidad que se está formando; por tanto, es menester definir una cultura nacional que permita dar cuenta del proceso de construcción hacia una identidad legítima y por lo tanto nacional²⁶.

Para algunos, el punto culminante de la identidad nacional, estaría en la culminación de la mezcla de sangres, en la fusión de la cultura autóctona con las variantes ecuménicas, en la consolidación del desarrollo capitalista en el Perú, en donde lo local y lo universal se combinen.

2.2.8. Diversidad cultural, multiculturalidad:

Multiculturalidad en el Perú:

Cuando hablamos de pluriculturalismo nos referimos a la constatación empírica del país como una realidad social compleja compuesta por una diversidad de culturas híbridas. En este sentido, multiculturalismo puede ser sinónimo de pluriculturalidad como de interculturalidad. El Perú se diferencia de sus vecinos por su difusa multiculturalidad. En la región andina también coexisten varios grupos étnicos a los que muchas veces no reconocemos como tales, porque se encuentran unificados en una lengua común, ya sea quechua, con sus diferentes variantes regionales²⁷.

Esta diversidad cultural se presenta como una compleja fusión y mixturas de culturas que superpuestas, hacen que nos encontremos actualmente con una realidad plural difusa e híbrida²⁷.

La diversidad cultural del Perú es el resultado de una larga y compleja historia iniciada hace miles de años con el poblamiento de nuestro territorio y la domesticación de plantas y animales por los primeros habitantes de la costa, la sierra y la Amazonía²⁷.

2.2.9. Cultura alimentaria:

La evolución en los hábitos de alimentación es un factor clave en el desarrollo cultural humano: desde la caza y las técnicas culinarias primitivas orientadas a la mera supervivencia a la aparición de nuevos patrones de alimentación como la comida rápida, pasando por la sofisticación de algunas tradiciones gastronómicas, nuestra forma de comer dice mucho de quiénes somos²⁴.

Es así como en algunas culturas el alimento, la forma en cómo se consumen y se combinan, está por encima del teatro, la música, la danza y la poesía. Sin embargo, a lo largo de los años este arraigo por los alimentos y su significado se ha ido perdiendo o bien modificado por la adopción de nuevas culturas (costumbres) que van desde la eliminación de ingredientes hasta la adición de los mismos, todo ello por exigencias de las comunidades y consumidores que han transformado las necesidades básicas de nutrición en deseos o gusto por ciertos sabores²⁴.

2.2.10. Costumbres y tradiciones:

Los seres humanos creamos cultura. Nuestras formas de pensar, de sentir y de actuar, la lengua que hablamos, nuestras creencias, la comida y el arte, son algunas expresiones de nuestra cultura. Este conjunto de saberes y experiencias se transmite de generación en generación por diferentes medios. Los niños aprenden de los adultos y los adultos de los ancianos. Aprenden de lo que oyen y de lo que leen; aprenden también de lo que ven y experimentan por sí mismos en la convivencia cotidiana. Así se heredan las tradiciones. Mediante la transmisión de sus costumbres y tradiciones, un grupo social intenta asegurar que las generaciones jóvenes den continuidad a los conocimientos, valores e intereses que los distinguen como grupo y los hace diferentes a otros. Conservar las tradiciones de una comunidad o de un país significa practicar las costumbres, hábitos, formas de ser y modos de comportamiento de las personas²⁴.

2.2.11. Anemia Ferropénica:

Las células requieren del aporte de oxígeno para su correcto funcionamiento. Los encargados de llevar oxígeno a los tejidos son los hematíes, también llamados eritrocitos o glóbulos rojos. En su interior se halla una proteína compleja, la hemoglobina, que es la que transporta el oxígeno y el dióxido de carbono que se intercambian en los alveolos pulmonares. Parte de esta proteína es el grupo hemo, formado por un núcleo de hierro, que tiene la capacidad de unirse de forma reversible al oxígeno²⁵.

Si por la causa que sea existe un déficit de la disponibilidad de hierro en el organismo, disminuye la producción de hematíes, situación que recibe el nombre de anemia por falta de hierro o ferropénica. La falta de hierro es la causa más frecuente de anemia. Los valores normales de hierro en el organismo son de unos 50-55 mg por kg de peso en el hombre y de unos 35-40 mg por kg de peso en la mujer. La ingesta de hierro diaria suele ser de entre 10 y 30 mg, de los cuales solamente 1 mg se absorbe a nivel del duodeno y el yeyuno proximal y medio. Una vez absorbido, pasa a la sangre unida en su mayor parte a una proteína transportadora, la transferrina, aunque una porción menor se une a otra proteína llamada ferritina, que permite valorar los depósitos de hierro del organismo. El hierro llega a los precursores de los hematíes en la médula ósea y pasa a formar parte del grupo hemo, que luego se unirá a unas proteínas para formar la

hemoglobina. El hierro que no se use quedará depositado en los macrófagos en forma de ferritina y hemosiderina²⁵.

2.3. Marco conceptual.

2.3.1. Micronutrientes:

Son un complemento vitamínico y mineral en polvo que se pueden esparcir sobre cualquier alimento semisólido listo para consumir. Está constituida por fumarato ferroso micro encapsulado, cada gramo de micronutriente contiene 12,5 mg de hierro elemental, el cual satisface las recomendaciones de 1 mg de hierro elemental por Kg de peso por día, además contiene Zinc (5 mg), Ácido Fólico (160 ug), Vitamina “A” (300 ug), Vitamina “C” (30 mg) y malto dextrina como vehículo, que ayuda al organismo a una mejor asimilación del hierro y a prevenir otras enfermedades. Este suplemento está indicado para las niñas (os) de 6 a 35 meses de edad. Este polvo se encuentra encapsulado (capa lipídica) impidiendo la disolución del hierro en las comidas evitando cambios en el color, sabor y olor. Estos multimicronutrientes actúan como un medio para controlar el desarrollo de las anemias nutricionales y otras deficiencias de micronutrientes comunes³¹.

2.3.1.1. Composición del Suplemento:

COMPOSICIÓN	DOSIS
HIERRO	12.5 mg.
ZINC	5 mg.
ÁCIDO FÓLICO	160 ug
VITAMINA A	300 ug
VITAMINA C	30 mg.

Fuente: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/cobertura.html>

a) Hierro:

Es un mineral esencial para la vida, es el componente fundamental de la hemoglobina, que tiene como función el transporte de oxígeno a través de la sangre a los tejidos y retirar de los mismos el dióxido de carbono. El interés por el déficit de hierro se ha visto

estimulado por el hecho de ser la deficiencia nutricional más frecuente que presenta la anemia. El niño conforme crece va aumentando la cantidad de sangre total que posee, y para formarla se precisa hierro. En periodos de crecimiento rápido (primera infancia y adolescencia), si no se ingiere suficiente cantidad de hierro se produce menos sangre, apareciendo anemia. Las necesidades de ingesta de hierro son de 6 mg al día en el primer semestre de vida, 10 mg al día en la segunda mitad del primer año y durante la infancia. La anemia por deficiencia de hierro, que ocurre cuando los niveles de hierro son muy bajos, puede contribuir a la muerte; también puede provocar un deficiente crecimiento y desarrollo, disminuir la resistencia a las infecciones²⁹.

b) Vitamina A:

La vitamina A es una vitamina liposoluble; se conoce también como retinol, ya que genera pigmentos necesarios para el funcionamiento de la retina o también como un ácido (ácido retinoico). Desempeña un papel importante en el desarrollo de una buena visión, especialmente ante la luz tenue. También interviene activamente en una serie de funciones fisiológicas tales como: diferenciación celular, integridad de las membranas, desarrollo de todos los tejidos especialmente para el ocular (visión), respuesta inmunológica, en la salud de la piel, formación de los huesos y crecimiento. Se absorbe fácilmente en el tubo digestivo, aunque disminuye en un consumo reducido de proteínas, o deterioro de las funciones hepática o pancreática. El déficit de la vitamina A contribuye a mantener una deficiencia de hierro, ya que compromete la producción de células rojas, reduce la capacidad de almacenaje y absorción de hierro de los alimentos y aumenta la susceptibilidad a infecciones. Los alimentos fuentes ricas en Vitamina A proviene de fuentes animales como el huevo, la carne, la leche, el queso, la crema, el hígado, el riñón y el aceite de hígado de bacalao³¹.

c) Zinc:

El zinc es un micronutriente de gran importancia, esencial para la síntesis de proteínas, el crecimiento y la diferenciación celular, la función inmunitaria y el transporte intestinal de agua y electrolitos. Este mineral se encuentra en mayor porcentaje en la musculatura y el tejido óseo, el resto en el cabello, ojos, piel, uñas, testículos, etc. El zinc es esencial para el metabolismo normal del hierro y la prevención de la anemia. La carencia de zinc implica un mayor riesgo de infecciones gastrointestinales, efectos adversos sobre la estructura y la función del aparato digestivo y disfunción inmunitaria.

Las necesidades diarias son 5 mg en el lactante y 10 mg en el niño(a), las principales fuentes son carnes y cereales³¹.

d) Vitamina C:

La vitamina C, o ácido ascórbico, es un sustrato que interviene en la síntesis de colágeno, que es la proteína de muchos tejidos (óseo, piel, mucosas, etc.) reacciona con los radicales libres por lo que tiene una función antioxidante. Ayuda al cuerpo a absorber el hierro presente en alimentos de origen vegetal y puede fortalecer algunos componentes del sistema inmunológico. Una deficiencia prolongada puede ocasionar escorbuto, deficiencia en la formación de tejidos sanos impidiendo una cicatrización adecuada, dificultades en la reconstrucción de huesos y sangramiento interno de órganos. Si son tratadas a tiempo, estas condiciones se pueden revertir de lo contrario pueden llegar a ser fatales. Las necesidades de ingesta son de 35 a 40 mg por día en el lactante y un poco más, 50 a 60 mg diarios en niños y adolescentes³¹.

e) Ácido fólico:

Ácido fólico o folato viene de la palabra latina “folium”, que significa “hoja”; es una vitamina hidrosoluble, importante para la producción de glóbulos sanguíneos, crecimiento adecuado de la placenta y el feto, también para prevenir la malformación del tubo neural que se forma en el primer trimestre de embarazo. Actúa como enzima en el metabolismo de los aminoácidos. Los folatos funcionan en conjunto con la vitamina B12 y la vitamina C en la utilización de las proteínas. Es importante señalar que el Ácido Fólico es básico para la formación del grupo “hemo” (parte de la hemoglobina que contiene el hierro), por eso está relacionado también con la formación de glóbulos rojos normales. Los lactantes precisan una ingesta de 60mgr al día, el niño escolar 100mgr al día. Se encuentra en casi todos los alimentos vegetales o animales. Su déficit ocasiona anemia y alteraciones dermatológicas³¹.

2.3.2. Función de los micronutrientes en la nutrición:

Los micronutrientes también conocidos como vitaminas y minerales son componentes esenciales de una dieta de alta calidad y tienen un profundo impacto sobre la salud. Aunque sólo se necesitan en cantidades ínfimas, los micronutrientes son los elementos esenciales para que el cerebro, los huesos y el cuerpo se mantengan sanos²³.

Junto con la lactancia materna, consumir una amplia gama de alimentos ricos en nutrientes es la manera ideal de que los niños pequeños obtengan los micronutrientes esenciales en sus dietas. Pero en muchas partes del mundo, las dietas de los niños no contienen suficientes micronutrientes y las carencias son generalizadas²⁵.

Las carencias de micronutrientes se califican a menudo como “hambre oculta”, porque se desarrollan gradualmente con el tiempo, y sus efectos devastadores no se observan hasta que ya han causado un daño irreversible. Aunque puede que el niño se vaya a dormir todas las noches con el estómago lleno, las carencias de micronutrientes significan que su cuerpo está todavía hambriento de una buena nutrición²⁵.

Millones de niños sufren retraso en el crecimiento, retraso cognitivo, debilidad inmunológica y enfermedades como resultado de las carencias de micronutrientes. Para las mujeres embarazadas, la falta de vitaminas y minerales esenciales puede ser catastrófica, y aumenta el riesgo de que sus hijos sufran bajo peso al nacer, defectos de nacimiento, abortos e incluso la muerte²³.

a) Principales carencias:

La principal causa de daño en el cerebro de los niños que es posible evitar es la carencia de yodo. Sus efectos más devastadores ocurren durante el período de desarrollo fetal y en los primeros años de vida de un niño. A nivel mundial, un 30% de la población mundial vive en zonas con carencia de yodo.

La carencia de vitamina A afecta a un tercio de los niños que viven en contextos de bajos y medianos ingresos, principalmente en África subsahariana y Asia meridional. La carencia de vitamina A debilita el sistema inmunológico y aumenta el riesgo de que el niño contraiga infecciones como el sarampión y las enfermedades diarreicas, y de que muera a causa de ellas²⁹.

