

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CREENCIAS Y COSTUMBRES DE MADRES CON NIÑOS
MENORES DE CINCO AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE
ANEMIA, PROVINCIA SANTA CRUZ. CAJAMARCA. PERÚ.**

2020.

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR: CLEYDER RODRIGO MILIAN ASESORA: Dra.

JUANA AURELIA NINATANTA ORTIZ

CAJAMARCA-PERÚ

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CREENCIAS Y COSTUMBRES DE MADRES CON NIÑOS
MENORES DE CINCO AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE
ANEMIA, PROVINCIA SANTA CRUZ. CAJAMARCA. PERÚ.**

2020.

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR: CLEYDER RODRIGO MILIAN ASESORA: Dra.

JUANA AURELIA NINATANTA ORTIZ

CAJAMARCA-PERÚ

2021

© copyright

Autor: Cleyder Rodrigo Milian

Todos los Derechos Reservados

Autor: Rodrigo MC. 2021

Creencias y Costumbres de Madres Con Niños Menores De Cinco Años Con Diagnóstico De Anemia, Provincia Santa Cruz.Cajamarca.Perù. 2020.

TESIS:


Para Obtener el Título Profesional de
Licenciado en Enfermería


Asesor(a): Dra. Juana A. Ninatanta Ortiz
Docente principal de la E.A.P. Enfermería, adscrita a la F.C.S. UNC

Tesis aprobada por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR


.....
Nombre: Dra: María Elena Bardales Urteaga
Presidente


.....
Nombre: Dra: Dólores Chávez Cabrera
Secretaria


.....
Nombre: M.Cs Aída Cistina Cerna Aldave
Vocal

DEDICATORIA

Dedico este presente trabajo investigativo a mi madre Carmela Milián Santa Cruz, por su amor, trabajo, sacrificio, por su cariño y apoyo incondicional durante todo el proceso de formación profesional, por estar conmigo en todo momento y no dejarme derrumbar por las adversidades de la vida.

A mis hermanos, por el apoyo moral que me brindaron, a mi hijo Esteban que ahora es mi fuente de alegría y superación.

AGRADECIMIENTO

A Dios, quien nos brinda la vida, la salud para seguir adelante, por bendecirnos día a día y guiarnos en este camino de servicio.

A mis docentes, quienes me brindaron los conocimientos necesarios para ser un buen profesional, a mi Asesora: Dra. Juana Ninatanta por su asesoramiento en la elaboración del presente proyecto investigativo, a la Dra. Tatiana Mendoza Suxe madre de mi pequeño hijo por la colaboración y apoyo brindado.

A las madres de familia quien voluntariamente participaron de dicha entrevista y brindaron su tiempo para colaborar con la investigación.

A mis amigos: Anderson, Lorena, Tatiana, Ivis y Anabel, por su apoyo incondicional día a día, por los consejos y apoyo moral.

INDICE

| | |
|---|--------|
| DEDICATORIA | VII |
| AGRADECIMIENTO | VIII |
| RESUMEN..... | XI |
| ABSTRAC..... | XII |
| CAPÍTULO I..... | - 1 - |
| INTRODUCCIÓN | - 1 - |
| 1.1 Presentación del Problema de Investigación..... | - 1 - |
| 1.2. Pregunta orientadora del estudio | - 5 - |
| 1.3. Objeto de investigación | - 5 - |
| 1.4. Objetivos..... | - 5 - |
| 1.5. Justificación | - 5 - |
| CAPÍTULO II..... | - 7 - |
| REFERENCIAL TEÓRICO Y EMPÍRICO | - 7 - |
| 2.1. Cultura | - 7 - |
| 2.2. Creencias..... | - 8 - |
| 2.3. Costumbres..... | - 9 - |
| 2.4. La alimentación como signo de cultura..... | - 10 - |
| 2.5. Anemia en niños..... | - 11 - |
| 2.6. Prevención y tratamiento de la anemia..... | - 13 - |
| REFERENCIAL EMPÍRICO | - 17 - |
| CAPÍTULO III..... | - 19 - |
| TRAYECTORIA METODOLÓGICA..... | - 19 - |
| 3.1. Tipo y Diseño de Estudio: | - 19 - |
| 3.2. Área de Estudio: | - 19 - |
| 3.3. Sujetos de Investigación. | - 20 - |
| 1.4. Escenario de Estudio | - 21 - |
| 1.5. Técnica e Instrumentos de Recolección de la Información..... | - 21 - |
| 3.6. Interpretación y Análisis de la Información. | - 23 - |
| 3.7 Rigor Científico en el Estudio. | - 25 - |
| 3.8. Consideraciones Éticas del Estudio. | - 26 - |
| CAPITULO IV | - 27 - |
| RESULTADOS Y DISCUSIÓN | - 27 - |
| 4.1 Conocimiento de la enfermedad: anemia en los niños | - 28 - |

| | |
|--|--------|
| 4.2. Prácticas de alimentación para combatir la anemia y sanar al niño | - 30 - |
| 4.3. La recuperación rápida del niño con micronutriente | - 32 - |
| CONSIDERACIONES FINALES | - 39 - |
| RECOMENDACIONES | - 41 - |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | - 42 - |
| ANEXOS | - 48 - |

Título: “Creencias y Costumbres de Madres con Niños Menores de cinco años con Diagnóstico de Anemia, Provincia Santa Cruz. Cajamarca. Perú. 2020”.

Autor: Cleyder Rodrigo Milian¹

Asesoras: Juana Aurelia Ninatanta Ortiz²

RESUMEN

La presente investigación tuvo el objetivo explorar y describir las creencias y costumbres de las madres con niños menores de 5 años con diagnóstico de anemia nutricional en el distrito de Santa Cruz en el año 2021. La muestra está conformada por 08 madres que acuden al Centro de Salud Santa Cruz, y fue obtenida mediante saturación de la información. Se realizó una entrevista semiestructurada. Del análisis del discurso, se obtuvo tres categorías: 1) Conocimiento de la enfermedad: anemia en los niños, las madres identifican causas de la anemia, refiriéndose a mala alimentación, a la presencia de otra enfermedad, dificultad en la minutación de la madre por el cual tiene baja hemoglobina. 2) Prácticas de alimentación para combatir la anemia y sanar al niño, referida al uso de alimentos ricos en hierro, costumbres y creencias aprendidas a partir de un saber académico adquiridas en las visitas al establecimiento de salud. 3) La recuperación rápida del niño con micronutriente, identificada como preocupación y práctica de las madres para ayudar de una forma más rápida la recuperación de los niños y salir de la anemia administrando sulfato ferroso junto con jugo de fruta cítrica.

Conclusiones: Las creencias y costumbres en relación a la anemia van adquiriendo un nuevo matiz en las familias, en sus mensajes se encuentra un saber académico, transmitido por el profesional de salud y enfermería; el patrón de cuidado del niño en alimentación y consumo del micronutriente está guiado por la academia, más que una transmisión generacional de saberes y prácticas, el cual es positivo para la prevención y recuperación de la salud del niño sería más rápido.

Palabras clave: costumbres, madre, anemia, hemoglobina, niño, mala alimentación, creencias.

¹ Aspirante a Licenciado en Enfermería (Bach. Enf. Cleyder Rodrigo Milian. UNC)

² Juana Ninatanta Ortiz, Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora principal de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Cajamarca.

Título: “Creencias y Costumbres de Madres con Niños Menores de cinco años con Diagnóstico de Anemia, Provincia Santa Cruz. Cajamarca. Perú. 2020”.

Autor: Cleyder Rodrigo Milian³

Asesoras: Juana Aurelia Ninatanta Ortiz⁴

ABSTRAC

The present research aimed to explore and describe the beliefs and customs of mothers with children under 5 years of age with a diagnosis of nutritional anemia in the district of Santa Cruz in 2021. **Method:** The sample is made up of 08 mothers who attend the Santa Cruz Health Center, and it was obtained by saturating the information. A semi-structured interview was conducted. **Results:** From the analysis of the discourse, three categories were obtained: 1) Knowledge of the disease: anemia in children, mothers identify causes of anemia, referring to poor diet, the presence of another disease, difficulty in the determination of the mother due to which has low hemoglobin. 2) Feeding practices to combat anemia and heal the child, referring to the use of foods rich in iron, customs and beliefs you learned from academic knowledge acquired in visits to the health establishment. 3) The rapid recovery of the child with micronutrient, identified as a concern and practice of mothers to help in a faster way the recovery of children and get out of anemia by administering ferrous sulfate along with citrus fruit juice. **Conclusions:** The beliefs and customs in relation to anemia are acquiring a new nuance in families, in their messages there is an academic knowledge, transmitted by the health and nursing professional; the pattern of child care in food and micronutrient consumption is guided by the academy, rather than a generational transmission of knowledge and practices, which is positive for the prevention and recovery of the child's health would be faster.

Key words: customs, mother, anemia, hemoglobin, child, poor diet, habits, belief

³ Aspirante a Licenciado en Enfermería (Bach. Enf. Cleyder Rodrigo Milian. UNC)

⁴ Juana Ninatanta Ortiz, Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora principal de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Cajamarca.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Presentación del Problema de Investigación

La anemia por deficiencia de hierro es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo, y se presenta cuando la cantidad de hierro disponible es insuficiente y prolongada, para satisfacer las necesidades fisiológicas individuales. La anemia en niños e infantes está asociada con retardo en el crecimiento y en el desarrollo cognoscitivo, y a una resistencia disminuida a las infecciones. Los efectos de la anemia en la infancia y durante los primeros años de vida son irreversibles, aun después de un tratamiento.(1)

La anemia y la deficiencia de hierro reducen el bienestar de los individuos, provocando cansancio, letargia, y disminución de la capacidad física y al desempeño laboral. La anemia repercute en el retraso del crecimiento, el bajo peso al nacer, el sobrepeso en la infancia, la lactancia materna exclusiva y la emaciación. Si no se logra reducir, millones de mujeres seguirán sufriendo pérdida de su salud y calidad de vida, y generaciones de niños serán afectados en su desarrollo y aprendizaje, asimismo las comunidades y naciones tendrán menor productividad y desarrollo económico en sus países.(2)

La anemia genera una carga importante para el desarrollo del individuo desde temprana edad, se puede decir que tiene un efecto no solo en la vida de cada persona que la padece, sino también sobre la sociedad en su conjunto en términos sociales y económicos.(3)

La anemia desde el punto de vista social, hace que su prevalencia en distintos grupos etarios se perpetúe; debido a una mala disponibilidad y calidad alimentaria, así como por hábitos y creencias erróneas que generan una situación que, en términos más teóricos, podría traducirse como la ausencia de representaciones sociales orientadas a la generación de roles de enfermos y de patrones de respuesta o alerta frente a los síntomas más tempranos de la anemia.(4)

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, (2018), señala que la anemia es un gran problema de salud pública a nivel mundial y ocurre en las poblaciones más vulnerables donde existe situación de pobreza y falta de acceso a los servicios básicos de salud y educación. En todo el mundo alrededor de 151 millones de niños menores de 5 años tienen retraso en el crecimiento y el 45% de la mortalidad infantil en este grupo de edad se debe a la desnutrición. Los niños con problemas nutricionales tienen mayor riesgo de adquirir enfermedades comunes de su edad como la diarrea e infecciones respiratorias. La malnutrición aumenta los costos de atención en salud y disminuye el crecimiento económico de un país, asimismo representa una carga para las personas, la familia, la comunidad e impide el logro de los objetivos del milenio: reducir la mortalidad infantil.(5)

La encuesta demográfica y de salud familiar 2018, en Perú revela que, la anemia afectó al 43.5% de niños y niñas de 6 y 36 meses de edad. En los últimos cinco años hubo una disminución del 2.9 puntos porcentuales. El mayor porcentaje de infantes afectados son los menores de 9 y 11 meses (61.8%), seguido del grupo de 6 a 8 meses (57.4%) (2). En los niños de 6 a 18 meses; afecta a 6 de cada 10 niños. (6)

En Cajamarca el índice de anemia se redujo de 31,9% en 2018 a 28,7% en 2019, y en los últimos doce meses, el menor porcentaje de anemia en niños de 6 a 35 meses.(7) En el distrito de Santa Cruz (2019), la prevalencia de anemia en niños menores de cinco fue de 16.2%, y en lo que va del año 2020 se han diagnosticado 102 casos.(8)

Actualmente en el Perú la anemia y desnutrición infantil en los niños menores de 5 años es un problema latente con una alta incidencia en este grupo poblacional. Los niños que la padecen, por sus características socio sanitarias, tienen un impacto negativo en su salud física, mental y social a largo plazo. Al abordar la desnutrición y la anemia infantil es necesario mencionar los factores que condicionan y tienen una influencia decisiva. Entre ellos tenemos, los determinantes de la salud como la pobreza, desigualdad de oportunidades, exclusión y discriminación.(5)

La anemia, en los niños se ve agravada por la zona donde viven, debido al acceso geográfico, económico y cultural de sus habitantes, que limita la atención de su salud oportuna para los niños, tanto para controles del niño sano como en situaciones de enfermedad. En México,

Crocker et al encontró que la alta prevalencia de problemas alimentario-nutricionales y el bajo impacto de los programas alimentarios, se da principalmente porque se ha ignorado la cosmovisión del pueblo, justificando la recuperación de la cultura de consumo alimentario-nutricional de la etnia Wixarika en México.(9)

Un estudio de representaciones sociales relacionadas a la anemia en niños menores de tres años en comunidades Awajún y Wampis, Perú, muestra que desde la cosmovisión de la población no hay una definición clara de la anemia, ni maneja la descripción que el personal de salud tiene sobre la anemia. Desde su cultura a la sintomatología presentada por los niños con palidez, delgadez, cansancio, etc., le denomina *putsumat* o *putsuju*. En este sentido, el *putsumat* guarda estrecha relación con la anemia y se refleja en los síntomas: "flaco" (*watsaju*), "debilidad en la sangre", "baja energía", "cansancio", entre otros.(10)

La anemia en el cuerpo, representa un importante problema de salud para los niños menores de 5 años de edad. El consumo insuficiente de hierro en los niños pequeños y su asociación con un menor rendimiento en la escuela capta la atención y el interés de los padres y las madres.

Existen diversos motivos por los cuales las madres no dan el suplemento a sus hijos Mayca-Pérez, encontraron narrativas del personal de salud como "las chispitas, es muy complicado, la madre no se niega a llevarlo, ... parece que te recibieron con mucho gusto, pero si tú vas a sus casas encuentras a algunas que lo tienen en bolsas guardadas, cuatro o cinco cajas, me dicen... me olvidé o les hace daño... las chispitas lo mezclan con dos gotas de alcohol y forman goma, lo vomita, entre otras excusas".(11)). En otro estudio en las comunidades de la provincia de Huanta Perú, los resultados muestran que los participantes no reconocen los síntomas de la anemia en sus hijos, ni en otros niños de la comunidad.(10)

En mi experiencia de estudiante y durante las prácticas preprofesionales he tenido la oportunidad de observar niños con anemia, que enferman frecuentemente, sus padres, muchos de ellos, con una cultura de cuidado de la salud basado en aprendizajes culturales y religiosos, con algunas prácticas desfavorables para la salud de niño, que podrían agravar la situación de las enfermedades. Durante la atención a la madre y al niño se identifica cambios en el tipo de alimentación, el reemplazo de alimentos nutritivos de la zona por productos con bajo contenido

nutricional; inadecuadas prácticas de alimentación, poca adherencia al tratamiento de la anemia; lo que estaría conduciendo a retardar la recuperación de los niños

Asimismo, durante la atención de las madres con sus menores hijos por el profesional de enfermería, se identifican distintas maneras de pensamiento, diversas culturas y creencias, algunas de ellas favorables para el óptimo crecimiento de desarrollo del niño, como muchas de ellas que contradicen el método científico; se puede identificar en su gran mayoría que las madres de la zona urbana se rigen por las recomendaciones del personal de salud, mientras que las madres de la zona rural, mayormente son más aferradas a sus costumbres, tradiciones y creencias; que influyen de manera directa en el cuidado, alimentación y tratamiento de enfermedades del niño.

Si bien, las políticas de gobierno que se siguen para disminuir anemia en niños menores de cinco años a nivel nacional, han logrado efectos positivos en cuanto a números, estos todavía siguen siendo altos. Según Zavaleta, N. (2017), las cifras de prevalencia de anemia en los niños han permanecido sin mayores cambios en los últimos cinco años, pese a los esfuerzos del gobierno por reducirla. Por tal motivo, el gobierno aprobó el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú; con diversas estrategias, que tiene como meta reducir la anemia al 19% en el 2021.(12)

Por ello es necesario, indagar más allá de cifras estadísticas, las creencias y costumbres de las madres, que nos lleve a la comprensión del problema de la anemia y resolver las barreras existentes en este eje nutricional tan importante en nuestro país. Explorar desde la mirada de los que sufren y conviven con esta enfermedad, el cual permitirá comprender este problema de salud pública, y apoyar en la reorientación de estrategias local de prevención, control y disminución de la anemia en niños menores de cinco años.

1.2. Pregunta orientadora del estudio

¿Cuáles son las creencias y costumbres sobre anemia en madres con niños con diagnóstico de anemia nutricional en menores de 5 años en el distrito de santa cruz en el año 2020?

1.3. Objeto de investigación

Anemia en niños desde la perspectiva de las creencias y costumbre de las madres con niños menores de cinco años con anemia nutricional.

1.4. Objetivos

- Describir las creencias sobre anemia en madres con niños con diagnóstico de anemia nutricional menores de 5 años en el distrito de santa cruz en el año 2020.
- Explorar las costumbres de las madres respecto a la anemia nutricional en niños menores de 5 años en el distrito de santa cruz en el año 2020.

1.5. Justificación

La anemia nutricional es la causa más importante de anemia en la población mundial, especialmente la ferropenia. La mayor prevalencia de ferropenia y anemia ferropénica se da en los lactantes, seguidos de los adolescentes y mujeres en edad fértil.(13). La anemia es una condición patológica en la que se produce una disminución del número de eritrocitos que, en la práctica clínica, se evalúa mediante la disminución en la concentración de hemoglobina y/o hematocrito.(14). Tan importante como valorar la anemia es evaluar la deficiencia de hierro, en los niños que conlleva a alteración irreversible del sistema nervioso central. Las creencias, valores y estilos de vida deseados de los seres humanos han sido incorporados a la enfermería y a los servicios de salud. Los profesionales de enfermería necesitan incorporar valores, creencias y modos de vida a sus cuidados, para que mejoren o que sean congruentes con el estilo de vida e intereses de las personas para beneficiarlas terapéuticamente.(11)

La investigación pretende obtener información relacionada con las costumbres y las creencias de las madres en relación a la anemia de sus hijos menores de cinco años, que nos permita conocer, qué saben, cómo actúan, qué piensan, etc., sobre la anemia.

Los resultados permitirán a los profesionales de la salud comprender el actuar de las madres frente a esta problemática, dichos hallazgos beneficiarán a las madres de familia, así como también al personal de salud de la provincia de Santa Cruz, así también se incentivará a nuevas investigaciones del tema. Tiene la finalidad de contribuir con información cercana a la realidad para apoyar diversas investigaciones y mejorar estrategias de salud enfocadas a la promoción, prevención de la anemia en niños menores de cinco años; así como lograr la adherencia de la madre a la administración del micronutriente en sus hijos.

El estudio fue factible de realizar, toda vez que se tuvo el acceso y facilidades en el establecimiento de salud para la identificación de madres con niños menores de cinco años con anemia, la buena disposición de las madres para participar; asimismo se dispuso de tiempo y recurso económicos del investigador para realizare el trabajo de campo y culminación de la tesis.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO Y EMPÍRICO

2.1. Cultura

Cultura, del latín “colere”, igual a cultivar, significa originariamente el cuidado y perfeccionamiento de las aptitudes propiamente humanas, más allá del mero estado natural. Zúñiga Segura y Jurado Párraga nos indican que son diversos los conceptos de cultura que existen: La cultura designar tanto la formación del espíritu humano, como toda su personalidad: gusto, sensibilidad, inteligencia. Es un tesoro colectivo de saberes poseído por la humanidad o por ciertas civilizaciones. En sentido antropológico, la cultura es el conjunto de las representaciones y de los comportamientos adquiridos por el hombre como ser social. Es decir, son características de determinadas sociedades. (15)

La cultura tomada en su amplio sentido etnográfico, es ese complejo conjunto que incluye el conocimiento, creencias, las artes, la moral, las leyes, las costumbres y cualquier otra aptitud y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad.(16)

La cultura representa los modos de vida sistematizados y los valores, de las personas que influyen en las decisiones y sus acciones. Están involucradas las normas, modos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos en grupo específico de personas, que guías los pensamientos, decisiones y acciones de un modo terminado. Madeleine Leininger en su teoría de la Enfermería Transcultural, indica que el concepto de cultura viene de la antropología, y el de cuidado de la enfermería para ser unidos en un marco mayor. Esencialmente, la cultura se refiere a las creencias, valores, símbolos, estilos de vida de una cultura particular y que son aprendidos, practicados y generalmente transmitidos de generación a generación cómo normas de comportamiento en la vida.(17).

La cultura, es un patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones, comportamientos, cosmovisión e instituciones (familia, instituciones religiosas, económicas y políticas) y sirven para preservar a un grupo social dado. La etnia, la raza y el nivel socio-económico, el contexto geográfico en varias combinaciones constituye los diferentes contextos

culturales. Cada cultura, dentro de su proceso de desarrollo histórico, ha identificado formas de responder a los problemas fundamentales como la vida, la muerte, la salud, la enfermedad. Estas respuestas, no sólo obedecen a las dinámicas internas sino en gran medida a los condicionamientos externos. En relación a la salud-enfermedad, se han creado categorías, modelos, ideas, prácticas, etc. muy propios, que dependen de la cosmovisión, la historia social, económica y el ámbito geográfico o naturaleza en el que se asienta cada cultura.(18)

2.2. Creencias

Según La Real Academia Española (RAE), la creencia es el firme asentimiento y conformidad con algo; la creencia es la idea que se considera verdadera y a la que se da completo crédito como cierta. Es decir, supone una expectativa de actuación por parte del sujeto creyente, pues lo dispone a actuar de determinada manera. Esta es la razón por la cual es posible inferir las creencias de un sujeto a partir de la observación reiterada de su conducta: “porque al creer en un hecho considero que ese hecho forma parte del mundo real y, por lo tanto, me relaciono con el mundo contando con su existencia.(19)

En el campo de la psicología social, las creencias se ubican en la categoría de "representaciones sociales" dentro de la teoría del mismo nombre, la cual fue propuesta por Moscovici hacia 1961. Se afirma que la teoría busca integrar los niveles individual y social en el análisis de la conducta de los individuos, lo cual implica que la conducta de los individuos está influenciada por las representaciones sociales y viceversa.