La carencia de hierro puede ocasionar la anemia, que aumenta el riesgo de hemorragia y de sufrir una infección bacteriana durante el parto y está implicada en las muertes maternas. A su vez, los bebés pueden nacer prematuramente y sufrir infecciones, problemas de aprendizaje y retraso en el desarrollo. Casi el 40% de las mujeres embarazadas y más del 40% de los niños menores de 5 años de los países en desarrollo son anémicos. Se estima que aproximadamente la mitad de estos casos se deben a la carencia de hierro²⁹.

La carencia de zinc deteriora la función inmunológica y se asocia con un mayor riesgo de infecciones gastrointestinales. Es también un factor que contribuye a las muertes infantiles por diarrea. La carencia de zinc es especialmente frecuente en países de bajos ingresos debido al consumo escaso de alimentos ricos en zinc y a una absorción inadecuada.

Las carencias de calcio, vitamina D y ácido fólico son una preocupación muy concreta durante el embarazo y pueden conducir a una serie de complicaciones para la salud de la madre y del bebé en crecimiento⁹.

b) Se evitan y tratan las carencias de micronutrientes.

Los programas de suplementación aportan micronutrientes específicos que no están disponibles como parte de la dieta habitual. La suplementación es especialmente importante cuando la necesidad de micronutrientes que tiene el cuerpo es especialmente alta, como por ejemplo durante el embarazo, y es difícil satisfacerla solamente con la alimentación. Un ejemplo es la administración de suplementos de hierro y ácido fólico a las mujeres embarazadas, una práctica que puede reducir el riesgo de bajo peso al nacer, la anemia materna y la carencia de hierro.

El enriquecimiento a gran escala es el proceso de añadir micronutrientes a los alimentos o condimentos que son consumidos regularmente por la población, tales como la harina, el azúcar, la sal y los aceites para cocinar. Los programas de enriquecimiento son muy eficaces en la prevención de las carencias de micronutrientes a un costo mínimo a menudo sólo unos centavos por persona al año. Los programas de yodación universal de la sal y de enriquecimiento de la harina (para agregar hierro) han tenido éxito en el enriquecimiento a gran escala en muchos países.

Los programas de enriquecimiento en el hogar proporcionan a los cuidadores polvos de micronutrientes para que los espolvoreen sobre los alimentos que se preparan para los niños en casa. Esto puede mejorar significativamente la calidad dietética de los alimentos complementarios para los niños de 6 meses a 2 años²⁹.

Estas estrategias, junto con la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas y la eliminación de parásitos, pueden reducir al mínimo la pérdida de micronutrientes y reducir las carencias de micronutrientes entre los grupos vulnerables.

c) La causa de las carencias de micronutrientes:

Los factores inmediatos, tales como la ingesta inadecuada de alimentos nutritivos y las enfermedades infecciosas, y factores subyacentes, como la pobreza y los entornos insalubres. Abordar estos factores puede convertirse en un proceso problemático. Un aumento en la ingesta de alimentos nutritivos puede resultar difícil porque los alimentos ricos en micronutrientes son a menudo caros y no resulta fácil conseguirlos. Para ilustrar esta afirmación, la carencia de hierro es el problema nutricional más generalizado del mundo, pero los progresos para eliminarlo han sido limitados, en parte, porque los alimentos ricos en hierro, como el hígado, las carnes rojas, los huevos, los pescados, el pan integral y las legumbres, no están ampliamente disponibles o no son asequibles para muchas familias²⁵.

Las enfermedades infecciosas y las carencias de micronutrientes se agravan mutuamente en un círculo vicioso. Las infecciones agotan los micronutrientes en un momento en que el cuerpo más los necesita. Debido a que tiene muy pocas reservas para recurrir a ellas, el sistema inmunológico se debilita aún más y tiene menos posibilidades de combatir la infección³⁰.

Factores subyacentes tales como las prácticas de atención inadecuada y un ambiente insalubre en el hogar, que incluye un abastecimiento deficiente de agua potable y de saneamiento, también amenazan la ingesta de alimentos y aumentan las infecciones. Llegar a las poblaciones de mujeres y niños más vulnerables es también un desafío, particularmente durante los primeros 1.000 días esenciales del desarrollo, que van desde el embarazo hasta el segundo cumpleaños de un niño³⁰.

2.3.3. Preparación de los Multimicronutrientes²:

- El primer paso debe ser: Lavarse las manos con agua y jabón antes de preparar el suplemento.
- Segundo paso: En el mismo plato, separar dos cucharadas de la comida (de consistencia espesa como papilla, puré o segundo).
- Tercer paso: Echar todo el contenido del sobre de Multimicronutrientes en la porción de comida separada previamente.
- Cuarto paso: Mezclar el suplemento con la comida de manera que queden bien integrados.

- o Quinto paso: Darle de comer a la niña o niño la mezcla, luego continuar con el resto de la comida¹³.

Esquema de suplementación con MMN Y FE para niñas y niños menores de 36 meses*:

Condición del niño	Presentación del hierro	Edad de administración	Dosis a administrar por V.O. x día	Duración de la Suplementación
Niñas y niños nacidos con bajo peso y/o prematuros	Gotas Sulfato ferroso: 25 mg Fe elemental /1 ml. Fco. por 30 ml.	Desde los 30 días hasta antes de cumplir 6 meses	2 mg. Hierro elemental /Kg/ día.	Suplementación diaria hasta antes de cumplir los 6 meses
	MMN Sobre de 1 gramo en polvo	Desde los 6 a 18 meses	1 Sobre diario	Suplementación diaria durante 12 meses continuos (360 sobres)
Niñas y niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	MMN Sobre de 1 gramo en polvo	A partir de los 6 meses	1 Sobre diario	Suplementación diaria durante 12 meses continuos (360 sobres)

Fuente: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/cobertura.html>

2.3.4. La respuesta de UNICEF a las carencias de micronutrientes.

Se realiza en los contextos del desarrollo y de las situaciones de emergencia. Mejorar la diversidad de la dieta UNICEF utiliza enfoques comunitarios para promover la lactancia materna, mejorar la alimentación complementaria y fomentar el consumo de una amplia gama de alimentos disponibles localmente.

Son complementos nutritivos que contienen pequeñas cantidades de hierro, zinc, vitamina A, vitamina C y ácido fólico, que ayudan al organismo de los niños y niñas a prevenir la anemia y otras enfermedades. Los micronutrientes son nutrientes esenciales que, aunque no aportan energía, son imprescindibles para el organismo, y debemos obtenerlos a través de la alimentación. Nuestro cuerpo necesita pequeñas cantidades de micronutrientes sin ellos la química del cuerpo no funcionaría³⁰.

Las deficiencias de micronutrientes son una forma de desnutrición causada por deficiencias de vitaminas y minerales (también conocido como micronutrientes) de la dieta que son esenciales para la salud humana, el crecimiento y el desarrollo. Entre las poblaciones más vulnerables a la malnutrición de micronutrientes son los bebés, niños pequeños y mujeres embarazadas debido a sus mayores requerimientos dietéticos. Deficiencias de vitaminas y minerales afectan a un tercio de la población mundial y representan aproximadamente 7,3% de la carga mundial de morbilidad. Los niños menores de dos años de edad son particularmente vulnerables a las deficiencias de micronutrientes. Las deficiencias comunes en los niños incluyen los de hierro (como se mencionó anteriormente), vitamina A, zinc el yodo. Las deficiencias de micronutrientes ponen a las personas en mayor riesgo de mortalidad precoz, la enfermedad y la discapacidad³⁰.

Es así que para el 2017, se ha distribuido 131 millones de sobres de micronutrientes en polvo para el 65% de niñas y niños menores de 3 años, para 712 mil beneficiarios. Para el 2016, tiene como meta cubrir al 95% de niñas y niños³¹.

2.3.5. La Anemia en el Perú.

La anemia es la baja concentración de hemoglobina en la sangre. La Organización Mundial de Salud (OMS) ha establecido los rangos de referencias normales dependiente de la edad y el sexo. (Ver Tabla 1)

La anemia es un trastorno en el que el número y tamaño de los eritrocitos, o bien la concentración de hemoglobina, caen por debajo de un determinado valor de corte disminuyendo así la capacidad de la sangre para el transporte de oxígeno en el organismo. La anemia es un indicador de mal estado de nutrición y de salud. No es una enfermedad por sí misma, aunque con frecuencia es considerada como tal y medicada en forma automática, sin ningún estudio diagnóstico previo, con hierro y/o vitamina B12 y/o ácido fólico con lo cual lo único que se consigue es retrasar el hallazgo de su causa y su tratamiento adecuado. No es privativa de las personas con bajo nivel socioeconómico (desnutrición, parasitosis, etc), también puede afectar personas con buen status. No afecta solamente a personas que se dedican a las tareas agropecuarias como en las parasitosis sino también puede hacerlo a gente que vive en la ciudad y con tareas puramente intelectuales. Ataca tanto a los niños, como los adolescentes, adultos y ancianos. (Ver Tabla 2)

La anemia por deficiencia de hierro está relacionada a alteraciones del desarrollo cognitivo, principalmente si la anemia se presenta en el periodo crítico de crecimiento y diferenciación cerebral, cuyo pico máximo se observa en los niños menores de dos años. En este periodo el daño puede ser irreversible. La corrección de la anemia en edades posteriores no conduce a mejor rendimiento intelectual, por lo que se debe enfatizar la prevención de anemia en edades tempranas de la vida³⁴.

La Organización Mundial de la Salud se ha manifestado al respecto, alertando a las naciones a tener en cuenta que la prevalencia de anemia supera el 40%, se califica como País con Problema Severo de Salud Pública, asimismo señala que es probable que el total de la población tenga deficiencia de hierro, ya que la anemia constituye la etapa final de dicha deficiencia en el cual el organismo ha agotado todos sus esfuerzos por mantener un adecuado equilibrio³⁴.

La anemia, ese mal silencioso, nuevamente está ganando terreno entre la población infantil del Perú. Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2016 a cargo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), revelan que el 43,6% de la población comprendida entre los 6 meses y 3 años presenta este problema de salud.

Si el análisis se enfoca solo en la zona urbana del país, la cifra se reduce a 39,9%; sin embargo, es en el área rural donde el problema se agudiza y alcanza el 53,4%. En los últimos cinco años, la anemia ha aumentado 2%, al pasar de 41,6% en el 2011, a 43,6% en el 2016³².

Los departamentos de Puno, Loreto, Pasco, Huancavelica y Ucayali son los que más incidencias presentan. La desnutrición crónica es otro indicador que, si bien ha registrado cierta reducción, se mantiene amenazante. En el estudio, el 13,1% de los niños menores de 5 años tiene desnutrición crónica. Esto equivalía a 400 mil niños y niñas aproximadamente, cifra que ha logrado una reducción de 1,3% respecto al 2015³.

"El área rural sigue siendo la más afectada en cuanto a desnutrición crónica con 26,5%, mientras que en la zona urbana el porcentaje es de 7.9%", explicó Aníbal Sánchez Aguilar, jefe del INEI³.

La mayoría de las veces, (alrededor del 75% de los casos), con una buena historia clínica y algunos estudios básicos de laboratorio es posible encontrar el mecanismo principal y la causa del síndrome sin necesidad de recurrir al auxilio del hematólogo (Ver Anexo 01)³⁰.

Hematocrito:

Mujeres: 36-48%.

Hombres: 40-52%.

Hemoglobinemia:

Mujeres: 12-16g%.

Hombres: 13, 5-17, 7 g%.

2.3.5.1. Tipos de anemia:

2.5.1.1. 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 rojos³⁴.

a. Causas:

Es el tipo más frecuente de anemia. La anemia ferropénica aparece cuando hay una disminución en la producción de eritrocitos (eritropoyesis deficiente), o una mayor rapidez en la destrucción de éstos por pérdidas de sangre (por ejemplo, en la menstruación), hemorragias o déficit nutricionales³⁴. En ciertas etapas de la vida hay un aumento de las necesidades que pueden favorecer la ferropenia:

- **Pérdida excesiva.** La causa más habitual de la anemia ferropénica del adulto son las pérdidas de pequeñas cantidades de sangre de forma crónica. Las causas pueden ser diversas³³.
- **Aporte disminuido.** En niños lactantes, de 6 a 12 meses existe un tipo de anemia ferropénica que puede considerarse casi fisiológica, pues las reservas de hierro iniciales se agotan cerca de los 4-6 meses. La lactancia materna puede prevenir en cierto modo este tipo de anemia pues el hierro de la lactancia materna es más absorbible. Debemos tener en cuenta sin embargo que la

mayoría de leches adaptadas están suplementadas en hierro. En adultos, en países subdesarrollados el déficit en el aporte es habitual, pero en los desarrollados ciertas enfermedades que llevan a dietas muy desequilibradas especialmente en adolescentes (anorexia) pueden favorecer también la aparición de anemia³⁴.

También en colectivos de ancianos es habitual una dieta no equilibrada con bajos aportes por problemas económicos o dentarios o población institucionalizada, entre otros.

b. Tratamiento:

Ante todo, es importante conocer la causa de la pérdida de hierro para actuar directamente sobre ella (úlcera, cáncer de colon o hemorragias intestinales). Están indicados los suplementos nutricionales que contienen hierro en forma oral, ya que es más seguro y económico. Es recomendable utilizar sales ferrosas por su mejor absorción. Se administra de 150 a 200 μg en comprimidos en el caso de adultos, y 3 $\mu\text{g}/\text{kg}$ de peso en preparación líquida en caso de los niños. La absorción es mejor en ayunas y repartida en 3 o 4 dosis al día, ya que de esta forma se facilita la tolerancia gástrica³⁴. Los problemas que pueden aparecer son náuseas, malestar gástrico o vómitos. Si los efectos secundarios son muy molestos se debe disminuir la dosis y si esto no funciona pasar a una administración líquida³³.

Suplementación con hierro medicinal: Se debe administrar a los siguientes grupos de riesgo:

- Prematuros.
- Gemelares.
- Niños de término alimentados a leche de vaca.
- Niños de término alimentados a pecho que no reciban alimentos ricos en hierro a partir de los 6 meses.
- Niños con patologías que impliquen malabsorción o pérdida crónica de hierro.
- Niños que hayan sufrido hemorragias en periodo neonatal.

Dieta: Compuesta por alimentos con alta biodisponibilidad de hierro. Se deben enfatizar la importancia de la lactancia materna y, una vez comenzada la alimentación con sólidos, la introducción precoz de alimentos ricos en hierro, según los lineamientos sobre biodisponibilidad que se muestran en la Ingesta de alimentos fortificados con hierro. Numerosos alimentos y algunas leches de vaca están suplementados con hierro de aceptable biodisponibilidad. La fortificación de alimentos se considera una herramienta eficaz para la prevención de la ferropenia, pero su verdadera utilidad no ha sido aun claramente establecida. Se debe tener en cuenta que su ingesta indiscriminada por niños no carenciados de hierro conlleva el posible riesgo de enfermedad por sobrecarga de hierro (hemocromatosis).

Incremento del hierro: depósito al nacimiento. Se recomienda la ligadura tardía del cordón umbilical (1-3 minutos luego del nacimiento), con lo cual se logra aumentar los depósitos de hierro corporal en aproximadamente 30% y disminuir la incidencia de anemia ferropénica³⁴.

2.5.1.2. Anemia Megaloblástica:

La anemia megaloblástica, también llamada anemia perniciosa, es un tipo de anemia caracterizada por glóbulos rojos muy grandes. Además de que los glóbulos rojos son muy grandes, el contenido interno de cada glóbulo no está completamente desarrollado. Esta malformación provoca que la médula ósea produzca menos glóbulos y, algunas veces, los glóbulos mueren antes de las expectativas de vida de 120 días. En vez de ser redondos o en forma de disco, los glóbulos rojos pueden ser ovalados²⁹.

La enfermedad puede afectar a todos los grupos raciales, pero la incidencia es mayor entre personas con descendencia escandinava o europea nórdica. Por lo general, la anemia perniciosa no se presenta antes de los 30 años, aunque una forma juvenil de la enfermedad puede ocurrir en los niños. La anemia perniciosa congénita o juvenil se manifiesta antes de los 3 años de edad²⁹.

La enfermedad puede afectar a todos los grupos raciales, pero la incidencia es mayor entre personas con descendencia escandinava o europea nórdica. Por lo general, la anemia perniciosa no se presenta antes de los 30 años, aunque una forma juvenil de la enfermedad puede ocurrir en los niños. La anemia perniciosa congénita o juvenil se manifiesta antes de los 3 años de edad²⁹.

Los síntomas más comunes de la anemia megaloblástica (perniciosa). Sin embargo, cada individuo puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- Músculos débiles.
- Entumecimiento u hormigueo en pies y manos.
- Dificultad para caminar.
- Náuseas.
- Disminución del apetito.
- Pérdida de peso.
- Irritabilidad.
- Falta de energía o cansarse fácilmente (fatiga).
- Diarrea.
- Lengua sensible y lisa.
- Aumento en el pulso (taquicardia).

2.5.1.3. Anemia por deficiencia de Folato:

La deficiencia de folato es la carencia de ácido fólico (una de las vitaminas B) en la sangre, la cual puede causar un tipo de anemia conocida como anemia megaloblástica (perniciosa). El ácido fólico es una vitamina B requerida para la producción de glóbulos rojos normales³³.

Esta anemia está normalmente causada por una dieta no equilibrada, en la que faltan adecuadas cantidades de ácido fólico. El ácido fólico está presente en alimentos como los vegetales verdes, el hígado y la levadura. También se produce sintéticamente y se añade a muchos alimentos. El alcohol interfiere con la absorción del folato, así que las personas que beben excesivamente corren el riesgo de padecer anemia por deficiencia de folato. La deficiencia de folato también puede verse en determinadas enfermedades del tracto digestivo inferior como la enfermedad celíaca, o en personas que tienen cáncer³².

La incapacidad de absorber el ácido fólico puede ser también hereditaria. La mala absorción congénita hereditaria del folato, un problema genético en el que los bebés no pueden absorber ácido fólico en sus intestinos, puede producir la anemia megaloblástica. Esto requiere un tratamiento intensivo temprano para prevenir los problemas a largo plazo como el retraso mental³³.

2.5.1.4. Anemia Hemolítica:

La anemia hemolítica es un trastorno en el cual los glóbulos rojos de la sangre se destruyen más rápido de lo que la médula ósea puede producirlos. El término para la destrucción de los glóbulos rojos es "hemólisis". Existen dos tipos de anemia hemolítica:

a. Intrínseca - la destrucción de los glóbulos rojos debido a un defecto en los mismos glóbulos rojos. Las anemias hemolíticas intrínsecas son a menudo hereditarias. Estas condiciones producen glóbulos rojos que no viven tanto como los glóbulos rojos normales³².

b. Extrínseca - los glóbulos rojos se producen sanos, pero más tarde son destruidos al quedar atrapados en el bazo, destruidos por una infección o destruidos por fármacos que pueden afectar a los glóbulos rojos³³.

La anemia hemolítica se presenta cuando la médula ósea es incapaz de compensar la destrucción prematura de los glóbulos rojos por medio del aumento en su producción. Cuando esto ocurre, no se presenta la anemia¹⁸.

Existen varios tipos de anemia hemolítica que se clasifican según el sitio en que se ubica el defecto, el cual puede estar dentro del glóbulo rojo sanguíneo (factor intrínseco) o fuera de éste (factor extrínseco)²⁹.

Dentro de las causas de la anemia hemolítica se pueden mencionar: infecciones, ciertos medicamentos, trastornos autoinmunes y trastornos hereditarios²⁷.

2.5.1.5. Anemia Depranocítica:

Enfermedad sanguínea crónica hereditaria en la cual los glóbulos rojos presentan forma de media luna y no funcionan normalmente. Es causada por un tipo anormal de hemoglobina (pigmento portador de oxígeno) llamada hemoglobina S, es heredada como un rasgo autosómico recesivo. Se presenta en personas que tienen hemoglobina S heredada de ambos padres. Si la hemoglobina S se hereda de uno de los padres, el hijo adquiere el rasgo depranocítico y la enfermedad se presenta generalmente sin síntomas²⁹.

La enfermedad afecta principalmente a personas de herencia africana con lo que 1 de 400 afro americanos se ven afectados. La enfermedad produce anemia crónica, la cual puede ocasionar la muerte cuando se presentan crisis hemolíticas (destrucción de los glóbulos rojos) o crisis aplásicas (la médula ósea no produce células sanguíneas). Las crisis repetidas pueden ocasionar daños a los riñones, pulmones, huesos, hígado y sistema nervioso central. Se pueden presentar episodios dolorosos agudos causados por vasos sanguíneos bloqueados y órganos dañados, los cuales pueden durar de horas a días y afectar los huesos de la espalda, los huesos largos y el tórax³⁴.

2.5.1.6. Anemia de Cooley (Beta Talasemia):

La talasemia es un trastorno hereditario que afecta a la producción de hemoglobina normal (un tipo de proteína de los glóbulos rojos que transporta oxígeno a los tejidos del cuerpo). La talasemia incluye muchas formas diferentes de anemia. La gravedad y el tipo de anemia dependen del número de genes que estén afectados³³.

La beta talasemia es causada por mutaciones en la cadena beta de la molécula de hemoglobina. Existe un gen para la cadena beta en cada cromosoma número 11, con un total de dos genes³³.

En el Perú la anemia es un problema que afecta a la población del área urbana y del área rural, sin discriminar si se trata de población con menores ingresos o de población con ingresos medianos y altos. Teniendo en cuenta esta situación, y en la búsqueda de mejorar las condiciones de salud de la población infantil principalmente, el Ministerio de Salud ha establecido la Universalización de la Suplementación con Multimicronutrientes para la Prevención de Anemia en niñas y niños de 06 a 35 meses de edad como una de las líneas de acción prioritarias en el marco del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia³.

Asimismo, ENDES 2016 arrojó que el 13,1% de los menores de cinco años tiene desnutrición crónica, es decir 373 mil niños y niñas sufren de este mal, aunque el número se ha reducido en 1,3 puntos porcentuales respecto al año anterior¹⁵.

2.4. Definición de términos básicos

a) Cultura

La cultura es el rasgo distintivo de lo humano. El hombre ha sido calificado como animal constructor de cultura, la cultura, a su vez, se describe como el verdadero nicho ecológico del hombre, o la herencia social de la humanidad. El hombre hereda unos rasgos biológicos y un importante componente social. Mientras la vida de otros seres vivos está fundada en el instinto, la nuestra está basada en el aprendizaje. La socialización es el aprendizaje que capacita a un individuo para realizar roles sociales, lo que se aprende en la socialización es la cultura²³.

b) Costumbres:

Son comportamientos que se repiten y mantienen implicaciones significativas acerca de lo correcto e incorrecto para una sociedad. Las costumbres de una sociedad a menudo están incorporadas a su sistema legal y a sus enseñanzas religiosas. Las leyes constituyen costumbres de especial significación, formalizadas a través de reglas. El mito es una expresión tan antigua como la cultura misma y su estructura se aloja en nuestras mentes así como nuestros miedos y anhelos²⁶.

c) Mitos:

Un mito es algo que a pesar que a nadie le consta que haya sucedido en verdad, la mayoría cree. El mito es algo que nadie ha sido testigo directo del suceso en cuestión. Forman parte del inconsciente colectivo y todos hemos oído alguna vez una historia en forma de mito. Los mitos vienen a ser una narración que describe y “retrata”, simbólicamente, el origen de los elementos y supuestos básicos de un grupo humano; los procesos que se incluyen son elementos fundamentales para comprender la vida individual y cultural de un pueblo²⁵.

Con frecuencia se lo usa como término para designar una narrativa puramente ficticia, que muchas veces involucra personas acciones o acontecimientos sobrenaturales pero que también encarna ideas populares acerca del mundo natural y d hechos históricos en una cultura determinada en realidad implica que el grupo que cuenta el mito cree que es verdad²⁵.

La palabra “mito”, viene del griego antiguo *muthos* “relatos” o deberíamos decir con mayor precisión historia.

En ocasiones se utiliza una cantidad de otros términos para sustituir el de “mito”, sobre todo en lo que era moderno a fin de rebajar supuesta validez, pero manteniéndola dentro de la heroína una identidad cultural que se va ampliando²⁵.

d) Conocimientos:

Ponerse en contacto con el ser, con el mundo y con el yo; también podríamos decir que es un proceso en el que están vinculados estrechamente las operaciones y procedimientos mentales, subjetivos, con las operaciones y formas de actividad objetivas prácticas, aplicadas a los objetos.

El conocimiento depende de la naturaleza del objeto y de la manera y de los medios que se usan para reproducirlo. Así, tenemos un conocimiento sensorial (si el objeto se capta por medio de los sentidos), éste se encuentra tanto en los hombres como en los animales, y un conocimiento racional, intelectual o intelectual²⁴.

e) Características sociodemográficas:

Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio. Tomando aquellas que puedan ser medibles²³.

f) Edad:

La edad de un individuo es el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento, como la edad de un lactante, que se expresa en horas, días o meses, y la edad de un niño o adulto, que se expresa en años. Se tendrá en cuenta la edad del cuidador familiar, considerando que la edad determina una madurez física y mental, así como un nivel cognitivo que se relaciona con adecuada práctica de alimentos de los niños²⁴.

g) Estado civil:

El estado civil es la situación de las personas determinadas por sus relaciones de familia, previamente del matrimonio o del parentesco, que establecen ciertos derechos y deberes. Pueden ser: soltero, casado, conviviente, viudo y divorciado.

h) Religión

La religión es el conjunto de creencias o dogmas relacionados con la divinidad, que orientan las conductas individuales y sociales, prácticas rituales como la oración, para rendir culto y encauzar los sentimientos de veneración y temor hacia ella. Según Fishler las religiones han establecido siempre prohibiciones y restricciones sobre algunos alimentos y bebidas, todas establecen un conjunto más o menos articulado de normas alimenticias, pero sus contenidos pueden ser más o menos diferentes de unas religiones a otras²⁴.

i) Grado de instrucción:

El grado de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisionalmente o definitivamente incompletos²³.