Las creencias se originan en la interacción social cotidiana, la cual propicia en las personas una manera particular de entender el mundo que las rodea, así como su propio mundo interno. Es decir, son representaciones sociales que pretenden integrar lo individual y lo social. Estas representaciones están cargadas de información cualitativa y cuantitativa de la realidad que puede ir desde la más estereotipada hasta la más original. Y dichas representaciones cumplen la función social de orientar la conducta de los individuos, guiar las relaciones y las comunicaciones sociales. Con frecuencia las creencias se denominan supersticiones que, por ubicarse en el plano de lo mitológico, son menospreciadas. (20)

De otro lado, el sistema de creencias, formado en la personalidad a través de la propia existencia y como resultado de su interacción con el medio social, contribuye a materializar la conducta, por ejemplo entre ellas las religiosas, que pueden ejercer una influencia beneficiosa o perjudicial, dentro del proceso salud-enfermedad; y es importante se tenga en cuenta, quienes tienen la responsabilidad social de cuidar la salud del pueblo, a la hora de realizar acciones preventivas o curativas en las personas. (21)

2.3. 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. (22)

Las costumbres se definen como prácticas colectivas y características de sociedades o comunidades, que constituyen su identidad cultural e histórica y, por lo tanto, se realizan de manera legítima y natural, siendo a veces de carácter imperativo. Las costumbres evolucionan o se modifican en función de las experiencias y relaciones de la población con la naturaleza y con otros grupos sociales. Se considera que al interior de una misma cultura son posibles los usos particulares, propios de decisiones individuales y de la personalidad. (23)

Según Edwar Thompsom indica que la costumbre es el magistrado principal de la vida del hombre, que los hombres, a toda costa, se esfuercen por obtener buenas costumbres; alcanza la mayor perfección cuando empieza en los años jóvenes; a esto lo llamamos educación, la cual no es, en realidad, nada salvo costumbre de los primeros años de vida. Las costumbres están claramente conectadas y enraizadas en las realidades materiales y sociales de la vida y el trabajo, aunque no son sencillamente derivados de dichas realidades ni expresiones de las mismas. (24)

En el presente estudio se asume que las costumbres en las madres han ido modificándose de manera individual, de acuerdo a la información y mensajes de cuidado de la salud que reciben del personal; y sus prácticas de cuidado igualmente han sido modificadas, en relación al conocimiento adquirido no necesariamente de transferencia oral o tradicional; sino que con el transcurrir del tiempo se observa que los saberes responden a bases científicas o académicas.

En este sentido de acuerdo con los autores las costumbres se modifican con el tiempo y con la interrelación de otros grupos sociales, en este caso con el profesional de la salud.

2.4.La alimentación como signo de cultura

La alimentación de las personas está condicionadas a muchos factores, como el nivel educativo, la zona geográfica, el clima, la religión, nivel económico, la salud, entre otros, esto predispone a la población a adquirir y consumir distintos tipos de alimentos; todo esto predispone a una dieta que puede favorecer o impedir una nutrición adecuada.

El avance en la tecnología es uno de los factores que hoy en día modifican la nutrición, los aspectos derivados de la tecnología y de la sociedad industrial son los que en un mundo globalizado van a alejarnos de la naturaleza y acercarnos más al supermercado. Los cambios de estación afectan cada vez con menos fuerza y las tradiciones culinarias pesan cada día menos, tan sólo en fechas concretas, siendo progresivamente sustituidas por comidas preparadas. Ello nos lleva a una alimentación en la que se pierden señales de identidad, se universaliza y se desliga progresivamente de la cultura.(25)

La invención de mitos alimentarios, incluso contradictorios entre sí, parece no tener fin; algunos son fácilmente refutables con sólo utilizar la lógica científica, otros requieren la aplicación del sentido común. (26)). En torno a la cultura, es la familia la que principalmente genera y transmite valores, tradiciones, manifestaciones culturales, a través del reconocido proceso de socialización. (27)

Así, investigaciones cualitativas describen maneras de cuidado popular coherentes con la cultura, con el propósito de promover el cuidado de la salud de la familia, donde se favorece la conexión entre el saber profesional y el saber popular. De allí la importancia que en los estudios se aborden los fenómenos que se dan en la estructura familiar, sus funciones dentro del contexto y cultura para comprender los cuidados realizados por la familia, las situaciones de riesgo o los problemas de salud; de tal manera, que para el cuidado de la salud, los profesionales logren el acercamiento a las familias de diversas culturas. (28)

En la perspectiva social, los alimentos representan mucho más que un recurso para el proceso de nutrición. En las sociedades humanas, los alimentos se encuentran encastrados dentro de los aspectos religiosos, económicos y sociales de la vida diaria. En distintas culturas, los alimentos son interpretados como símbolos, expresando y creando relaciones entre hombres, entre hombre y mujer, entre el propio hombre y los dioses, con la naturaleza, etc. Por lo tanto, los alimentos constituyen una parte esencial de la forma en que determinadas comunidades humanas se organizan y funcionan, así como de la forma en la que sus integrantes miran al mundo y su diversidad.(29)

Desde la interdisciplinariedad y la complementariedad de los métodos, tanto las ciencias naturales como las ciencias sociales empiezan a articular esfuerzos para enfrentar las diversas situaciones alimentarias de la sociedad moderna, y posibilitar un conocimiento integral de los fenómenos en estudio. Estas situaciones alimentarias son desarrolladas en la familia, ya que las prácticas de alimentación expresan y configuran nuevas formas de ordenamiento social, que inciden en los comportamientos e interacciones de los sujetos, en el ámbito individual, familiar, comunitario y social. (30)

2.5. Anemia en niños

La anemia se define como una disminución de la masa eritrocitaria o de la concentración de hemoglobina (Hb) mayor de dos desviaciones estándar con respecto a la media que corresponde a su edad (31); esto es por debajo del límite de satisfacción de las necesidades fisiológicas del organismo; sin embargo, desde el punto de vista práctico y con fines diagnóstico se considera anemia, de manera indirecta una hemoglobina o hematocrito con punto de corte establecidos por la Organización Mundial de la Salud.(32)

Clínicamente, la anemia es una disminución de los niveles de hemoglobina en sangre, debido especialmente a una dieta deficiente en hierro. Esta enfermedad en etapas tempranas produce cansancio, sueño excesivo, falta de concentración y palidez. Sus efectos más severos son la disminución del rendimiento y la capacidad física e intelectual, la disminución de las defensas del organismo frente a agentes externos, que dejan al organismo más vulnerable frente a otras

enfermedades, en el caso de los niños compromete seriamente sus capacidades y su potencial de desarrollo humano. (4) La deficiencia de hierro es una enfermedad sistémica que afecta a múltiples órganos y tejidos, lo que hace que sus manifestaciones clínicas puedan ser muy variadas.

La anemia por deficiencia de hierro, constituye la principal causa de anemia nutricional de salud pública, el valor determinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) varía menos de 11 g/dl para niños de 6 meses a 5 años y para mujeres embarazadas, hasta 12 g/dl para niños de 6 -12 años y mujeres en edad fértil y 13 g/dl en varones adultos. Además, este valor límite puede variar por otros factores como la altitud. La mayoría de los niños con anemia están asintomáticos y se diagnostican al realizar un estudio analítico rutinario. Los síntomas, cuando ocurren, están relacionados con la causa subyacente, el tiempo de evolución y la intensidad del déficit de hematíes. (31)

El estado nutricional de hierro de una persona depende del balance determinado por la interacción entre los nutrientes que componen la dieta, la biodisponibilidad, las pérdidas y los requerimientos por crecimiento. La cantidad de hierro que asimila el organismo depende de la cantidad ingerida, la composición de la dieta y la regulación de la absorción por la mucosa intestinal. La biodisponibilidad depende del estado químico en que se encuentra (hemo o no-hemo) y de su interrelación con otros componentes de la dieta, facilitadores (ácido ascórbico, fructosa, ácido cítrico, ácido láctico, factor cárneo) o inhibidores (fosfatos, fitatos, calcio, fibras, oxalatos, tanatos, polifenoles) de la absorción. El hierro hemo es el de mejor disponibilidad, pues es absorbido sin sufrir modificaciones y sin interrelacionar con otros componentes de la dieta. La biodisponibilidad del hierro está presente en distintos tipos de leche. Los niños alimentados a pecho o con fórmulas tienen cubierto su requerimiento diario mínimo, no así los alimentados con leche de vaca no fortificada con hierro. La absorción de hierro por la mucosa intestinal está regulada por la cantidad de hierro corporal y el ritmo de eritropoyesis. La eritropoyesis depende también de muchos otros factores.(33)

Según la tabla N°2 de la Norma técnica- Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas nos indica lo siguiente:

Síntomas generales: el niño o niña presenta sueño incrementado, astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, fatiga, vértigos, mareos, cefaleas y alteraciones en el crecimiento. En prematuros y lactantes pequeños: baja ganancia ponderal.

Alteraciones en piel y faneras: Piel y membranas mucosas pálidas (signo principal), piel seca, caída del cabello, pelo ralo y uñas quebradizas, aplanadas (platoniquia) o con curvatura inversa (coiloniquia).

Alteraciones de conducta alimentaria: Pica: Tendencia a comer tierra (geofagia), hielo (pagofagia), uñas, cabello, pasta de dientes, entre otros.

Síntomas neurológicos: Alteración del desarrollo psicomotor, del aprendizaje y/o la atención. Alteraciones de las funciones de memoria y pobre respuesta a estímulos sensoriales. El diagnóstico clínico se realizará a través de la anamnesis y el examen físico (31)

Anamnesis: Evalúa síntomas de anemia y utiliza la historia clínica de atención integral del niño y a través de la entrevista con la madre o cuidador para conocer el tipo de dieta del niño o niña. El examen físico considera:

- ✓ Observar el color de la piel de la palma de las manos.
- ✓ Buscar palidez de mucosas oculares
- ✓ Examinar sequedad de la piel, sobre todo en el dorso de la muñeca y antebrazo
- ✓ Examinar sequedad y caída del cabello
- ✓ Observar mucosa sublingual.
- ✓ Verificar la coloración del lecho ungueal, o también llamada, prueba del llenado capilar ungueal, para lo cual se presiona las uñas de los dedos de las manos y se observa la palidez y la cantidad de flujo sanguíneo que llega al tejido luego de dejar de ejercer presión.

2.6. Prevención y tratamiento de la anemia

El manejo preventivo y terapéutico de la anemia se realiza en base a los productos farmacéuticos contemplados en el Petitorio Único de Medicamentos (PNUME) vigente, de acuerdo a esquema establecido y se tiene en cuenta el contenido de hierro elemental según cada producto farmacéutico. Como medida preventiva contra la anemia, la alimentación juega un

rol muy importante es por ello que: los menores de 3 años deben comer al menos dos cucharadas de carne roja o vísceras al día para combatir la anemia. (34) Es por ello que todos los niños menores de 5 años deben de llevar una alimentación rica en hierro, las madres deben conocer diversos tipos de alimentos y combinarlos de una manera proporcional a la dieta del niño.