El grado de instrucción de los padres y particularmente de la madre, tiene una importancia capital, no solo para lograr mayores ingresos, sino también para usarlos adecuadamente, no obstante, la necesidad muchas veces obliga a las madres a participar en el mercado laboral, por lo que la alimentación de los niños queda descuidada. Esta situación es similar tanto en las zonas urbanas como en las rurales. La falta de educación materna provoca niños desnutridos, por el analfabetismo de los padres²³.

j) Residencia:

Es el lugar geográfico donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares sociales y económicas. Para la definición de las áreas se adoptó el criterio demográfico - cuantitativo basado en la agrupación de las localidades o centros poblados de acuerdo a su tamaño poblacional²⁶.

k) Ocupación:

La ocupación se refiere a la tarea o función que la persona desempeña, por la cual recibe un ingreso en dinero o especie. Sea la actividad comercial, agrícola, ganadería u otras acciones²³.

l) Ingreso económico:

Es el monto total de ingresos percibidos por el familiar encargado del cuidado del niño. El nivel de ingreso condiciona para que un individuo, o una familia, alcance un nivel aceptable de nutrición y logre satisfacer otras necesidades básicas, las que puedan variar según la cultura de cada país o región. En el estudio se medirá el ingreso económico de acuerdo al salario mínimo vital que es de S/. 750.00 nuevos soles²³.

m) Número de miembros de la familia:

Formado por personas o grupos de persona, con o sin vínculos familiares; que comparten la misma vivienda y los mismos servicios y mantienen un gasto común para comer²³.

n) Anemia:

La anemia es un síndrome producido por múltiples causas de significado pronóstico y tratamiento diferentes. No es una enfermedad por sí misma, aunque con frecuencia es considerada como tal y medicada en forma automática, sin ningún estudio diagnóstico previo, con hierro y/o vitamina B12 y/o ácido fólico con lo cual lo único que se consigue es retrasar el hallazgo de su causa y su tratamiento adecuado. No es privativa de las personas con bajo nivel socioeconómico (desnutrición, parasitosis, etc.), también puede afectar personas con buen status. No afecta solamente a personas que se dedican a las tareas agropecuarias como en las parasitosis sino también puede hacerlo a gente que vive en la ciudad y con tareas puramente intelectuales. Ataca tanto a los niños, como los adolescentes, adultos y ancianos²⁵.

o) Micronutrientes:

Los micronutrientes es el término usado para referirnos a los minerales y a las vitaminas esenciales obtenidas de la dieta que sostienen las funciones moleculares y celulares normales. Son conocidos también como 'chispitas', son complementos nutritivos que contienen pequeñas cantidades de hierro (prevención de la anemia), zinc (para la mejora de las defensas y reconstrucción de los tejidos), vitamina A (mejorará las defensas y buena visión), vitamina C (que mejora la absorción del Hierro y para la construcción de los tejidos) y ácido fólico, que ayudan al organismo de los menores para prevenir

la anemia. Se encuentran en pequeñas cantidades en todos los alimentos, sobre todo en las carnes, vísceras, leche y productos lácteos, leguminosas, frutas y verduras. Por eso para mantener la buena salud y nutrición se deben comer alimentos variados³³.

Los micronutrientes en polvo tienen una presentación en paquetes de monodosis de hierro y otras vitaminas y minerales en forma de polvos que se pueden esparcir sobre cualquier alimento semisólido listo 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 habitual³¹.

p) Anemia ferropénica:

La anemia es una enfermedad de la sangre que se define como la disminución de la concentración de hemoglobina. Es decir, hay menos glóbulos rojos de lo normal. Los glóbulos rojos transportan oxígeno y se retiran del cuerpo. Por lo general, la anemia por deficiencia de hierro se presenta con el paso del tiempo si el cuerpo no tiene suficiente hierro para producir glóbulos rojos sanos. Sin suficiente hierro, el cuerpo comienza a usar el hierro que ha almacenado. En poco tiempo, ese hierro almacenado se consume³¹. Los principales síntomas son fatiga muscular, cansancio, debilidad y palidez de las mucosas (también en las uñas o conjuntiva ocular). Las uñas pueden ser frágiles, presentar estrías o incluso presentar una superficie que puede llegar a ser cóncava. Los pacientes pueden referir digestiones pesadas o molestias inespecíficas en el epigastrio. Es frecuente el dolor de cabeza, tinnitus, insomnio, irritabilidad, falta de concentración, disminución de la memoria, mareos y problemas respiratorios³³.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Estudio:

El presente estudio tiene un enfoque cualitativo descriptivo, que consistió en recabar información donde se captó la realidad social, de las familias con niños menores de 03 años que consumen micronutrientes.

3.2. Método:

Esta investigación se guió del método etnográfico, el mismo que se centró en el estudio del modo de vida y una unidad social concreta (como es el caso de las familias encañadinas con niños desnutridos). A través de la etnografía que persigue la descripción o reconstrucción analítica de carácter interpretativo de la cultura, formas de vida y estructura social de un grupo.

3.3. Muestreo:

Se siguió el criterio de saturación, el cual consistió en entrevistar a las madres de familia (inicialmente en el Puesto de salud donde se brindó los nombres de las madres de familia con niños que reciben micronutrientes), de las cuales se seleccionaron a 12 mujeres que estuvieron dispuestas a participar en la investigación, dentro de las entrevistas se recaudó información, pero solo se obtuvo 7 entrevistas, que aportaron información; porque las demás comenzaron a ser redundantes y no aportan a la investigación. Lo importante fue la cantidad de datos recogidos antes que el número de madres entrevistadas.

3.4. Técnicas de Investigación de campo.

- a. Observación participante,** consistió en la visita a las casas de las familias que brindaron informaron, con lo cual, se pudo apreciar in situ cómo realizaban las labores domésticas, la preparación de alimentos, características de sus viviendas y si criaban o no animales en sus viviendas. Así como también si se practicaba medidas de higiene.

- b. Análisis de contenido**, consistió en reunir toda la información empezando a transcribir cada entrevista, cuidando el anonimato de cada madre de familia, para analizar los datos se categorizó y subcategorizó para poder interpretarla de acuerdo a los objetivos planteados de manera que sean contrastables y que reflejen sus opiniones propias.
- c. Entrevista en profundidad**, se realizó a través de preguntas abiertas a las informantes, de las cuales fueron surgiendo nuevas interrogantes que nos permitieron ir profundizando el tema de la anemia en los niños y niñas. También se realizaron preguntas orientadoras que guiaron las categorías propuestas y surgidas de la realidad en estudio.

3.5. Instrumentos para la recolección de datos.

La recopilación de la información se realizó en los hogares de cada madre de familia cuidando el anonimato de cada una de ellas, respetando sus opiniones y rescatando la realidad social de cada madre sin imponer ni juzgar la labor que desempeñan en sus hogares, empleando.

- **Cuaderno de Campo**, se registraron datos relevantes de las madres de familia donde se plasmó ciertos datos como son características que no eran necesarias preguntar, el inicio de la entrevista, el término de la misma y los sucesos que podrían ocurrir, durante la entrevista. (Ver Anexo N° 01).
- **Filmadora**, la cual permitió grabar los detalles durante el desarrollo de la investigación, teniendo en cuenta el anonimato de cada participante.

3.6. Escenario de Investigación.

El escenario de la investigación corresponde al distrito de Encañada que se encuentra al norte del Perú, en el departamento y provincia de Cajamarca, al Este de la ciudad de Cajamarca en el Km 34 de la Carretera Cajamarca–Celendín³. El distrito tiene una pobreza total de 78.5% y una incidencia de pobreza extrema de 44.3%, cabe mencionar que la incidencia de anemia en niños menores de 3 años es 24.1%³; así como el 95% de su población es rural, en comparación con el resto de los distritos de Cajamarca que tiene una población rural del 44.7%³³.

El distrito de la Encañada cuenta con sus hábitos y creencias bien arraigadas dentro de sus hábitos y costumbres se tiene que algunas comunidades todavía practican la minga; existe muchas sextas religiosas en donde no les permiten el consumo de sangre y vísceras de los animales, como también realizan la curación de algunas enfermedades con plantas medicinales, creen en el susto, mal espanto, ojo, punzada; los que son curados con algunas hierbas u otros productos³³.

En cuanto a sus estilos de vida existe todavía viviendas con poca iluminación y ventilación; consumen bastantes carbohidratos, lo poco que producen en sus tierras son vendidas para adquirir otros productos como: arroz, fideos y algunas legumbres. El consumo de agua es inadecuado. En cuanto a la crianza de sus animales, la realizan de dos clases: la doméstica lo crían en sus casas como son: conejo, cuyes, gallinas, chanchos y la del pastoreo tres modalidades: a estaca, en pastoreo y/o con pastor a ovinos, vacunos y equinos. La mayoría de las viviendas son de adobe las viviendas presentan dicho material como principal componente en las paredes y en menor medida se utiliza ladrillo, madera, entre otros³³.

Es importante resaltar que los trabajos de baja calificación priman en esta zona, ya que la población se dedica principalmente a la agricultura, comercio y al transporte colectivo, lo cual apuntan a la necesidad de mejorar los niveles de educación y formación laboral. El desarrollo de las actividades agrícolas está orientada básicamente al consumo familiar con un bajo porcentaje de producción destinada a la venta en los mercados locales o regionales³³.

3.7. Proceso de la Investigación.

Para el desarrollo de esta investigación se desarrolló de la siguiente manera:

Primero: El primer contacto fue con la encargada del Programa de Nutrición la Lic. Enf. Maribel Calua, a la que me acerqué mostrando una Solicitud, la cual, fue proporcionada por la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, que explicaba el nombre de la investigación y en que va consistir el estudio. La encargada del Programa brindó su apoyo para la realización de esta investigación, quien proporcionó una lista de Atenciones de Niños que reciben Micronutrientes, eso ayudó a contactar con las madres de familia para poder explicar en qué consiste la investigación y la forma en qué se recopilará la información, que brinden. (Ver Anexo N° 03).

Segundo: Teniendo la relación de Atenciones de Niños que reciben Micronutrientes, se procedió a informar a las madres de familia en que consiste la investigación, pero solo únicamente las que deseen en forma voluntaria acceden a firmar el “Consentimiento Informado” y así empezar con las entrevistas, con ayuda del cuaderno de campo y una filmadora y así realizar las preguntas orientadoras para obtener la información necesaria para la investigación. (Ver Anexo N° 01 y 02).

Tercero: Luego de recolectar la información, se procedió a transcribir cada entrevista analizando los elementos, sucesos y momentos más importantes para el entrevistado. Se estudian los temas que más han aparecido o más peso han tenido a lo largo de la entrevista, finalmente se agrupó en categorías para poder interpretar y mostrar cada resultado obtenido, de acuerdo a los objetivos propuestos.

3.8. Participantes de la investigación.

Los participantes de la Investigación fueron madres de familia con niños menores de 3 años, que recibieron micronutrientes, de una lista de 30 niños que son atendido en el Centro de Salud, que solo accedieron 12 madres de familia con consentimiento informado, las cuales al momento de recolectar la información se empleó la saturación de información ya que muchas madres de familia repetían o redundaban en la información que brindaban. Las edades de las madres de familia fluctúan entre los 18 a 40 años de edad; siendo la edad promedio de 25 años; son mestizas, muchas de ellas son amas de casa dedicadas a la crianza de sus hijos y al cuidado de su hogar solo un mínimo porcentaje de madres se dedica al comercio de abastos, apenas han estudiado primaria completa, son muy apegadas a su religión y creencias. El promedio de hijos que tienen es de dos, además son madres de familia que asisten a los controles de sus niños menores de 3 años en la Microred de la Encañada 2017.

3.9. Procesamiento y análisis de datos.

Para el procesamiento y análisis de datos de esta investigación cualitativa se recaudó informantes, así como las notas de campo que se obtuvieron y las observaciones. La cual es procesada a través del “Análisis de contenido”, según Jaime Andréu Abela¹⁹, el cual se basa en descubrir el significado del mensaje ya sea un discurso o una historia de la propia realidad social que se presenta en esta investigación. El análisis de los

resultados obtenidos se efectúa en varias fases, el primero fue el descubrimiento, es decir, se reconoció las pautas que surgen de los datos, por ello fue necesario leerlos reiteradamente para identificar los temas que puedan surgir; la segunda fase fue codificación, se reúnen y analizan los datos según semejanza es decir se desarrollaron categorías, las cuales fueron elegidas por el investigador como son: sociodemográficas, conocimientos, mitos y costumbres; ya que la información recopilada facilitó el análisis y responder a los objetivos propuestos, separando los datos pertinentes a cada una de ellas para obtener más clara la información; en la fase final consistió en la interpretación de la información recopilada según el contexto del cual fue categorizado y de acuerdo a lo que se quería dar a conocer.