Para evitar la anemia, las madres y padres deben alimentar a sus niños con alimentos de origen animal por su alto contenido y fácil absorción de hierro. Las menestras también contienen hierro, pero su absorción es baja, por lo que sólo se absorbe el 40 % del nutriente que contienen, a diferencia de los alimentos de origen animal que se asimilan al 60 %. (35)

El estudio realizado en el Instituto Nacional de Salud – MINSA (2018), sobre Efectividad de estrategias de implementación de políticas, programas o intervenciones para prevenir y/o tratar anemia en niños menores de cinco años, concluyen que las distintas estrategias para incrementar adherencia en al tratamiento de anemia con multimicronutrientes en polvo tienen diversos resultados y depende del contexto en el que se implementó dichas estrategias, como la educación nutricional, la misma que ha mostrado efectividad en las mejoras de las prácticas de la alimentación en la zona rural y por ende la disminución de la prevalencia de anemia en niños menores de cinco años zonas rurales. (36)

El MINSA (2017), mediante la Norma Técnica - Manejo Terapéutico y Preventivo de la anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas; y el Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil 2017-2021; incluye el despistaje de anemia y el inicio inmediato del tratamiento según diagnóstico, ya sea que presenten o no, los síntomas. Y dentro del manejo preventivo en niños, estable el tamizaje o despistaje de hemoglobina o hematocrito para descartar anemia en los niños se realiza a los 4 meses de edad. La prevención se realiza:

a) La suplementación preventiva con gotas a los 4 meses de vida (Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico), hasta cumplir los 6 meses de edad. b) Suplementación preventiva con hierro en dosis de 2 mg/kg/día hasta que cumplan los 6 meses de edad, c) Entrega de Micronutrientes desde los 6 meses de edad hasta completar 360 sobres (1 sobre por día). d) Si el niño no recibió micronutrientes a los 6 meses de edad, podrá iniciar en cualquier edad, dentro del rango de edad establecido (6 a 35 meses inclusive o 3 años de edad cumplidos). e) En el caso de niños mayores de 6 meses, y si el Establecimiento de Salud no cuenta con micronutrientes, podrán recibir hierro en otra presentación, como gotas o jarabe de Sulfato

Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico. f) En el caso de suspenderse el consumo de micronutrientes, se deberá continuar con el esquema hasta completar los 360 sobres; se procurará evitar tiempos prolongados de deserción.(14)

Asimismo, el equipo de salud debe realizar:

- A atención integral en el control de crecimiento y desarrollo, atención prenatal y puerperio, incluyendo el despistaje de anemia, a todos los niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas que reciben suplementos de hierro, en forma preventiva o terapéutica.
- Adecuada consejería a la madre, familiar o cuidador del niño, adolescente, y a las mujeres gestantes y puérperas, sobre las implicancias y consecuencias irreversibles de la anemia; la importancia de una alimentación variada y con alimentos ricos en hierro de origen animal; y la importancia de la prevención o tratamiento de la anemia.
- Informar a los padres de niños y adolescentes, a mujeres gestantes y puérperas sobre los efectos negativos de la anemia en el desarrollo cognitivo, motor y el crecimiento, con consecuencias en la capacidad intelectual y de aprendizaje (bajo rendimiento en la escuela o estudios, entre otros) y motora (rendimiento físico disminuido) y con repercusiones incluso en la vida adulta (riesgo de padecer enfermedades crónicas).

Como se observa, las estrategias para disminuir la prevalencia de anemia en el país son diversas, el personal de salud cumple un rol fundamental, y específicamente el profesional de enfermería mediante la promoción y educación a las madres; no sólo en alimentación saludable; sino también para conseguir incrementar la adherencia de las madres al tratamiento y conseguir los resultados esperados en los niños menores de cinco años, tanto de las zonas rurales como urbana.

Suplementación Preventiva con Hierro y Micronutrientes para niños menores de 36 meses

| Condición del niño | Edad de administración | Dosis (vía oral) | Producto a utilizar | Duración |
|---|---|------------------|--|---|
| Niños con bajo peso al nacer y/o prematuros | Desde los 30 días hasta los 6 meses | 2 mg/kg/día | Gotas Sulfato Ferroso o Gotas Complejo Polimaltosado Férrico | Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos |
| | Desde los 6 meses de edad | 1 sobre diario | Micronutrientes: Sobre de 1 gramo en polvo | Hasta que complete el consumo de 360 sobres |
| Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer | Desde los 4 meses de edad hasta los 6 meses | 2 mg/kg/día | Gotas Sulfato Ferroso o Gotas Complejo Polimaltosado Férrico | Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos |
| | Desde los 6 meses de edad | 1 sobre diario | Micronutrientes: Sobre de 1 gramo en polvo | Hasta que complete el consumo de 360 sobres |

* Si el EESS no cuenta con Micronutrientes podrá seguir usando las gotas o jarabe según el peso corporal.

REFERENCIAL EMPÍRICO

La madre alimenta a su hijo de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias, y por lo tanto, es importante conocer las creencias y las prácticas alimentarias que la madre tenga sobre la alimentación de su hijo, ya que concepciones erróneas pueden llevar a condicionar al menor a hábitos alimentarios poco saludables con repercusiones negativas a futuro, pero a su vez es importante destacar la relevancia de aquellas prácticas protectoras que pueden ser reforzadas.(37)

Choquehuanca en su estudio cuantitativo, correlacional, de corte transversal; para determinar la relación entre las prácticas alimentarias y la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses del centro de salud Perú 3ra zona, Lima – 2018, con una población de 130 madres de niños de 6 a 24 meses, observó que de las 130 (100%) madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Perú 3ra Zona, Lima, el 63.8% (83) prácticas alimentarias no saludables y el 36.2% (47) saludables teniendo relación con la prevalencia de anemia, donde se observó que de las 130 (100%) madres de niños de 6 a 24 meses del Centro de Salud Perú 3ra Zona, Lima, el 56.9% (74) presentaron anemia y el 43.1% (56) no presentaron anemia. (38)

Mabel en su estudio de tipo cuantitativo, nivel descriptivo, diseño no experimental, correlacional de corte transversal para determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las madres sobre anemia ferropénica y prácticas alimenticias con la prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses en el puesto de salud Cocharcas durante el 2017, con una muestra no probabilística por conveniencia, conformada por 26 madres de niños de 6 a 35 meses des puesto de salud Cocharcas donde encontró que la mayoría de las madres conocen sobre la anemia ferropénica y no existe relación significativa con la prevalencia de anemia, mientras que las prácticas que realizan las madres la mayoría son inadecuadas y se relaciona significativamente con la prevalencia de anemia. (39)

Mayca-Pérez, et al con el objetivo de conocer las representaciones sociales de las comunidades awajún y wampis en torno a síntomas y tratamiento de la anemia en niños menores de 03 años, realizaron un estudio cualitativo en los distritos de Río Santiago, Cenepa y Nieva en la región Amazonas, Perú; con entrevistas en profundidad para personal de salud, autoridades de la comunidad y padres de familia, tuvieron los siguientes resultados:

Un grupo de participantes no tuvo un significado claro sobre la anemia, y su descripción fue diferente al personal de salud; por lo que los padres siguen tratamiento no necesariamente

indicado por el personal de salud, y prefieren consumir algunos alimentos que podrían curar el putsumat (la enfermedad), pues ellos no identifican la anemia como tal; y no es prioridad ir al establecimiento de salud para recibir los multimicronutrientes, evidenciándose presencia de prácticas tradicionales con sistemas interpretativos propios sobre la salud, la enfermedad y su tratamiento, según grupo cultural. Y tiene en su creencia que el putsumat o putsuju un modelo interpretativo equivalente para la anemia. (10)

Minchán, A. (2018), en su estudio Cultura de las familias frente al consumo de micronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños menores de 3 años. Microred Encañada Cajamarca, 2017, cualitativo descriptivo, en una muestra de 12 madres, encontró las familias entorno al conocimiento de consumo de los micronutrientes es: ayudan a desarrollarse, subir de “peso”, pero no existe alimentación balanceada, debido a poco acceso a los alimentos. Muchas familias son creyentes en lo que impartieron sus antepasados y personas allegadas y tienen arraigados sus mitos y creencias en torno al consumo de micronutrientes, muchas creen lo que les dicen sus amigos, familiares, y uno de los mitos es no darles frutas a los niños con los micronutrientes; y en relación a la alimentación diaria están orientada a los productos que producen en su zona, siendo el mayor consumo los carbohidratos y productos que están más a su acceso, a su economía y costumbres alimentarias. (22)

Vásquez, R.Y. en su estudio “Perspectiva de las madres sobre la desnutrición crónica de sus niños menores de cinco años, del caserío de Pacobamba Lajas 2015, tuvo el objetivo develar, comprender y describir la perspectiva que las madres tienen sobre la desnutrición crónica de sus hijos, mediante el enfoque cualitativo - descriptivo, en una muestra obtenida por saturación de información y mediante entrevista semiestructurada, con análisis de discurso, tuvo como resultados, que como es el saber de las madres sobre la desnutrición, cuáles son los reflejos de la desnutrición; y los recursos económico que a veces no es suficiente para alimentar a sus niños. Se evidencia diversas de situaciones que llevan a sus hijos a la desnutrición crónica, refieren desconocer sobre que es desnutrición, pero a la vez expresan cuales las causas, consecuencias de la desnutrición y desean que sus hijos recuperen su salud, ya que reconocen que sus niños están desnutridos y se preocupan por su futuro.(40)

CAPÍTULO III

TRAYECTORIA METODOLÓGICA

3.1. Tipo y Diseño de Estudio:

El estudio tiene un enfoque cualitativo, exploratorio descriptivo, el mismo que consiste en reunir información que capte la realidad social de las madres con niños menores de 5 años con diagnóstico de anemia.

Un estudio cualitativo busca comprender su fenómeno de estudio en su ambiente usual (cómo vive, se comporta y actúa la gente; qué piensa: cuáles son sus actitudes, etcétera); Hernández S, Fernández C y Baptista L menciona que el enfoque cualitativo puede concebirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo “visible”, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos.(40)

3.2. Área de Estudio:

La investigación se realizó en el distrito y provincia de Santa Cruz. La provincia de Santa Cruz se encuentra localizada en el departamento y región de Cajamarca. En sus inicios, el territorio fue habitado por diversas tribus locales cuyos vestigios poblacionales aún pueden encontrarse en algunos cerros de la provincia. Posteriormente pasó a manos del imperio incaico durante el periodo expansionista liderado por Pachacútec y continuado por Túpac Inca Yupanqui. La provincia de Santa Cruz es una de las trece que conforman el departamento de Cajamarca en el Norte del Perú. Limita por el Norte con la provincia de Chota; por el Este con la provincia de Hualgayoc; por el Sur con la provincia de San Miguel, y; por el Oeste con el departamento de Lambayeque. El distrito de Santa Cruz es uno de los once que conforman la provincia de Santa Cruz del departamento de Cajamarca en el Norte del Perú.

3.3. Sujetos de Investigación.

Se considera para el estudio a las madres de niños menores de 5 años con diagnóstico de anemia, atendidos en Centro de Salud de la provincia de Santa Cruz. El número de madres que conforman la muestra son 08 y estuvo determinado por el criterio de saturación de la información; la misma que se consiguió a partir de la entrevista realizada a las madres aceptaron voluntariamente participar en la investigación, previa explicación de los objetivos del estudio y firma de consentimiento informado. Las madres fueron seleccionadas de manera intencional, su identificación se realizó en los registros del establecimiento de salud, verificándose el cumplimiento de los criterios de inclusión.

En este tipo de estudios, se entiende por saturación el punto en el cual se ha escuchado ya, una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen otros elementos, sugiere que mientras sigan apareciendo nuevos datos o nuevas ideas, la búsqueda no debe detenerse. (41)

Esta modalidad trabaja con números relativamente pequeños de unidades de observación, incluso en ocasiones con un único caso; pero también puede incluirse un número elevado de participantes. Cada unidad o conjunto de unidades son seleccionadas intencionalmente, debido que se busca obtener información profunda y detallada sobre el objeto de estudio, ya que se orienta hacia la comprensión de los fenómenos y los procesos sociales en toda su complejidad. (41)

Las madres participantes en el estudio son de la zona rural, todas atendidas en el Centro de Salud, sus edades fluctúan entre 20, 25, 30 35, hasta 41 años, las más jóvenes tienen un a dos hijos y las de mayor edad hasta con tres hijos menores de cinco años. Ellas tienen estudios de nivel primaria y secundaria. Las madres entrevistadas son las encargadas directamente del cuidado de sus hijos. Todos los niños presentaron anemia en el momento de la entrevista. Su nivel socioeconómico es bajo, su ocupación es ama de casa y la familia se dedica a la agricultura. Son madres con disposición a seguir aprendiendo el cuidado de sus hijos, pues se observa interés y preocupación por recuperar rápidamente de la enfermedad al niño.

Criterios de Inclusión.

- Madres de niños menores de 5 años con diagnóstico de anemia del distrito de Santa Cruz, que asisten regularmente al control del niño en el establecimiento de salud.
- Madres aceptaron participar voluntariamente en el estudio, comunicativas, asequibles y que firmaron el consentimiento informado.
- Madres dedicadas al cuidado permanente de su hijo.

Se consideró importante, elegir de manera intencional a madres que estuvieron dispuestas a proporcionar información para estudiar en profundidad la pregunta de investigación.

1.4. Escenario de Estudio

Las entrevistas individuales se realizaron en el domicilio de la madre participante en el estudio. Es espacio fue acordado con las madres, pues se procuró tener un ambiente familiar, cómodo, libre de ruido e interrupciones y con ventilación e iluminación adecuada. Además, se considera que fue un lugar donde la madre se puede sentir más segura y con mayor confianza.

1.5. Técnica e Instrumentos de Recolección de la Información.

Se utilizó la cualitativa en entrevista en profundidad. Las entrevistas cualitativas son flexibles y dinámicas, son no estructuradas y no estandarizadas. La entrevista en profundidad es entendida, *“a los reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes; estos encuentros están dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras”*. Este tipo de entrevista sigue el modelo de una conversación entre dos personas iguales, no existe un intercambio formal de preguntas y respuestas. El investigador lejos de parecerse a un robot recolector de datos, él es el instrumento de la investigación y no lo es un formulario de entrevista. El rol que cumple el investigador, no sólo implica obtener respuestas es de aprender que preguntas hacer y cómo hacerlas. (42)

Es un método que permite recoger información de las experiencias, sentimientos, opiniones y perspectivas de los participantes. La entrevista en profundidad se realizó en domicilio de las madres y en la hora y fecha acordada, para tal fin se hizo firmar el consentimiento informado. Las preguntas claras y sencillas que se realizaron, estuvieron orientadas para que de manera

libre y espontánea las madres expresen sus saberes y sus prácticas en relación a la anemia, las mismas configuraban su costumbre y creencias de esta enfermedad. En este conversatorio se procuró transmitir confianza y seguridad; ello con la finalidad que las madres puedan responder todas las interrogantes que se les realizó. De igual manera se tuvo cuidado de no extender el tiempo de la entrevista, para que evitar cansancio o pérdida del interés por seguir la conversación.

Para llevar a cabo las entrevistas se utilizó un cuestionario semiestructurado con preguntas abiertas elaboradas por el investigador, las mismas que facilitaron recoger las creencias y costumbres de las madres sobre la anemia, y dar respuesta a la pregunta orientadora y al objeto de estudio.

Procedimiento de recojo de información

Se solicitó el permiso al director del Centro de Salud Santa Cruz, con la finalidad de obtener el registro de niños con diagnóstico de anemia y la identificación de la madre. Se realizó la ubicación de las participantes con la finalidad de tener un primer acercamiento y solicitar su participación voluntaria, a la vez que se hizo firmar el consentimiento informado. Este proceso significó conocerlas y familiarizar con las madres.

Se procedió a realizar la entrevista en el domicilio de cada participante, en la fecha y hora acordada. Se solicitó el permiso para grabar la entrevista, asegurando que se guardará el anonimato de su identidad. La duración de cada entrevista fue en promedio de 20 minutos. Toda vez que, al realizar las preguntas, estas fueron respondidas en base a sus creencias y costumbres aprendidas por transmisión de mensajes repetitivos del personal de salud en relación al cuidado del niño con anemia, y sus saberes están centrados mayormente en las prácticas que realizan para la recuperación del niño.

Se llevó un cuaderno de campo, para anotar ciertas situaciones que fueron pertinentes al trabajo de investigación. Las entrevistas fueron grabadas a través de un instrumento digital móvil, a la vez se aseguró confidencialidad y anonimato, precisando que el uso de la información sería sólo con fines la investigación.

Se realizó una prueba piloto, con el propósito de tener una aproximación al fenómeno en estudio con las preguntas del cuestionario, y detectar posibles dificultades de comprensión de las preguntas, y replantear de acuerdo al grupo de estudio. Es importante mencionar que la elaboración de preguntas del cuestionario fue revisada por un docente con experiencia y que, a partir de sus recomendaciones, se realizaron las modificaciones pertinentes.

3.6. Interpretación y Análisis de la Información.

Se utilizó el análisis de discurso. Según Urraa, Muñozb y Peñac, describen que el análisis del discurso es un proceso interpretativo de los mensajes que emergen de las entrevistas y, por lo tanto, los hallazgos necesitan ser rigurosamente apoyados por estos datos. Por ello, se hace necesario vigilar la coherencia entre los datos y los hallazgos del estudio o entre quienes revisan los datos, y también proporcionar a los informantes con una oportunidad de validar o clarificar los hallazgos del estudio para fortalecer la investigación. (43)

Para comprender e interpretar lo mensajes, se siguió la propuesta de Souza, el cual implica el ordenamiento de los datos, la clasificación de los datos y análisis propiamente dicho. (44)

Asimismo, se tuvo en cuenta los elementos del análisis del discurso propuesto por Orlandi, citado en Alvarado, quien señala que es una forma de facilitar la comprensión y el sentido del lenguaje verbal y no verbal de las personas. Este método permite elaborar significados, la producción de los sentidos en las expresiones, las mismas que son parte de la vida de las personas. Estos sentidos tienen que ver con lo que es dicho allí, y en otros; con el que no es dicho y con lo que podría ser dicho y no fue; significa comprender, los que es dicho en un discurso y lo que es dicho en otro, lo que es dicho de un modo y lo que es, dicho de otro modo. Alvarado, también menciona que se procura escuchar el no dicho en aquello que es dicho, como una presencia de una ausencia necesaria, permitiendo encontrar el sentido del lenguaje las madres que fueron entrevistadas, procurando encontrar el sentido a los enunciados relacionados al fenómeno de estudio. (45)

Bajo este enfoque se procuró en todo momento comprender los sentidos del mensaje que las madres manifiestan a través de sus discurso; esto es, el investigador se coloca delante de lenguaje para encontrar su significado, puesto que en el análisis de discurso el lenguaje no es transparente, de allí la importancia de hacer la lectura del texto centrado en lo que dicen los sujetos del estudio, en relación a las creencias y costumbres que tienen las madres para el cuidado de su hijo con anemia. El procedimiento teórico-metodológico del análisis fue:

1. Se procedió a ordenar la información obtenida en las entrevistas y diario de campo; para lo cual se tuvo en cuenta:
 - a) Transcripción: se realizó a reproducir las entrevistas en texto Word, tal y como fueron expresadas por las madres y se procedió a realizar la reducción frases repetitivas e incompletos que no aportaban mensaje claro o eran repetitivos, con la finalidad de que el mensaje pueda ser entendido con mayor claridad, cuidando en todo momento de no cambiar el sentido del discurso.
 - c) Lectura y relectura: se realizó la lectura de los mensajes, codificando cada uno de ellos, a la vez que se seguía el proceso de interpretación de los mensajes, procediéndose simultáneamente a separar en frases u oraciones de acuerdo al sentido que expresaban cada uno de ellos.
 - d) Las anotaciones de campo, se contrastaron con los mensajes verbales en las entrevistas con la finalidad de complementar la interpretación, las mismas deben ser concordantes con el objeto de estudio.

Con la finalidad de comprender mejor los mensajes, se realizó lecturas repetitivas, y como segunda fase, de re-lectura exhaustiva, se buscó convergencias y divergencias en los mensajes. Se procedió a definir los mensajes haciendo uso de las siguientes interrogantes: qué significa, ¿qué quiere decir el mensaje, que me está diciendo el texto o la frase, que ha dicho detrás de lo no dicho en el mensaje la madre? Este proceso permitió identificar unidades de significado o mensajes que guiaron la conformación de las categorías.

2. Los discursos se ordenaron a partir de la clasificación del texto y de los mensajes. En esta fase se procedió a dar nombres e identificar temas o subtema, y se procedió a la agrupación de los mensajes, para establecer sub categorías y categorías empíricas que identifiquen y agrupen los saberes, ideas, prácticas, en relación a las costumbres y creencias sobre la anemia.

El proceso de análisis, se fundamentó en la revisión bibliografía y el referencial teórico, con la finalidad de describir cada una de las categorías. Esta fase permitió redefinir de manera más

precisa la clasificación y reagrupar los mensajes en categorías centrales que expresen mejor el objeto de estudio y el aporte con nuevo conocimiento.

Finalmente se procedió a describir los datos agrupados en categorías y subcategorías, fundamentando con referentes teóricos, enfatizando los mensajes centrales de cada entrevista, como se observa en la presentación de resultados.

3.7 Rigor Científico en el Estudio.

- a) Confidencialidad: los discursos revelados por las madres participantes en la investigación no serán expuestos, las grabaciones son confidenciales, las cuales sólo fueron usadas con fines de la investigación.
- b) La credibilidad: se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones con los participantes del estudio, recolecta información que produce hallazgos y luego éstos son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. La credibilidad se reconoce cuando los hallazgos son “reales” o “verdaderos”, tanto por las personas que participaron en el estudio como por las que han experimentado el fenómeno estudiado. (46)
- c) Para determinar la Conformabilidad se hará uso del mecanismo de grabación y el análisis de la transcripción fiel de las entrevistas y grabaciones a las madres, las cuales serán comparadas o relacionadas a distintos trabajos de investigación. No obstante, corresponde a quienes realicen estudios similares descubrir hallazgos según los objetivos de su estudio.
- d) Transferibilidad: indica que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados a otro contexto. En tal sentido es responsabilidad del investigador incluir suficientes datos descriptivos de la zona de aplicación de la investigación, para así el lector pueda evaluar la aplicación en otra zona o en otro contexto. (44)). En este sentido se describió la zona de estudio y las características principales de las madres participantes para que el investigador que desee realizar estudios similares y evaluar si los resultados pueden transferirse al contexto de su estudio.