3.10. Consideraciones éticas.

Dentro de las consideraciones éticas se tuvo en cuenta contar con la autorización de la Microred de la Encañada, luego se informó a cada madre de familia en qué consistía el estudio.

Para ello se consideró lo siguiente:

- **El consentimiento informado**, la participación sea voluntaria donde se incluya información sobre la finalidad de la investigación y en que va consistir el apoyo que brindarían las madres de familia. Lo que implica no sea forzado sobre si participar o no en el desarrollo de la investigación, para ello se firma el “Consentimiento informado libre y esclarecido” (Ver Anexo N° 03).
- **La cuestión de la confidencialidad y anonimato**, se tuvo en cuenta que la identidad de los participantes en la investigación no pueda relacionarse con la información obtenida. Lo que obliga a proteger cuidadosamente la confidencialidad y anonimato de nuestros participantes ya que ellos brindan información de aspectos muy personales y conocemos su identidad al ser un número relativamente pequeño. Por ello, los datos de los participantes, fueron cambiados para evitar posibles similitudes con la realidad.
- **La beneficencia/ No maleficencia**, estos principios deben entenderse como la obligación de no hacer daño a las participantes en este caso a las madres de familia que son claves en la investigación, lo que se entiende como riesgo/beneficio es

decir no llevar a posibles riesgos a ser confrontadas ni comentarlas con terceros, que sean ajenos a la investigación, por ello se toma muy en cuenta que se guarda confidencialidad y sobre todo que la información es de uso exclusivamente para desarrollo de la investigación y no para beneficio lucrativo propio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4. 1. Características Sociodemográficas de las familias entrevistadas:

a. Grado de instrucción de los padres de familia:

Es importante resaltar que el Grado de Instrucción de los padres de familia no llega en padres a secundaria completa y en las madres a primaria completa que es un patrón repetitivo en la zona rural, como se menciona en las entrevistas que se realizaron:

Pregunta Orientadora: ¿Cuénteme a que se dedica?

“A.ma de casa con primaria completa y mi esposo trabaja de chofer en una combi y estudio secundaria completa”. (Wendy).

“Ama de Casa (esposa) con Primaria Completa, mi esposo trabaja como Albañil y estudio Primaria Completa”. (Rosa).

“Ama de Casa con Primaria Completa, mi esposo se dedica a trabajos de Albañilería, el estudio Secundaria Completa”. (Flor).

“me dedico a mi casa.... estudie hasta 3ro de primaria, trabajo a veces ayudando mi hermana en el mercado en su puestito”. (Felicita).

“crio a mis hijos.... a veces le ayudo a mi cuñada a lavar ropa, estudie hasta 2do de primaria, mi esposo estudio primaria completa y se dedica a la siembra” (Tere)

En el Análisis Situacional de Salud (ASIS 2016)³³ menciona: La población, se dedica prioritariamente a la agricultura, ganadería, el transporte y otros a temas de construcción civil. Las mujeres tienen como actividad principal la atención de las labores domésticas. Así mismo, la incidencia de la pobreza, es de acuerdo a la población económicamente activa del distrito, se dedica a la agricultura y ganadería es de 43.7 %³³. Y un segundo grupo lo constituyen aquellos trabajadores en actividades de baja calificación 38.7% como obreros”.

Así mismo refiere INEI 2017³: “El nivel de toda la sierra del Perú que la población se dedica prioritariamente a la agricultura y ganadería”.

Por las entrevistas realizadas a las madres de familia son mujeres con grado de instrucción básica que apenas han terminado la primaria y que se dedican principalmente a la crianza de sus niños y al hogar. Mientras que sus esposos estudiaron secundaria incompleta y se dedican al trabajo ya sea a la agricultura, ganadería y al transporte colectivo; cuya ocupación principal apuntan a la necesidad de mejorar los niveles de educación y al abastecimiento de la canasta familiar, dado que apenas las actividades agrícolas están orientadas básicamente al consumo familiar que muchas veces es menor al ingreso mínimo vital.

b. Características de las viviendas y accesos a servicios básicos:

Pregunta Orientadora: ¿Qué características tiene su vivienda?

Lo que nos muestra esta Sub-categoría son las características de sus viviendas y los servicios que cuentan las personas entrevistadas, así mismo da un panorama de qué tipo de material están construidas y los servicios básicos, adicionalmente se tomó en cuenta el Análisis de Situación de Salud Encañada, el cual proporcionó un amplio aporte que se muestra:

En el Análisis Situacional de Salud (ASIS 2016)³³ menciona: “La mayoría de las viviendas en el distrito la Encañada son de adobe en tal sentido el 96.1% de las viviendas presentan dicho material como principal componente de las paredes y en menor medida se utiliza ladrillo, madera, entre otros. En el caso de los techos de las viviendas, se observa que las calaminas es el principal material utilizado (52,4%) casi en igual proporción se observa el uso de la teja, material tradicional en la construcción de las viviendas rurales en el Perú (42,1%)”.

“Mi vivienda es de tierra (tapial), en mi casa vivo con mi esposo y mis dos hijos, cuento con agua potable, luz y desagüe. La basura se la recoge en un sitio destinado y esperamos que pase el basurero cada tres días para botarla” (Wendy).



“En mi casa vivo con mi esposo y mis tres hijos mi casa es propia contamos con agua potable, luz, desagüe. La basura lo llevamos a tirarla en un pozo común de desperdicios, a veces lo enterramos”. (Flor).

“Contamos con agua entubada, no hay luz, solo letrina. Los desperdicios lo enterramos o quemamos, mi vivienda es de tapial de un solo piso, en mi casa vivo con mi esposo y mis 5 hijos”. (Elsa).



“Donde vivo nos abastecemos de un puquio, no hay luz, cuento con una letrina, los desperdicios lo enterramos, mi casa es de tierra, vivo con mis suegros, mi esposo y mis dos hijos” (Rosa)

“....mi casa es de tapial de un solo piso, la comparto con mis papás, es de un solo piso tengo una letrina, crio mis animalitos y cuento con agua entubada que no siempre hay...” (Felicita)

“vivo en casa de mis suegros... ellos ya son viejitos...su casa es de barro, tienen una letrina; no hay luz, pero si tenemos agua entubada, ellos crían sus animalitos.....” (Tere)

Cada familia tiene estilos de vida muy marcada, uno de ellos es la construcción de sus viviendas que siguen los patrones tradicionales reflejadas en la escasa iluminación y ventilación que mayormente son de un piso, excepto una que otra casa es de dos plantas, incluso presentan hacinamiento entre las pocas personas que viven, los pisos son de tierra y muchas de las familias conviven con mascotas gatos y perros, además que también crían gallinas, patos, conejos y cuyes, que esto hace que sean un foco infeccioso en sus hogares.

Las paredes de sus viviendas son de barro (tapial) y la gran mayoría tiene luz eléctrica, pero también existe hogares que aún no cuentan con fluido eléctrico, el acceso de agua de muchas viviendas es entubado y no es del tanto segura. Muchas viviendas cuentan con letrinas y sus desperdicios o basura son enterrados fuera de sus casas o quemados que traen consigo cierta contaminación para ellos mismo y el ambiente. Que quizás no saben el propio daño que se están causando, por falta de información y a veces de la propia cultura que ellos tienen.

c. Religión:

En esta subcategoría lo que se describe es la Religión y ciertas costumbres de acuerdo a las sextas religiosas que se han instaurado en el Distrito de la Encañada.

Pregunta Orientadora: ¿Qué religión profesa?

“Mi religión es Protestante” (Wendy).

“.....la religión que profesa mi familia es Adventista... los días sábados son muy sagrados porque dedicamos nuestro tiempo a orar, los domingos mayormente nos dedicamos a realizar peregrinación con nuestros “hermanos”.....” (Elsa).

“... yo no creo en ningún santo ni imagen.....no tengo religión... es una pérdida de tiempo no se recibe nada a cambio....” (Rosa)

“Yo.... no sigo ninguna religión porque no creo en los santos o lo que van predicando la gente....” (Tere)

“... en mi familia somos católicos, somos muy devotos de la Virgencita de la Inmaculada hasta celebramos su novena aquí con los conocidos....” (Felicita)

En el Análisis Situacional de Salud (ASIS 2016)³³ menciona: “Dentro de las festividades religiosas que se celebran en el Distrito son: Día de San Pedro y San Pablo (28 y 29 de junio). La Fiesta Patronal del distrito de la Encañada “Inmaculada Concepción” Celebrándose desde el 29 de noviembre hasta el hasta el 14 de diciembre, siendo el día central el 8 de diciembre, La Encañada cuenta con sus hábitos y costumbres bien arraigadas dentro de sus hábitos y costumbres tenemos: algunas comunidades todavía practican la minga, la púérpera todavía guarda cama 15 días, existe muchas sextas religiosas en donde no les permiten consumo de sangre y vísceras de los animales, realizan la curación de algunas enfermedades con plantas medicinales, creen en el susto, mal espanto, mal de ojo, punzada, los que son curados con algunas hierbas u otros productos³³”.

Uno de los principales determinantes sociodemográficos es la Religión ya que juega un papel importante porque determina mucho en el consumo de ciertos alimentos que son muy importantes en el desarrollo y nutrición de sus niños, que por la falta del consumo (vísceras, sangrecita) traen consigo problemas de nutrición principalmente desde que son concebidos porque sus familias dejan de lado esos productos. Es por ello que muchas familias se rigen de manera estricta a sus costumbres que son arraigadas por su religión o por su propia cultura.

4.2. Conocimientos frente al consumo y beneficios de los micronutrientes.

En el Análisis Situacional de Salud (ASIS 2016)³³ menciona: “Las madres de familia que acuden al control de sus niños menores de 3 años son mujeres jóvenes cuyas edades están entre los 20 a 45 años”.

a. Conocimiento y aceptabilidad de los micronutrientes:

MINSA 2015 menciona²: “Que para los niños/as menores de 2 años, se reemplazará el jarabe de hierro por los sobres de chispitas nutricionales, que son una mezcla de micronutrientes esenciales (hierro, vitamina C, vitamina A, ácido fólico y zinc). Este suplemento en polvo debe ser administrado como fortificación casera, mezclando en la comida principal del niño o la niña, preparada en forma de papilla o puré. Una vez mezclado el contenido de las chispitas Nutricionales en una pequeña parte de la comida del niño/a, no debe calentarse, ni cocinarse, ni hervir, para evitar que se pierdan los micronutrientes.

Pregunta Orientadora: ¿Dicen que las chispitas son buenas o les caen mal a sus niños?

(...) “Las chispitas lo que sé es que son buenas, que ayudan a nuestros hijos a que suban de peso, crezcan y evitan que estén bajos de peso, además cuando estaba embarazada de mi primera hija me mencionaba la enfermera que debemos de darle a nuestros hijos cuando empiecen a comer y todos los días para que pueda crecer bien y sobre todo que no sufran de anemia. Cundo empecé a darle a mi primera hija no tuve problemas en darle las chispitas porque no presentaba ningún problema cuando empecé a darle a mi hijo si

tengo problemas porque no fue fácil que las acepte porque al inicio no quería recibirlo, incluso llegaba hasta no recibir la comida que normalmente le daba casi dos meses estuve con ese inconveniente desde que empecé a darle y mi hijo no quería comer hasta se me enfermaba pero poco a poco fue comiendo incluso ganó peso tuve que seguir las instrucciones de cómo darle a mi hijo las chispitas con su fruta para que lo consuma sin problema alguno” (Wendy).

(....) “La verdad lo poco que sé de las chispitas es que nos dan en la posta para mi hijo y que debo de darle todos los días sin falta es lo que me recomendó la enfermera en la posta y que siga al pie de la letra cada indicación que me dio. Al empezar con las chispitas no tuve problemas al darle a mi hijo porque le empecé a darle con puré de papa y a veces con sopa”. (Elsa).

(.....) “Las chispitas tienen vitaminas que les ayudan a salir de las anemias que a veces pueden presentar vómitos o estreñimiento pero que les ayuda a que les da más apetito de comer a nuestros hijitos aunque cambia el sabor de las comidas pero aun así mis hijitos lo comían normalmente sin problemas a parte eso me ayudó para que mi hijito salga de la anemia (.....)”. (Flor).

Los conocimientos que tienen los padres frente a los micronutrientes es que la mayoría conoce la importancia de la suplementación y sus beneficios; lo que hace que muchas madres de familias se preocupen mayormente porque sus hijos consuman los micronutrientes, pero más no complementarlo con una alimentación balanceada. Lo que hace que la aceptabilidad de los micronutrientes al inicio sea un tema complicado para las madres de familia, porque estas presentan inconvenientes como: el sabor, los efectos que producen en sus hijos, como estreñimiento, vómito, entre otros. Que al inicio a muchas madres de familia les trae problemas con sus niños ya que no quieren consumirlas por las reacciones que presentan.

b. Formas de preparar y efectos adversos de los micronutrientes:

La correcta preparación de los micronutrientes es muy importante para el desarrollo de los menores de tres años. La responsable de la etapa vida niño señala que estas "chispitas" son muy buenas para los menores, sin embargo, si se preparan de manera

incorrecta pueden provocar algunas deficiencias. Menciona que “Se debe separar dos cucharitas del almuerzo (comida sólida) y echar un sobrecito del multimicronutrientes y darle al bebé, señala que es importante que la comida esté tibia para que no cambie el sabor, ni color de los alimentos. Así mismo además que la comida esté casi fría para poder mezclarlo con el polvo del sobrecito de un gramo. Sin embargo, reconoció que este multivitamínico puede causar vómitos, estreñimiento o diarrea de acuerdo al menor” (ENDES 2016).

Pregunta Orientadora: ¿Cómo preparo las chispitas?

“Lo preparo como mazamorrillas y le doy con sus frutas en especial con el platanito aplastado le agrego dos cucharitas al platanito aplastado, lo mezclo y luego le doy a mi bebé todos los días en las mañanas una hora antes de su almuerzo para que así mi bebé tenga más apetito y coma todo su almuerzo. Desde la primera vez que empecé a darles las chispitas a mi bebé la reacción que tuvo es que no quería aceptarlo con las mazamorrillas o con las frutas que le daba por qué no lo quería comer después fue comiendo poco a poco y además empezó a estreñirse cada vez más incluso a la enfermera le mencionaba que mi bebé se estreñía mucho y me decía que era normal y que para que pasará le dé bastante líquido, pero aun así seguía el estreñimiento que era todos los días (...)” (Wendy).

“Lo que hago es mezclándolo las chispitas con el plátano o con papita y arroz pero no lo comía solo le daba con el platanito (...)” (Rosa).

“Mi hijita no presentó ningún cambio de apetito ni estreñimiento, y la forma en que lo preparo de acuerdo a lo que la enfermera me ha dicho que todo el sobrecito lo vacíe en la sopa o en el puré de mi hijito y que lo mezcle bien y le dé todos los días (...)” (Elsa).

“Se aplasta el platanito y echamos las chispitas, también en las mazamorrillas pero que este medio tibio, o en sus menestras lentejas o frejolitos también lo hecho todo el sobrecito de las chispas, pero que la comida no este caliente sino tibia. Y le doy todos los días porque así me recomendó la señorita enfermera (...) (Flor).

Las madres de familias entrevistadas conocen para que sirven los micronutrientes y para qué sirven, muchas de ellas las relacionan con las vitaminas, así como también para que sirven es sus hijos crezcan estén “gorditos” y eviten la anemia. Pero así como saben que les ayudan a sus hijos también mencionan como las preparan les dan a sus hijos problemas que presentaron son principalmente debidos a la mala práctica de las madres en la preparación, pero el efecto adverso muy repetitivo y constante es el estreñimiento de sus niños que les produce el consumo de micronutrientes, así mismo no solo puede ser un efecto sino puede tratarse de un problema en lo que son hábitos de higiene, además también puede tratarse de forma de preparación de los alimentos.

c. Información que brinda el personal de Salud frente al consumo 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 (OMS 2016).

Pregunta Orientadora: ¿El personal de salud les informan sobre las chispitas?

“Claro que nos dicen que las chispitas son buenas y que debemos darles a nuestros hijitos pero a veces no quieren comer los niños porque las prueban feas....”(Tere)

“Pienso que las chispitas que nos dan en la posta ayudan a que nuestros hijos se desarrollen mejor, que es una buena iniciativa de las enfermeras que tienen para que nuestros hijos no sufran de anemia que como mamás que somos muchas veces nuestros hijos no lo toleran y terminan por vomitarlo y simplemente ya no lo consumen. Bueno sería que tuvieran algún sabor y presentación más agradable para que nuestros hijos sean mucho más fácil darles en sus comidas (Wendy)

“La enfermera, me explica cada vez que me toca el control de mi bebé, me dice las chispitas debo darle para que su cerebro desarrolle para que tengan un buen peso, una buena talla, por eso me dice que debo de darle todos los días para que mi niño cuando este más grandecito no tenga problemas cuando empiece a estudiar y tampoco se enferme mucho que le va ayudar en su desarrollo que es una vitamina que les ayuda a nuestros hijos” (Flor)

“La Srta. De la posta solo me daba las chispitas y me decía que debo de darles todos los días las chispitas y que si se estreñía era normal que le dé bastantes líquidos. Y que cada sobrecito de las chispitas le dé con las sopas y el puré no le doy con frutas porque donde vivo no hay casi hay y si hay es muy escaso encontrar, muchos menos le doy con sangrecita eso no consumimos en mi familia (...)” (Elsa)

El personal de Salud menciona la importancia de las chispitas cuando las madres acuden a los controles de sus niños, así como también en las distintas charlas, pero quizá muchas veces no con el énfasis necesario para que se tome con la importancia debido que para las madres de familia no cuentan con la suficiente economía y su dieta es baja en hierro y las posibilidades para que a sus hijos sufran de anemia es muy común. (Ver Anexo N° 04).

“Las chispitas son muy importantes porque cuando nosotras salimos a las casas las chispitas están guardadas, o las botan a las chacras piensan que van a crecer más chispitas jajajajajaja van a cosechar más jajajajaj entonces saben que cuestan carísimas y nosotras les damos gratis para que ustedes puedan darles a sus hijitos y puedan combatir la anemia (...)” (Enf. N° 01).

“Las chispitas tienen hierro para que.... Para evitar anemia en los niños porque a partir de los 06 meses empieza a comer.... Y ya saben que tenemos los 5 mensajes para una buena alimentación de los niños... dar comidas espesas tienen que darle comidas espesas como puré y no caldos, porque no alimentan” (Enf. N° 02).

“Deben de preparar los alimentos de sus niños de 6 a 8 meses debe haber dos cucharadas de hígado se debe preparar una papa pequeña una cucharada de zanahoria y una cucharada de aceite y es importante el aceite pero crudo que le pongamos a la comida de nuestros hijos para que no se estriñan...” (Enf. Lidia)

Muchas veces las Enfermeras en su afán de dar información y de ser la herramienta fundamental de contrarrestar los índices de anemia realizan charlas nutricionales a las madres de familia con el apoyo de la Municipalidad de la Encañada que las apoyan con los insumos necesarios para realizar la charla en donde brindan información a las madres de familia sobre lo que deben de consumir los niños de acuerdo a su edad y también como deben de preparar sus alimentos de acuerdo a la edad de sus hijos, pero lo que trae consigo es que muchas madres de familia no cuentan con los recursos económicos para poder solventar una nutrición balanceada, por múltiples factores como la economía, el estilo de vida y la accesibilidad de los productos de primera necesidad y del acceso a los servicios básicos.

4.3. Mitos y costumbres:

a. Mitos entorno a los micronutrientes.

Solano, Katherin¹³ menciona: “Un porcentaje significativo desconoce los efectos secundarios que muchas veces ocasionan rechazo a los multimicronutrientes por la madre (estreñimiento, cambio de coloración en heces) a la fecha está mejorando el manejo y la adherencia hacia los micronutrientes”.

Se creen que “Las chispitas quitan el apetito y que las frutas les pueden picar los dientecitos a los niños”

Pregunta Orientadora: ¿Las chispitas son buenas o les causan problemas en sus niños?

“Las chispitas son malas porque les produce cambios desde que empiezan a consumirlo y sobre todo durante el tiempo que le damos, que es muy común en casi todos los niños y que las enfermeras solo nos dicen que es normal que los estriñe mucho y que les quita el apetito aunque también otras mamás dicen que no les dan porque vomitan o simplemente no les dan (...)” (Wendy)

“...aunque mis familiares me mencionan que son buenas que debo de darle porque evitan que tenga anemia y que se enfermen.....pero también me dicen que debo darle con alguna frutita para que lo puedan comer sino va ser un problema porque muchas veces lo aceptan o muchas veces lo vomitan y ya no quieren recibir ningún alimento pero que a pesar de todo debo darle diariamente o dejando un día”. (Elsa).

“...mis papás me dicen que no debo de darle porque lo estriñen a mi hijita y que en lugar de nutrirla lo hacen que se enferme...pero.....yo si le doy..... ellos me dicen que debo darle su comidita porque muchas medicina todo los días no es bueno le cae mal.....”ja” como será (...). (Martha)

“... mi suegra me dice que no debo de darle frutas con las chispitas porque sus dientecitos de mi hijito se van a picar, que debo de darle con su sopa que lo va alimentar más.... y así le doy porque no lo estriñe”. (Rosita)

“...bueno las chispitas son buenas porque les quita el apetito a los niños, pero las malas porque los estriñe y ya no quieren tomar la leche después y... molesta.... a veces también cambia de sabor a la comida cuando le agrego las chispitas...” (Felicita)

Muchas veces se tiene erróneas convicciones acerca de las reacciones adversas de los micronutrientes y por ello se crean mitos que pueden estar ligados a otros factores como son darles con frutas o purés. Se asocia que darles frutas con micronutrientes, trae consigo “caries” en los niños, también que los micronutrientes les quitan el apetito a sus niños desde que empiezan a consumirlo. Las convicciones de las familias que adoptan estas creencias en su entorno hacen que se establezcan como patrones que deben ser seguidos y adoptados.

b. Costumbres entorno a los alimentos.

En la región de la Encañada, el cultivo de papa tiene un 11.50% de superficie cosechada, 10.94% de cebada en grano, mientras que el 9.68% es de trigo, El distrito de la Encañada cuenta con sus hábitos y costumbres bien arraigadas dentro de sus hábitos y costumbres tenemos: algunas comunidades todavía practican la minga, la puérpera todavía guarda cama 15 días, existe muchas sextas religiosas en donde no les permiten consumo de sangre y vísceras de los animales, realizan la curación de algunas

enfermedades con plantas medicinales, creen en el susto, mal espanto, mal de ojo, punzada, los que son curados con algunas hierbas u otros productos (ASIS 2016).

Pregunta Orientadora: Cuénteme ¿qué alimentos consume mayormente?

“Mayormente nuestro desayuno consta de una sopita de chochoca o a veces de fideítos con una taza de quaker tanto mí esposo como mis hijas consumimos el mismo desayuno luego a eso de las 10 o 11 de la mañana le doy alguna fruta que puede ser un plátano o un huevito de corral y solo con el platanito mezclo las chispitas para que pueda consumirlo mi hijita. Después preparo mi almuerzo que siempre es una sopa de fideítos y el segundo es arroz con lentejas o arvejas en mi familia no consumimos las vísceras de los animales y mucho menos la sangrecita A mis hijitos no les gusta la leche de vaca Mis padres y abuelos siempre me decían que tome leche de vaca yo si la consumía, pero en estos tiempos mis hijas no la toman mucho a veces compro uno que otro litrito de leche, pero para tomarlo con mi esposo porque a mis hijos no les gusta” (Felicita)

El desayuno trato de que sea variado como quaker con leche, quinua o ponche de habas. Después a eso de las 10 de la mañana le doy a mis hijos una fruta como plátano o manzana, en el almuerzo lo que cocino es arroz con pollo o arroz con papa blanca, pollo y con su pescado o también en lugar de papa también preparo alguna menestra mayormente lentejas o garbanzos con arroz y pollo frito, a veces le doy arroz con papa y sangrecita una o dos veces a la semana o también le hago su sopa de zapallo con higadito de pollo o corazoncito. Las ensaladas a mi bebé mayormente no le doy, pero después nosotros si consumimos, pero una vez o dos veces a la semana. Luego por la tarde a eso de las 4 o 5 de la tarde una mazamorrita y a eso de las 7 su lonche que es su quaker o su leche eso es lo que en mi familia consumimos. Las menestras siempre me decían que van ayudar a tener más fuerza y que no nos enfermemos. También que no deje de lado la papa que es nutritiva y ayuda al crecimiento. Cuando vivía antes con mis papás consumíamos mucho el arroz de trigo y la sopa de fideos en el desayuno que era diario y en nuestro lonche era muy común tomar alguna hierbita como la yerba luisa, orégano y otras hierbas que no me acuerdo que ahora también una que otra vez consumo, que no es diario. (Wendy)

“Por las mañanas preparo el desayuno mayormente cocino una sopita de fideos con huevito, después en el almuerzo hago arroz de muro con guiso de papitas y sopa de chochoca. Porque mis suegros como viven conmigo si no hay papa y fideos en su almuerzo y desayuno no es bueno; por ello no dejo de lado esos alimentos porque nos brindan mucha energía y en la cena solo consumimos una yerbita...”
(Elsa)

De acuerdo a las entrevistas realizadas, las madres de familia brindan a sus hijos tres comidas como son desayuno, almuerzo y cena. Siendo el mayor consumo los carbohidratos como: arroz, fideos, papa, mashua y ciertas legumbres; productos que solo les ayudan a subir de peso, a tener energías, pero más no los alimenta ni proporciona un desarrollo de acuerdo a su edad. El consumo de ciertos alimentos como son la sangrecita y de las vísceras en las familias, por sus costumbres no es necesario porque la sangre es parte del alma y no debe ser consumido en ninguna forma, al igual que las vísceras ya que está prohibido por las religiones a las que pertenecen. Otro inconveniente es el acceso a los productos de primera necesidad, esto juegan un papel fundamental en la alimentación ya que como no se tiene al alcance a estos productos la alimentación es más restringida.