3.8. Consideraciones Éticas del Estudio.

El proyecto de investigación tuvo la evaluación y aprobación del comité de investigación de la Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Cajamarca; además se tuvo la autorización del Centro de Salud Santa Cruz, para tener acceso a las historias clínicas e identificar los niños con diagnóstico de anemia y a sus madres.

A las madres participantes se les hizo firmar el consentimiento informado; para lo cual se les explicó con claridad los motivos del trabajo, los objetivos del estudio, procedimiento a seguir en la entrevista y la importancia de su aporte con su participación, para ayudar a los niños con anemia en su recuperación o prevención, con ello se logró la aceptación de las madres.

Para garantizar la confidencialidad de cada participante se le asignó un código (participante n° 1, 2, 3, etc), el nombre no fue revelado y sólo es conocido por el investigador. La entrevista se realizó en el domicilio de las madres, un ambiente familiar y de confianza para garantizar la comodidad y privacidad de las participantes.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El alto porcentaje de niños con anemia en el país y a la región, debe ser motivo de preocupación permanente de los gestores y de los niveles operativos del sector salud y de los demás sectores del estado y sociedad civil. A pesar de las medidas implementadas para la lucha contra la anemia, las estadísticas muestran que lo implementado hasta ahora es insuficiente. La existencia de pocos estudios en profundidad da cuenta que, en ciertos lugares del país, los saberes, las costumbres o las presentaciones sociales en relación a esta enfermedad, como: es el susto, pelagra por confusión, el putsumat, hacen que los padres no lleven a tiempo al niño al establecimiento de salud, para ser evaluado e iniciar tratamiento oportuno o a veces por desconocimiento de los alimentos nutritivos. (10)

La situación de la anemia en los niños en diferentes zonas del país, ha sido el motivo para realizar el presente estudio, en madres que viven la experiencia de cuidar a sus hijos menores de cinco años con anemia. Las madres participantes tienen edades entre 20 y 40 años de edad, con hasta tres hijos menores de cinco, en su mayoría menor de tres años. Son amas de casa y de procedencia de la zona rural; con estudios de primaria y secundaria.

Los resultados del estudio cualitativo muestran cambios en el saber, las costumbres y creencias de las madres. Las entrevistas en profundidad y el análisis del discurso permitió la identificación y comprensión de las formas de representar o configurar la anemia en los niños menores de cinco años.

En general, del análisis e interpretación de las entrevistas se puede observar una articulación e integración de sus saberes con las prácticas que realizan. Esta integración se concuerda con el aprendizaje que actualmente han alcanzado las madres y puede decirse que es el producto de las actividades de consejería, promoción y educación en salud dado por el profesional de salud a la población y especialmente a las madres, mayormente realizado en el control del niño sano, como se observa en sus mensajes.

En este sentido las creencias y costumbres sobre anemia en el niño, se organizan y presentan en categorías empíricas que reflejan que las conexiones más sustanciales de la realidad estudiada, integrada por los saberes y prácticas que realizan las madres para cuidar la salud de sus hijos. A continuación, se muestra:

4.1 Conocimiento de la enfermedad: anemia en los niños

Se puede observar, la dificultad para expresar lo que saben sobre anemia; no obstante, en los mensajes hacen referencia como causa de esta enfermedad a la alimentación que reciben los niños, lo que se traduce en mala alimentación, la falta de alimentos, o como causa a otras enfermedades que presentó el niño, a partir de la cual dejan de comer por motivo de no tener apetito; asimismo identifican que, si la madre no se alimenta durante el embarazo o lactancia, tampoco van a transmitir nutrientes a sus hijos a través de la leche. Y algunas de ellas reconocen que existe baja hemoglobina, pero que a la vez es difícil darse cuenta que su hijo tiene la anemia, y sólo saben por información del personal de salud, al realizar análisis de sangre. De esta manera las madres van creando y construyendo el fenómeno social, una realidad que despierta en ellas preocupación e interés por aprendizajes sobre como curar a sus hijos.

“la anemia, aparece debido a la alimentación...bajo en su crecimiento, bajo de peso y talla (participante 1)

“anemia, no tiene ganas de comer, porque no quiere comer, come muy poco a veces come bastante y a veces ya no quiere comer...” (participante 2)

“anemia, está bajo de hemoglobina, que a veces no lo alimentamos bien y debo de darle sangrecita, ... (participante 3)

Anemia, como una enfermedad, que no pueden crecer, por la alimentación (participante 4)

Anemia, por que come, pero no se por qué, me dijeron que estaba bajo y le sacaron análisis de sangre, tuvo 9,7... así lo conozco, en mi comunidad no nos dicen nada más ... (participante 5)

Anemia, no comen, no están bien alimentados, no lo atiendo bien me dicen, no les doy alimentos adecuados, y como no comen por eso les da la anemia, ella comía normal, sus menestras cayó enferma, con la gripe, no quiso comer, bajo su peso (participante 6)

... no estoy alimentando bien, como son dos, mellizos, no me alcanzo en la lactancia, me ayudo con fórmula. Les dio anemia porque no me alimenté bien, también se enfermaron y dejaron de comer, no querían tomar su mamila (participante 7)

... mal alimentados. Por la mala alimentación que ellos tienen, no comía, no quería recibir (participante 8)

Si bien las madres tienen dificultad para precisar que es la anemia, ellas logran distinguir de manera parcial las causas, y su tratamiento, que a alimentos son buenos para recuperar al niño y lo importante como prepararlo; además de ayudar con suplementos, como el “jarabe de hierro”, que reciben del centro de salud. Agregando a ello una preparación a base de jugo de alfalfa (planta medicinal) con naranja. Prácticas o rituales como costumbres ancestrales no se encontró o no lo refieren; por el contrario está presente el saber académico – científico.

Se observa que las madres llevan un saber académico, que a pesar de la dificultad que tienen para hablar con mayor claridad sobre lo que conocen de la anemia, ellas han aprendido que anemia es consecuencia de una mala alimentación, que cuando se enferman, por ejemplo, con gripe, dejan de comer y bajan de peso; por ello tienen una hemoglobina baja; como es sabido los niveles de hemoglobina según la OMS (2008), para definir la anemia en niños de los 6 meses de edad a los 5 años es de 11 g/dLde; y por tanto es indicativo de esta enfermedad. En este sentido los saberes de las madres en el estudio giran en torno al conocimiento que el personal de salud trasmite en su labor de promoción de la salud y de la lucha contra la anemia; el cual es un beneficio para lograr disminuir y prevenir la anemia en los niños.

Las madres al conocer las causas de la enfermedad, se convierten en cuidadoras activas no solo para sus hijos, sino también para transmitir sus saberes a las personas de la comunidad o de su entorno. Al respecto, un estudio de enfoque cuantitativo, sobre estudio de anemia en madres,

encuentran que menos de la mitad de las madres participantes en el estudio no tenían conocimiento adecuado sobre anemia. (47); sin embargo, desde una mirada cualitativa, es importante hacer mención que las madres son conscientes que sus hijos tienen anemia por alimentación inadecuada, por motivo de enfermedad y por pérdida disminución del apetito que los lleva a bajar de peso, los nutrientes no son suficientes; y como consecuencia la hemoglobina disminuye.

4.2. Prácticas de alimentación para combatir la anemia y sanar al niño

En esta categoría, las madres hacen referencia al tipo de alimentos y formas de preparar las comidas para ayudar a recuperar al niño de la anemia. Estas costumbres reflejan lo aprendido en las constantes visitas al establecimiento salud para el control de sus niños y de las diferentes informaciones u orientaciones que reciben del profesional de salud durante la atención. Se presenta los siguientes mensajes:

Yo le doy jugo de la uva, el hígado, sangrecita, el vaso (el jugo de la uva en extracto con zanahoria y alfalfa); espinaca para combatir anemia, en sopa, el hígado en sopa y en puré de papa amarilla, también la sangrecita sancochada con papas (participante 1)

Los alimentos que más doy son, camote, menestras, pescado, carnes rojas, verduras, quaker, menestras (participante 2)

Doy su hígado, bazo, espinaca acostumbro dar en puré, cuando ya está para bajar del fuego, le pongo espinaca. También le doy lenteja, sangrecita, caldito de papita con huevo y avena, intercambiado, lenteja, con arrocito, hígado, en puré, lo aplasto bien y allí come. (participante 3)

me dice la enfermera que le de hígado, sangre, verduras (beterraga zanahoria), yo acostumbro dar hígado picado con su ... jugo de betarraga, con alfalfa y huevo, menestra. Le doy también leche, quesillo, huevos, pollo, ellas comen de todo: menestra, verduras que tienen hierro, que le ayuden a recuperar la anemia. sangrecita no lo comen, lo hice como guisado y no lo pueden comer. (participante 4)

Me dijeron que le dé menestras, su leche, comida cinco veces al día, su jugo, su desayuno, a las 10 am. su jugo, a las 12, su almuerzo, pescado frito con limón, huevo sancochado, sangrecita sancochada, mato un animalito; cuy a veces, cada mes. Les doy el jugo de alfalfa con naranja, muelo en batan un manojo, todo el jugo lo mezclo, le doy dejando un día, dos o tres cucharaditas, y ya se ha recuperado, ya están bien. Mi vecino me dijo que la alfalfa, eso es muy bueno. La alfalfa, me voy a cegar por mi chacra y traigo y les doy a mis niños (participante 5)

... le doy menestras; lenteja, alverja sancochada y le doy el juguito, huevo sancochado con su papa, higaditos, soya, sangre no mucho, le daba verduras; brócoli zapallo papita. También alfalfa, me dijeron que debo licuar o estrujarlo en agua hervida unos cinco minutos, y le doy la agüita, unas dos cucharadas. En la comunidad no saben. La costumbre, sólo es alimentarlo bien. (participante 6)

Alimentos: pescado, sangrecita (se hierve y se da em guiso con papita, hígado menestra: lentejas, alverjas, frejoles, también huevo sancochado, avena, sus verduras, brócoli, espinaca, zapallo. También alfalfa, el extracto darle en cucharaditas, tomo yo como madre para pasar en la leche (se refiere a la lactancia), Les daba de comer cinco veces al día, y los lleve al centro de salud, y ya estuvieron mejor y hasta que le dieron de alta (participante 7)

Es importante resaltar los aprendizajes y las prácticas que realizan para lograr que sus hijos se recuperen. Las madres refieren que de acuerdo con las recomendaciones del personal de salud preparan los alimentos; se observa que estos productos son de origen animal y vegetal con alto contenido de hierro, como: sangrecita, hígado, huevos, pescado, verduras de hojas verdes como espinaca y brócoli; así mismo mencionan el uso de menestras como: alverjas, frejoles, lentejas, productos que son mencionados por las madres reiteradamente por su buen poder beneficioso.