DISCUSIÓN

La cultura que se tiene acerca del consumo de micronutrientes es múltiple porque no solo abarca los conocimientos que tengan sobre la preparación, el contenido, los efectos, las características y los mitos acerca de los micronutrientes sino enmarca un sin número de factores que trae consigo el porqué del consumo y la importancia que les dan las madres de familia a los micronutrientes en la alimentación de sus niños, sino también que a pesar de tener información, mucho rige la concepción que las madres tienen frente a los micronutrientes lo fundamental para ellas es que ayude a desarrollarse, subir de peso y evitar la anemia, pero que no puede ser contrarrestada porque no hay una alimentación la cual conduzca a un buen desarrollo y esto se debe a los múltiples factores siendo el acceso y la economía que juegan un papel fundamental, sin dejar de lado la religión que también es un factor que tienen arraigo para las madres de familia porque se rige mucho en la alimentación de su familia.

De acuerdo al estudio de Flores L. y Dávila S, mencionan que la actitud de las madres de familia de 6 meses a 3 años atendidos en el centro de salud de Ichocán frente a la administración de micronutrientes según características sociodemográficas mencionan que en su mayoría tienen actitud positiva frente a la administración de los micronutrientes y que existe una relación entre la actitud de las madres y las características sociodemográficas¹⁵, esto corrobora con el estudio realizado, porque las madres de familia tienen actitud positiva frente a los micronutrientes ya que ayudan en el desarrollo de sus hijos pero también que sus niños no los consumen fácilmente porque producen ciertos efectos. Así también que las características sociodemográficas son influyentes por ende el grado de instrucción de las madres de familia es básico; la religión toma un papel fundamental porque implica el no consumo de ciertos alimentos, también tiene que ver la economía, porque el sustento de cada familia es el ingreso de los padres que es por debajo del salario mínimo vital. Además, no se puede dejar de lado que muchas familias no cuentan con los servicios básicos en sus hogares.

Hasta el momento los programas sociales que han impulsado los Ministerios de Salud (MINSA) y de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) no han obtenido los resultados esperados². No es cuestión de afrontar el problema de manera independiente. Este debe ser enfocado desde distintos ángulos y de manera conjunta: ofreciendo un adecuado

servicio de salud para el tratamiento de los afectados, poniendo a disposición los alimentos necesarios para combatir estos índices y desarrollando una cultura de prevención al respecto.

Por ello, el Estado debería promover el desarrollo sobre la base de la expansión de privada diversificando la actividad productiva agrícola, agroindustrial e industrial, que a su vez garantice la atención básica en salud, educación y alimentación en los sectores más vulnerables, pero también el gran reto es crear cultura en la población de ello depende un cambio en concientización de la población para así crear responsabilidad y compromiso por ello el Estado Peruano crea campañas y programas, siendo uno de ellos el Plan Nacional para la Reducción de la Anemia 2017-2021²: “Sociedad civil está impulsando iniciativas como la que viene promoviendo el Grupo Impulsor Inversión en la Infancia, denominada “Anemia y Desnutrición Cero”. El objetivo de esta movilización es llamar la atención de todos los sectores del Estado –gobierno nacional, gobiernos regionales, municipalidades- y al conjunto de la sociedad, para dar prioridad en la agenda nacional a la lucha contra estos dos graves problemas que afectan el desarrollo de los niños”. Esta inversión del estado involucra muchos sectores que puede dar o no resultados a largo o corto plazo, pero también se ve afectado por los programas sociales indirectamente, ya que muchas madres de familia acuden por el miedo que sean excluidas de algún programa y ya no reciban ciertos beneficios, por ello no toman conciencia de los problemas que puedan afectar a sus hijos en su desarrollo psicomotor; mientras que la actitud de las madres de familia debe ser positiva y genere compromiso porque los principales benefactores será su familia³¹.

El estudio realizado corrobora que no solo el personal de salud debe ser involucrado con los casos de anemia y desnutrición sino debe involucrarse de forma más global para contrarrestar este problema de salud pública, en la que se debe tomar conciencia que niños menores de 3 años no tienen una “buena” alimentación dejando de lado muchos nutrientes no solo por una baja economía sino por múltiples factores que llevan consigo una mal nutrición. A pesar que estos niños menores de 03 años sean beneficiados con los micronutrientes no surtan efecto, ya que, como las mismas madres de familia les dan no continuamente pero quizás, no con los alimentos adecuados porque en los lugares donde viven no tienen acceso o simplemente por los efectos o creencias que tienen no las administran.

De acuerdo al estudio realizado por la autora: Lissette Solano, investigación en el 2016, Lima, Perú. Coincidió con la autora, ya que no solo se debe de informar sobre la prevención de la anemia mediante los micronutrientes, sino también enfatizar sobre los efectos secundarios que podrían presentar sus hijos, pues durante las entrevistas, algunas madres refirieron que abandonan o les dan dejando un día la suplementación con los micronutrientes por causa del estreñimiento que produce en el niño, y el sabor desagradable, por ello es importante educar a la madre en cómo solucionar estas molestias o problemas para evitar que abandonen la suplementación con los micronutrientes. Y que no siempre los efectos pueden ser el resultado de los micronutrientes, sino de otros factores como puede ser la forma de preparación de los alimentos.

En cambio los resultados difieren con la Autora; Catherine García Guillen, ya que las madres entrevistadas si conocen sobre la anemia pero lo que les falta es darle más importancia a los alimentos que a sus niños les permita desarrollarse y nutrirse, ese es un papel importante que deben tener en cuenta, que por su cultura se abstienen de consumir y darles a sus hijos, eso afecta el nivel cognitivo en los niños en las etapas tempranas de desarrollo, cuando no es tratada a tiempo estos daños son irreparables a pesar de recibir suplementación después o por más tiempo estos no pueden ser corregidos.

Las deficiencias de los micronutrientes son uno de los problemas que afectan a grandes grupos de personas, especialmente a los niños pequeños. Un niño con bajos niveles de hemoglobina se reconoce al ser evaluado físicamente, intelectual, emocional, psicomotor especialmente en el lenguaje en los tres primeros años de vida, ya que son fundamentales en el desarrollo del niño por ello es un grave problema social y de salud pública, que a la larga puede traer problemas serios en su desarrollo y en el déficit o excesos de nutrientes que afectan negativamente el desarrollo óptimo de los seres humanos y causan consecuencias nutricionales a la salud.

Lo que también no podemos dejar de lado son los mitos y creencias que tienen las madres de familia entorno a las vísceras que muchas de las madres entrevistadas no les dan porque su religión no les permite consumirlas, aunque hayan sido instruidas por el personal de salud, mencionándoles los beneficios que proporcionan para sus niños, así

como también el no consumo de frutas porque trae consigo que a sus niños se les “piquen los dienteitos”. En cuanto a las costumbres arraigadas por sus antepasados es el consumo exclusivo de carbohidratos por la energía que brinda, dejando de lado los alimentos altamente proteicos.

Finalmente se debe tener muy en cuenta que la anemia no solo es culpa del sector Salud por el desabastecimiento de medicamentos, sino que también es responsabilidad de la familia que deja de lado una alimentación balanceada, que implica muchas veces la economía. Por ende, debe involucrarse todos los sectores y que los grandes promotores sea la misma población ya que ellos conocen mejor sus problemas sociales, culturales, etc; quien debe tomar conciencia de este gran problema, buscando estrategias de solución y que no solo el sector Salud quien rija “campañas” que finalmente serán un “saludo”, pero mas no solucionaran grandes problemas.

CONSIDERACIONES FINALES:

- Las características sociodemográficas de las familias entrevistadas son de educación básica, las madres de familia se dedican a la crianza de sus hijos y a la administración de su hogar, mientras que sus esposos han estudiado la secundaria y se dedican a trabajar en la agricultura, ganadería y el transporte; son responsables de la economía en sus familias; en sus hogares no hay zonas delimitadas, hacinamiento, se abastecen de agua entubada, algunas tienen letrinas, pero no cuentan con servicio público para el recojo de basura. No todos los hogares cuentan con fluido eléctrico, porque son familias que viven en la zona rural, conviven con sus animales domésticos, eso hace que sea un factor predisponente a múltiples problemas de salud.
- Los conocimientos que tienen las familias encañadinas entorno al consumo de los micronutrientes es que les ayudan a desarrollarse, subir de “peso” pero no lo combinan con una alimentación balanceada esto se debe a factores como son el poco acceso a los alimentos, el solo consumo de carbohidratos que reciben en sus hogares, la economía que juegan un papel importante en la alimentación y la religión. No se puede dejar de resaltar que muchas familias son creyentes en lo que impartieron sus antepasados y personas allegada por ello el arraigo a ciertos conocimientos entorno a los alimentos. Sin dejar de lado que la religión muchas veces impide el consumo de alimentos que son fuentes de vitaminas en los miembros de su familia.
- Las familias de la Encañada tienen arraigados sus mitos y creencias en torno al consumo de micronutrientes, ya que muchas madres de familia creen en lo que les dicen sus amigos, familiares acerca de los micronutrientes en especial sobre el sabor y las reacciones que presentan, lo que trae consigo que en diversas oportunidades dejen de consumirlas o simplemente no le dan la importancia necesaria.
Se pueden describir que los mitos entorno al consumo de micronutrientes en las familias encañadinas el que más sobresale es no darles frutas a los niños con los micronutrientes porque traen consigo que se “piquen sus dienteitos”, así como también que los micronutrientes les quita el apetito cuando empiezan a consumirlos porque después los niños dejan de consumir los alimentos que mayormente consumen.

- Las costumbres familiares en la alimentación diaria están orientada a los productos que producen en su zona como son la papa, el maíz, frejol, la cebada, la avena. Siendo el mayor consumo los carbohidratos, sin considerar a los alimentos que son necesarios para el desarrollo y crecimiento de los más pequeños del hogar, las madres de familia optan por productos que están más a su acceso y sobre todo que se ajustan a su economía y costumbres alimentarias. Esto es lo que juega un papel determinante en el consumo de alimentos, mayormente no incorporan proteínas a su dieta, muchas veces por la falta de recursos económicos o el poco acceso.
- Las familias tienen arraigada la religión evangélica, por la cual, dejan de consumir ciertos alimentos como las vísceras, sangrecita; las cuales son una fuente rica de hierro esencial para la alimentación de sus niños y eso hace que muchas madres de familia dejen de consumirlo porque manifiestan que es parte del alma y no debe ser consumido ya que son “alimentos prohibidos”. Y son excluidos en la alimentación.

REFLEXIONES

Dentro de esta investigación se ha podido notar la carencia de múltiples factores empezando por el ingreso económico que es por debajo del ingreso mínimo vital, trayendo consigo múltiples problemas; las viviendas no cuentan con suficiente iluminación, hay hacinamiento, no hay áreas definidas en el hogar, las medidas de higiene son casi nulas e incluso muchas familias, tienen mal orientado la nutrición de su familia, porque sus creencias están de acorde a sus conocimientos que fueron impartidos por sus familiares o amigos; que van sugiriendo y afianzando los mitos en torno a la alimentación y a las creencias de ciertos productos que son importantes en el desarrollo y alimentación de la familia.

Conocer la cultura de las familias sigue vigente en cualquier ámbito de la vida personal y social, y eso se evidencia en las tradiciones alimenticias, en el tipo mismo de alimentación que no solo corresponde a lo que consumían los padres, sino a lo que produce el lugar y las condiciones en las que las familias viven, por ejemplo, uno de ellos es no contar con refrigerador esto limita a las familias no poder comprar carne o simplemente que en los lugares donde viven no hay fluido eléctrico y mucho menos hay donde puedan adquirir alimentos necesarios.

No solo el personal de Salud debe ser el involucrado con este problema de salud pública sino que deben involucrarse todos los sectores de una comunidad, ya que cada actor que sea involucrado tiene diferente forma de contrarrestar los problemas que hayan o surjan y eso hace que la comunidad sea más comprometida y que no solo sea charlas, clases demostrativas sino que haya vivencias, toma de decisiones en las cuales haya mejor aborde y se llegue a tener niños sanos, madres empoderadas y que puedan tener acceso a los alimentos sin tener restricciones.