Es importante, subrayar el uso frecuente de jugos de fruta cítrica, como la naranja, y de destaca que es usada especialmente mezclando con jugo de **alfalfa**, preparación que administran al niño inter diario de dos a tres cucharadas, y para producir el jugo de alfalfa, algunas madres lo

hierven o lo extraen moliendo en un batán, (piedra para moler), y se conoce que esta piedra es una costumbre ancestral utilizada especialmente en los hogares andinos para moler productos a falta de un electrodoméstico); como mencionan “*me dijeron que debo licuar o estrujarlo en agua hervida unos cinco minutos, y le doy la agüita, unas dos cucharadas*”; “*Les doy el jugo de alfalfa con naranja, muelo en batan un manojo, todo el jugo lo mezclo, le doy dejando un día*. De esta manera se aprecia aprendizajes y preocupación, dedicación de las madres para recuperar a sus hijos; como señala la UNICEF (2019), “en la cucharada con que una madre o un padre alimenta a un niño pequeño, la comida es amor”. (48)

De otro lado, la alfalfa es una hierba utilizada para diferentes enfermedades, como medicamento usan las hojas, los brotes y las semillas. Entre estas enfermedades son renales, de la vejiga y de la próstata; para colesterol alto, el asma, la osteoartritis, la artritis reumática, la diabetes, el malestar estomacal y trastorno de sangrado. La alfalfa también se usa como fuente de vitaminas A, C, E y K4 y de minerales, calcio, potasio, hierro, fósforo; y con alto contenido de vitamina K. (13)

La utilidad de la alfalfa, es importante considerar en estudios posteriores para ampliar los saberes respecto a su eficacia o como complemento en la alimentación y recuperación del niño con anemia.

4.3. La recuperación rápida del niño con micronutriente

Esta categoría muestra la forma como las madres han asumido la responsabilidad cuidar a sus hijos, comprenden que es una forma más rápida de ayudar a su recuperación y salir en el menor tiempo de la anemia; además de la alimentación para curar y lograr una buena salud en el tiempo. Así, las madres hacen referencia al conocimiento de la medicina, expresado en los suplementos nutricionales, específicamente el hierro, se observa, que las madres tienen internalizado una creencia y un comportamiento adecuado frente al uso de este elemento mineral como indispensable para la recuperación del niño y facilitar un mejor crecimiento, desarrollo psicomotor y cognitivo; así como facilitar al organismo utilizar el hierro para la elaboración de la hemoglobina, la cual es una proteína encargada a su vez del transporte de oxígeno en el cuerpo permitiendo el adecuado funcionamiento. Se evidencia mediante los siguientes mensajes:

Para la anemia me dice la enfermera que le de los suplementos nutricionales, aquellos que contiene hierro, yo...le doy hierro en jarabe en ayunas y después del almuerzo en jugo de naranja y lo ayudo a curar, le doy cuchara y media, lo divido en dos partes para que no lo sienta... lo hacía orinar negro y le daba náuseas y vómitos (participante 1)

Le doy suplementos, me dan jarabe en la posta, me dicen que le va dar apetito para que coma, le doy en cucharita, a las once de la mañana todos los días. Le doy puro, y a la mala, porque no quiere... (participante 2)

... el sulfato ferroso le hace subir la hemoglobina y su peso, cuando está bajo la hemoglobina, le da desnutrición crónica, mi hija no quiere salir de anemia, ella come, pero no quiere subir de peso más y también esta con talla baja, no engorda (participante 3)

... en centro de salud me dan jarabe y le doy con jugo de naranja, para que le ayude a recuperar... a veces ellas están gordas (se refiere a su niña), pero están con anemia, lo sacaron su análisis y ahora ya están bien, con la anemia no crecen, solo nos dan el jarabe, yo le doy a mi hija una vez al día, a la una de la tarde con jugo de naranja (participante 4)

... Me dieron también sulfato ferroso, eso le ayuda más rápido...a veces no quiere tomarlo, pero le doy con jugo, naranja lo mezclo (participante 5)

... le doy sulfato ferroso, pero vomitaba, defeca negro, luego le daba con jugo de naranja y allí si lo tomaba; le daba con cucharita (participante 6)

El sulfato ferroso, es muy bueno porque le ayudó a recuperarse, pero los dientes los negreaba, a la semana que tomaron los negreaba, también les salió granitos, pero pasajero. Le daba 18 gotas, luego le daba con jugo de naranja, plátano, granadilla para que no se estriña, ... primero me dieron un sulfato blanquito, luego me dieron el negrito porque era mejor, y en una taza lo mezclaba con jugo y si lo tomaban (participante 7)

Sulfato ferroso con jugo de naranja, con cualquier cítrico porque así funciona mejor el hierro, le doy a las 10 am, le diluyo con el jugo y allí si lo toma, tuvo estreñimiento un poquito (participante 8)

De los discursos se puede decir que las madres conocen el valor e importancia del sulfato ferroso para lograr subir la hemoglobina y recobrar la salud de sus hijos. Y a pesar de los efectos adversos, como: *“hacía orinar negro y le daba náuseas y vómitos”*, *“dientes los negreaba”*, ellas no dejaron de suministrar; por el contrario, refieren que era pasajero, porque además saben que para ayudar a disminuir estos efectos es importante agregar jugo de naranja, granadilla, plátano, a la vez que favorece la absorción del hierro, como dicen *“así funciona mejor el hierro”* y asimismo evita el estreñimiento. En este sentido, se observa que las madres asumen una actitud positiva frente al consumo de este nutriente, al reconocer que el *“sulfato ferroso le hace subir la hemoglobina”*.

Los mensajes muestran algunas similitudes con el estudio realizado por Ángeles Minchán (2018) sobre Cultura de las familias frente al consumo de micronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños menores de 3 años. Microred Encañada Cajamarca, 2017, donde se muestra que las familias conocen para que sirven los micronutrientes, relacionándolas con las vitaminas, y refieren que sirven para que sus hijos crezcan y estén *“gorditos”* y eviten la anemia; menciona asimismo que el efecto adverso de manera repetitivo por las madres es el estreñimiento. (6)

Los aprendizajes de las madres se configuran en creencias y costumbres transmitidos por los profesionales de la salud. En este proceso de comprender la salud, la enfermedad y su tratamiento, van adquiriendo conductas favorables para el cuidado de los niños, considerando que es lo mejor para sanar. Como señala la Real Academia Española, la creencia es la idea que se considera verdadera y a la que se da completo crédito como cierta. (19) De esta manera se hace posible un nuevo aprendizaje y la adquisición de prácticas positivas para cuidar a sus hijos, que no sólo quedarán a nivel individual, se integrarán en representaciones sociales como parte de las interacciones familiares y personales, que guiarán los comportamientos y las prácticas para cuidar la salud de las personas, que se asumirán como costumbres propias del grupo social.

No obstante, las costumbres evolucionan o se modifican en función de las experiencias y relaciones de la población con la naturaleza y con otros grupos sociales. Y al interior de una misma cultura como la que practican las madres, son posibles los usos particulares, propios de decisiones individuales y de la personalidad. (23)

Así, la anemia, de acuerdo con los saberes de las madres es conocida y vista como “*falta de alimentación*”, “*presencia de enfermedad*”, “*no quieren comer*”, “*bajan de peso*”; lo que significa carencia de una alimentación adecuada, no sólo por dificultades al acceso de información y conocimiento oportuno del cuidado de la salud de sus hijos, sino también el hecho que el niño no desee comer y el escaso acceso a los alimentos nutritivos para diversificar la preparación. Por tanto, la dimensión biológica de los niños se ve afectada en la medida que la carencia de nutrientes se prolonga en el tiempo.

Se puede decir que las costumbres actuales de las madres están desvinculadas del conocimiento ancestral, el cual fue parte de un aprendizaje de la cultura, de las costumbres o creencias que las abuelas usualmente transmitían oralmente a los hijos y a los nietos. Actualmente las creencias y las costumbre mágico religiosas para el cuidado de la salud de los niños como se conocía, en las madres participantes del estudio prácticamente no existen.

La información obtenida de las madres permite visualizar, comprender y explicar desde el enfoque biológico las costumbres y creencias de las madres en relación a la anemia. Estas creencias son construidas a partir de las experiencias de tener un niño con diagnóstico de anemia, que, a partir de las orientaciones, de la educación en salud inician el proceso de cuidado de la salud del niño; llevándolas a las madres asumir un patrón o esquema mental de prácticas y conductas positivas para la recuperación de sus hijos.

En esta perspectiva, las madres interiorizan sus saberes y logran entender a la anemia como una enfermedad por carencia de hierro, a la cual llegan los niños por causas como: enfermarse, no desear comer, falta de alimentos, etc. De esta manera identifican características de la anemia y sobre todo que hacer y cómo preparar los alimentos con alto contenido nutritivo, sustentado en el conocimiento académico, transmitido por los profesionales de la salud. Situación que se

logra posiblemente de acuerdo a los mensajes con orientaciones y seguimiento pero a la vez de manera más libre y responsable.

Trelles Sebastián, Munayco en su estudio de adherencia al micronutriente, refieren que mientras la madre tiene acompañamiento, o acuden a mensualmente con sus niños a los establecimientos centinelas para entregar los sobres vacíos de los multimicronutrientes al personal de salud, es decir que, al tener seguimiento cercano, sería un factor importante para mantener valores de adherencia altas. (49) Dávila Silva y Flores Salazar (2013) en su estudio sobre “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”, encontró que las madres en su gran mayoría tuvieron actitud positiva hacia la administración de los micronutrientes. (50)

Por el contrario, otros estudios encontraron baja prevalencia de adherencia a los multimicronutrientes para un punto de corte exigente ($\geq 90\%$ de sobres consumidos), teniendo como factores asociados a la ausencia de infecciones, efectos secundarios y creencias de la madre. Y se indica como estrategias para mejorar consejería, educación sobre importancia del consumo del nutriente y de la preparación adecuada de alimentos. (51). Se encontró diversos factores que evitan la adherencia como la procedencia, la cultura, las formas de consejería que usa el personal de salud para consejería del suplemento, el cual es inadecuado; también el desconocimiento de la madre sobre la enfermedad y tratamiento; evidenciándose que no existe adherencia, ya que la tolerancia diaria del suplemento es negativa en el niño, pues más del 70% no cumple el consumo. (52)

Se observa un cambio en el pensamiento y en las costumbres de las madres, el cuidado de la salud, ahora está cada vez más alejado de la comprensión mágico- religioso que en otros tiempos y circunstancias se conocían y eran muy arraigado a la cultura de las familias en las diferentes regiones de Sierra y Selva mayormente. Tenían creencias que la enfermedad era producto de energías o ánimas que se apoderaban del cuerpo y del espíritu de las personas, sobreviniendo la enfermedad, siendo necesario para curar, además de los preparados de las plantas medicinales, realizar rituales de sanación. No obstante, son formas de interpretar la salud – enfermedad y su tratamiento, que pueden estar todavía presentes en las familias para otras situaciones de salud y de curar la enfermedad, pero que en el presente estudio las madres refieren desconocer otras formas de curación en el niño.