Por ello este tipo de investigaciones cualitativas deben de darse mayor énfasis, ya que resaltan los problemas “in situ”, y la información que se recaba es más beneficiosa porque se tienen contacto con los actores para poder entender estos problemas de salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS/OMS: Anemia Ferropénica [Internet]. Estados Unidos de América: OPS/OMS: actualizado 2015; citado 5 febrero 2018. URL disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679%3Airon-deficiency-anemia-research
2. MINSA: Ministerio de Salud [Internet] Lima Perú: MINSA; 2015 [citado 5 de febrero del 2018] Situación de la Desnutrición y anemia en el Perú. [aprox. 2 pantallas]. URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/situacion.html>
3. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Lima-Perú: INEI; 26/05/16 [citado 10 de febrero 2018] Desnutrición crónica afectó al 14,4% de la población menor de cinco años en el año 2015 [aprox. 1 pantalla]. URL disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-afecto-al-144-de-la-poblacion-menor-de-cinco-anos-en-el-ano-2015-9066/>
4. Los andes.org. [Internet]. Cajamarca: Los andes; 2015 [actualizado Feb 2015; citado 4 Abr 2018]. URL disponible en: <http://www.losandes.org.pe/publicaciones/publicaciones-de-alac?download=276:encarte-combatiendo-la-desnutricion-infantil-una-experiencia-para-destacar>.
5. Ocaña Anzules, Delia Cristina. “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”. [Internet]. 1ra ed. Ambato- Ecuador; 2014 [actualizado 09 diciembre 2014; citado 10 octubre 2017]. URL disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8391>
6. Espinoza Almazan, Adriana: “Factores que influyen en el cumplimiento o no del consumo de chispitas nutricionales en niños y niñas de 6 a 59 meses en Centros de Salud de la Red de Salud Corea del Municipio de El Alto, gestión 2014”. [Internet]. 1ra ed. - La Paz Bolivia 2016; [actualizado 09 diciembre 2017; citado 10 enero 2018]. URL disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/10420>

7. Rojas Ortiz María Angélica y Suqui Pucha, Ana Gabriela. “Conocimientos, actitudes y prácticas en la administración de micronutrientes por parte de las madres de niños menores de 3 años que acuden al Sub-Centro de Salud de Sinincay 2016”. [Internet]. 1ra ed. Cuenca- Ecuador; 2016 [actualizado 2016]; [citado 10 marzo 2017]. URL disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/2610>

8. Munayco, Cesar y Ulloa María. Evaluación del Impacto de los multimicronutrientes en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú. Rev Peru Med Exp [Internet]. Año 2017 [citado 14 febrero 2018]; 6(1). URL disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Medicina_Experimental/v30_n2/pdf/a11v30n2.pdf.

9. Paredes Huamán, Juan Gabriel y Peña López, Ángel. “Práctica de administración de multimicronutrientes en madres y anemia en niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al área niño del centro de salud San Cristóbal· Huancavelica- 2013" [Internet]. 1ra ed. Huancavelica-Perú; 2014 [actualizado 2014]; citado 10 marzo 2018]. URL disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/814>.

10. Hinostroza Felipe, Milagros. “Barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a la suplementación con multimicronutrientes en madres de niños menores de 36 meses, cercado de Lima” [Internet]. Rev Cibertesis; [actualizado 2008]; [citado 10 marzo 2017]. URL disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4226>

11. García Guillen, Catherine Susana. “Conocimientos de los padres de la población infantil sobre la suplementación de multimicronutrientes en polvo en un centro de salud del MINSA 2015 Lima- Perú”. [Internet]. 1ra ed. Lima-Perú; 2015 [actualizado 2015; citado 01 febrero 2018]. URL disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4255/Garcia_gc.pdf;jsessionid=2F0A398E6333A5BA5AF0ACFE2BB4D7AE?sequence=1

12. Mamani Mamani Norma y Pari Yerba Iraida Luisa. "Intervención de enfermería en el uso de Multimicronutrientes y la efectividad en los Valores de hemoglobina en niños de 6 a 35 meses, Establecimiento de salud I-3 Atuncolla- Puno, 2015" [Internet]. 1ra ed. Puno-Perú; 2015 [actualizado 2015; citado 01 febrero 2018]. URL disponible en:<http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/2163>

13. Solano Cárdenas, Lisette Katherine. "Conocimientos y prácticas que tienen las madres sobre los multimicronutrientes que reciben sus niños en un centro de salud, 2016 Cercado de Lima," [Internet]. 1ra ed. Lima-Perú; 2016 [actualizado 2016, citado 14 abril 2018]. URL disponible en:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5904/Solano_cl.pdf?sequence=1&isAllowed=

14. Santisteban Pr ada Carmen y Valdiviezo Gordillo Alexia; "Relación entre la adherencia al tratamiento con micronutrientes y el nivel de hemoglobina en los niños menores de 36 meses del Centro de Salud San Martin Lambayeque – 2017" [Internet]. 1ra ed. Lambayeque-Perú; 2016 [actualizado 2017, citado 08 abril 2018]. URL disponible en:<http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/3054/5/Santisteban%20-%20Valdiviezo.pdf>

15. Aparco, Juan Pablo y Espino Lucio Huamán: "Barreras y facilitadores a la suplementación con micronutrientes en polvo. Percepciones maternas y dinámica de los servicios de salud – 2014" [Internet]. Vol. 4. Lima-Perú; 2017. [actualizado 2017, citado 08 mayo 2018]. URL disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2017.v34n4/590-600/es/>

16. Rodríguez Ángel, Johana: "Intervención educativa sobre el conocimiento de las madres en la administración de micronutrientes en niños de 6 a 36 meses de edad en el centro de salud Raúl Porras Barrenechea – Carabayllo 2016" [internet]. Vol. 4. Lima-Perú; 2017. [actualizado 2018, citado 15 mayo 2018]. URL disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/6001/Rodriguez_AJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

17. Dávila Silva Sonia y Flores Salazar Luz Jacqueline. "Actitud de las madres de niños de 6 meses a 3 años atendidos en el Centro de Salud de Ichocan frente a la administración de micronutrientes según características sociodemográficas 2012" [Internet]. 1ra ed. Cajamarca; [actualizado 2013]; [citado 10 marzo 2018]. URL disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/693>

18. Calderón Ramírez, Rocio. “Anemia en el menor de tres años y factores Sociodemográficos de la familia. - C.S. Baños del Inca- 2014” [Internet]. 1ra ed. Cajamarca - Perú; [actualizado 2015]; [citado 10 marzo 2018]. URL disponible en:<http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/172/T%20616.152%20C146%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19. E. B. Tylor. Cultura Primitiva [Internet]. A dictionary of the social science. 2nd ed. Nueva York: 1999 [actualizado 2002; citado 5 abril 2018]. Url disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=P_TNOJ40af0C&pg=PA224&dq=E.B.+Tylor&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwi29d6p567TAhUDQiYKHeEYCVAQ6AEITDAG#v=onepage&q&f=false

20. Silva Santisteban, Fernando. Historia y cultura del Perú [Internet]. Pontificia Universidad Católica del Perú. 2nd ed. Lima - Perú: 1994 [actualizado 1994; citado 15 marzo 2018]. Disponible en:<https://books.google.com/books?id=wWgTAQAIAAJ>

21. Indenbaum J. Estudio de las anemias. En: Wyngaarden J. B. Smith Ll H. Bennet J. C., ed. Cecil tratado de medicina interna. 19ª edición. Filadelfia: W. B. Saunders Company, 1992. vol 1: 955-965.

22. Melville J. Herskovits. El Hombre y sus Obras. México D.F. Ediciones: Fondo de Cultura Económica; 2004. Pp: 123-190.

23. Russel, Bertrand. “El Conocimiento Humano”. 5ta ed. Editorial. Tourus. S.A.1998.España. Pp. 50.

24. Roncal S. Estudio Documental de la Cultura y Sociedad 1ra ed. Cajamarca. 2007. Pp 20-53.

25. Christensen L, Sguassero Y, Cuesta C. Anemia y adherencia a la suplementación oral con hierro en una muestra de niños usuarios de la red de salud pública de Rosario, Santa Fe. Arch Argent Pediatr 2013;111(4):288 – 294.

26. Romero Muñoz, Ricardo. Cultura y Realidad Nacional. 12ª edición. Barcelona: Ediciones Doyma, 1992: 1617-1657.

27. Tubino, Fidel. Interculturalidad. Mirando al futuro. En Revista Ideele N° 115, Pp. 50-51.
28. Hernández Nieto L Hernández García M T. Enfermedades del sistema eritrocitario Anemias. En: Farreras Valentí P Rozman C, ed. Medicina interna. 12° edición. Barcelona: Ediciones Doyma, 1992: 1617-1657.
29. Vásquez Garibay, Edgar M. La anemia en la infancia. Rev Panam Salud Publica Junio. 2003; 13(6): 349-351.
30. Irmgard Rehaag. El pensamiento sistémico en la asesoría intercultural. Rev Panam. 2007; 13(6): 349-351.
31. Organización Mundial de la Salud. Nutrición. [En línea]: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citada 17 de febrero 2017]; URL disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>.
32. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Base de Datos en Línea] Perú: Encuesta demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2016 [Fecha de Acceso 5 de abril 2018] URL disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>
33. Análisis de Situación de Salud (ASIS) La Encañada- Cajamarca 2016.
34. Segel GB, Hirsh MG, Feig SA. Atención ambulatoria del niño con anemia. Parte 1. *PediatrRev*, en Español 2002; Edic. 23: Pp203-211.

ANEXOS

Tabla 01:

Valores normales de la concentración de hemoglobina y diagnóstico de anemia en niños y niñas menores de 6 meses (hasta 1000 msnm)

Edad	Normal (g/dl)	Anemia
Menor de 2 meses nacido a término	13.5 a 18.5	< 13.5
Niños de 2 a 5 meses	9.5 a 13.5	< 9.5

Tabla 02:

Valores normales de la concentración de hemoglobina en niños de 6 a 59 meses de edad y clasificación de la anemia por niveles de hemoglobina (hasta 1,000 msnm)

Población	Normal (g/dL)	ANEMIA POR NIVELES DE HEMOGLOBINA (g/d)		
		Leve	Moderada	Severa
Niños de 6 a 59 meses de edad	11-14	10.0- 10.9	7.0 – 9.9	Menor de 7.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2016.

ANEXO N° 01: Cuaderno de Campo.

Familia	Hora de observación	Tareas realizadas	Actitudes observadas	Alimentos que consumen	Consumo de micronutrientes	Costumbres familiares para la alimentación	Tiempo que dura la observación

ANEXO N° 02:



ESCUELA DE POSTGRADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO LIBRE Y ESCLARECIDO

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO.

Título de la Investigación:

“Cultura de las familias frente al consumo de micronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños menores de 3 años. Microred Encañada Cajamarca, 2017”.

Objetivo:

Comprender la cultura de las familias frente al consumo de micronutrientes para prevenir la Anemia Ferropénica de la Microred Encañada.

.....

Yo..... Peruano (a) de nacimiento
identificado (a) con DNI N°.....mostrando mi interés con la Q.F. Lisete del
Pilar Angeles Minchán acepto participar en la investigación y entrevista grabada, con la
seguridad, reserva y confidencialidad de la información y que mi identidad no será
revelada y habrá libertad de participar o retirarme.

Cajamarca.....de.....2017.

ANEXO N° 03:

Lista de Atenciones de Niños que reciben Micronutrientes

N°	1 AÑO										HOSPITAL					TOTAL				
	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	
1	25-100-7	25-100-5	24-81-3	25-225-3	25-114-9	25-211-5	25-202-2	25-202-6	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	
2	25-100-4	25-100-7	24-81-6	25-202-6	25-202-9	25-211-7	25-202-2	25-202-6	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	
3	25-100-3	25-100-7	25-100-3	25-202-3	25-202-9	25-211-7	25-202-2	25-202-6	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	
4	25-100-6	25-100-5	25-100-3	25-202-3	25-202-9	25-211-7	25-202-2	25-202-6	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	
5	25-100-4	25-100-7	25-100-4	25-202-4	25-202-9	25-211-7	25-202-2	25-202-6	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	
6	25-100-19	25-100-2	25-100-3	25-202-3	25-202-9	25-211-7	25-202-2	25-202-6	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	
7	25-100-3	25-100-2	25-100-3	25-202-3	25-202-9	25-211-7	25-202-2	25-202-6	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	
8	25-100-7	25-100-4	25-100-2	25-202-2	25-202-9	25-211-7	25-202-2	25-202-6	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	
9	25-100-3	25-100-2	25-100-3	25-202-3	25-202-9	25-211-7	25-202-2	25-202-6	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	
10	25-100-5	25-100-3	25-100-3	25-202-3	25-202-9	25-211-7	25-202-2	25-202-6	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	
11	25-100-4	25-100-3	25-100-3	25-202-3	25-202-9	25-211-7	25-202-2	25-202-6	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	
12	25-100-5	25-100-2	25-100-2	25-202-2	25-202-9	25-211-7	25-202-2	25-202-6	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	
13	25-100-2	25-100-2	25-100-2	25-202-2	25-202-9	25-211-7	25-202-2	25-202-6	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	
14	25-100-3	25-100-2	25-100-2	25-202-2	25-202-9	25-211-7	25-202-2	25-202-6	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	25-202-2	
15		25-100-7																		
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				
32																				
33																				
34																				
35																				
36																				
37																				
38																				
39																				
40																				

ANEXO N° 04:

Charlas informativas del personal de salud. Lic. Enfermería