Para el estudio, la aproximación a sus creencias y costumbres significa un importante aporte, toda vez que se ha podido develar que saben, que hacen o cómo actúan las madres para curar la anemia en sus hijos. Se interpreta que ellas centran sus saberes en las formas de como recuperar: dar el jarabe para la rápida recuperación y alimentos con alto contenido de hierro, entre ellos destaca el preparado de jugo de alfalfa con naranja. Esta creencia, es motivo de ser ampliada en un siguiente estudio, ya que las madres consideran que la dosis es mínima (dos o tres cucharadas inter diario); y sería una opción terapéutica adicional de uso comunitario en la construcción de sus creencias y costumbres.

De esta manera se va configurando en las familias una nueva forma de ver la salud, enfermedad y su tratamiento. Los mensajes repetitivos de prevención y promoción de la salud, de los profesionales de la salud van transformando sus saberes y prácticas en relación al cuidado del niño e instaurándose una cultura diferente de actuar en bien del crecimiento y desarrollo del niño.

Como señala Martines y Martínez, las prácticas alimentarias están influenciadas por factores sociales, económicos y culturales que rodean al individuo y a su familia. Cada grupo humano o sociedad tiene un patrón alimentario propio, resultado de una compleja trama de usos, costumbres y tradiciones que se transmiten y se modifican a lo largo de la historia, y es importante tener cuenta para implementar estrategias de educación alimentaria que contribuya al mejoramiento de los hábitos alimentarios de forma adecuada. (53)

Por tanto, es importante señalar que en las madres se fortalece ideas, opiniones, significados claros y positivos sobre anemia, y las integran a sus creencias y costumbres para tomar decisiones favorables frente a la enfermedad y forma de curar a sus hijos. Es evidente los cambios en esta línea de pensamiento y del actuar de las familias. Como indica Quico, las costumbres evolucionan o se modifican en función de las experiencias y relaciones de la población con la naturaleza y con las propias decisiones. (23)

De esta manera se va estableciendo una cultura diferente de cuidar la salud. Leininger, señala que la cultura representa los modos de vida sistematizados y los valores, de las personas que influyen en las decisiones y sus acciones. Están involucradas las normas, modos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos en grupo específico de personas, que guías los pensamientos, decisiones y acciones de un modo terminado. (17)

Del mismo modo, desde el enfoque antropológico, cultura es un conjunto de representaciones y de comportamientos adquiridos por el hombre como ser social (4); y desde la perspectiva etnográfica la cultura abarca conocimiento, creencias, costumbre, las artes, la moral, las leyes y cualquier otra aptitud y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad. (20)

En esta línea de pensamiento, de los autores, se puede decir, que los mensajes de las madres simbolizan el cuidado al niño sustentado en una creencia aprendida como producto de una transmisión de conocimiento profesional, estudiado y demostrado por la ciencia para curar la enfermedad. No obstante, se dice actualmente que la alimentación está siendo afectada por la globalización, perdiéndose su identidad, y está siendo desligada progresivamente de la cultura.

(4)

Lo cierto es que, las practicas o las acciones de las madres participantes en el estudio se desarrollan aplicando los conocimientos académicos aprendidos por mensajes repetitivos y como se observa, los resultados son satisfactorios de una manera más rápida, lo que queda asentada una creencia y costumbres a las cuales han dado el crédito que los alimentos con alto contenido de hierro así como los micronutrientes son buenos y beneficiosos para sus hijos; y sobre todo la llevan a la práctica, instaurándose con ellas un saber hacer cotidiano para el cuidado de sus hijos.

CONSIDERACIONES FINALES

Las categorías empíricas que emergieron del proceso de análisis de discurso, permiten la visibilidad objetiva- subjetiva y la comprensión sobre las costumbres y creencias que las madres han asumido para recuperar y sanar a sus hijos de la anemia. Estas categorías integran saberes sobre: que conocen y que causa la anemia; así como, el que hacer en relación a procurar sanar al niño; la preparación de alimentos, y de manera especial como ayudan a la pronta recuperación. Estas categorías se configuran de la siguiente manera:

- 1) Conocimiento de la enfermedad: anemia en los niños, aquí el saber de las madres comprende, mensajes como: *“anemia por que los niños quieren comer, no tiene ganas de comer o come muy poco, está bajo de hemoglobina, y a veces no lo alimentan bien”* y anemia, como una *“enfermedad que no pueden crecer, y por qué no están bien alimentados”*; al mismo tiempo identifican que una de las causas la enfermedad, es porque: *“cayó mal”*, es decir se enfermó.
- 2) Prácticas de alimentación para combatir la anemia y sanar al niño, se evidencia preocupación, aprendizajes y costumbres de las madres implementadas en su hogar para ayudar a sus hijos en la recuperación. Importante precisar que además de preparar alimentos origen animal, menestras, algunas verduras y frutas que proporcionan nutrientes para elevar la hemoglobina, señalan la preparación de jugo de alfalfa con naranja, o con uva, y a veces zanahoria. Lo cual es muestra que estas prácticas van configurándose en una creencia y costumbre muy fuerte para curar y prevenir la anemia. Y como parte de estos aprendizajes, las madres se constituirán en agentes multiplicadores en su comandad.
3. La recuperación rápida del niño con micronutriente, no obstante, las prácticas alimentarias son fundamentales, tal como lo aprendieron y manifiestan las madres realizar, es para ellas una preocupación lograr subir la hemoglobina y una rápida recuperación; por tal motivo cumplen con dar los suplementos nutricionales entregados en el centro de salud, es el jarabe de hierro y a pesar de que los niños no quieren tomar y de los efectos que producen, las madres mejoran el sabor, agregando jugo de frutas como naranja, plátano y granadilla. Se observa que existe buena disponibilidad de las madres para aprender e incorporar a sus prácticas preparaciones adecuadas para el cuidado del niño.

Las costumbres y creencias en las madres, va adquiriendo un nuevo matriz en las familias, sus saberes responden a la saber académico y científico, aprendidos de los mensajes que reciben de la enfermera o enfermero, quienes cumplen este importante rol de educar a las madres en el cuidado de la salud del niño.

Por tanto, se puede decir que el patrón de alimentación, está guiado primordialmente por la academia, más que por una transmisión generacional de saberes y prácticas, vista en otros estudios; donde se observa que la alimentación de las familias es reflejo de aprendizaje integrativo, creativo, donde prima los mitos y costumbres propias de los ancestros y que se generan en el compartir con los familiares y con otros grupos sociales. Como señala Thompson, las costumbres están claramente conectadas y enraizadas en las realidades materiales y sociales de la vida y el trabajo, aunque no son sencillamente derivados de dichas realidades ni expresiones de las mismas. (24)

Finalmente, se puede decir, que, si bien la forma de alimentación está condicionadas a muchos factores, como el nivel educativo, la zona geográfica, el clima, la religión, nivel socio económico, la salud, entre otros, son situaciones que predispone a la población a adquirir y consumir determinados tipos de alimentos y la elaboración de menús que puede favorecer o impedir una nutrición adecuada y por ende una buen o inadecuado estado nutricional.

RECOMENDACIONES

1. A los estudiantes de pregrado en los cursos de seminario de tesis, se sugiere realizar investigaciones cualitativas en otras zonas de la Región Cajamarca, para ampliar y complementar el conocimiento en relación al cuidado del niño menor de cinco años, de tal manera que sus saberes se integren al cuidado que realiza el personal de salud.
2. Realizar investigación cualitativa, donde participen también otros actores sociales que tienen responsabilidad directa o indirecta en el cuidado de la salud del niño y del grupo más vulnerables.
3. En próximas investigaciones relacionadas al cuidado de la salud del niño, se integre la técnica de recojo de investigación: entrevista en profundidad individual y entrevista en grupos focales, y se incluya al padre del niño y no sólo a la madre.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freire WB. La anemia por deficiencia de hierro: estrategias de la OPS/OMS para combatirla. *Salud Pública México*. marzo de 1998;40(2):199-205.
2. Bagla P. Reducir un 50% la anemia en las mujeres en edad fecunda. :8.
3. Investigaciones - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 29 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/investigaciones>
4. Molina P. ¿Qué es la anemia? Hacia una necesaria construcción social de la anemia como una enfermedad. *Anthropía*. 15 de diciembre de 2009;(7):27-32.
5. Reyes Narvaez SE, Contreras Contreras AM, Oyola Canto MS. Anemia y desnutrición infantil en zonas rurales: impacto de una intervención integral a nivel comunitario. *Rev Investig Altoandinas*. julio de 2019;21(3):205-14.
6. Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017-2021 [Internet]. Biblioteca Nacional del Perú; 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>
7. LR R. Cajamarca es la región con menor porcentaje de anemia a nivel nacional LRDN [Internet]. 2020 [citado 29 de junio de 2021]. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/2020/02/11/cajamarca-es-la-region-con-menor-porcentaje-de-anemia-a-nivel-nacional-lrdn/>
8. Red de Salud Santa Cruz. Prevalencia de anemia en niños menores de cinco años del Distrito de Santa Cruz- Cajamarca- 2020. Santa Cruz: Red de Salud de Santa Cruz;
9. Crocker Sagastume R, Cosío González A, López López M, Ruiz Domínguez L, Andrade Ureña D, Gutiérrez Gómez Y. Interculturalidad alimentario-nutricional en la etnia Wixarika de México. *Rev Esp Salud Pública*. diciembre de 2004;78(6):691-700.
10. Mayca-Pérez J, Medina-Ibañez A, Velásquez-Hurtado JE, Llanos-Zavalaga LF. Representaciones sociales relacionadas a la anemia en niños menores de tres años en comunidades Awajún y Wampis, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. julio de 2017;34(3):414-22.

11. Leininger M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. Caring for the culturally different necessitates transcultural nursing knowledge and competences [Internet]. 1999 [citado 29 de junio de 2021]; Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5126>
12. Zavaleta N. Anemia infantil: retos y oportunidades al 2021. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 11 de diciembre de 2017;34(4):588-9.
13. Martín-Aragón S. Anemias nutricionales: corrección de la dieta. Farm Prof. 2009;23(5 (SEP-OCT)):46-51.
14. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica- manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puerperas [Internet]. Biblioteca Nacional del Perú; 2012. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
15. Zuñiga S, Jurado P. Diccionario de Filosofía Dialectica. Perú: A.F.A; 2003.
16. Ibáñez JJR. Goberna Falque, Juan R.: Civilización. Historia de una idea, Santiago de Compostela 1999, Universidade de Santiago de Compostela. Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico, Monografías da Universidad de Santiago de Compostela, número 202, 277 pp. e índice. Prohistoria Hist Políticas Hist. 1999;(3):336-8.
17. Tomey AM, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier España; 2008. 856 p.
18. La Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas: Conceptos, Estrategias, Prácticas y Desafíos - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 8 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/salud-pueblos-indigenas-americas-conceptos-estrategias-practicas-desafios>
19. Definición de creencia — Definicion.de [Internet]. Definición.de. [citado 8 de julio de 2021]. Disponible en: <https://definicion.de/creencia/>
20. Herrera EM, Posada MLA. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. Av En Enferm. 1 de enero de 2008;26(1):112-23.
21. Valdés TLG. Las creencias y el proceso salud-enfermedad. Psicol Para América Lat. febrero de 2004;(1):0-0.
22. Angeles Minchan L del Pi. Cultura de las familias frente al consumo de micronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños menores de 3 años. Microred encañada

- cajamarca, 2017 [Internet]. [La Encañada - Cajamarca]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2018. Disponible en:
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/CULTURA%20DE%20LAS%20FAMILIAS%20FRENTE%20AL%20CONSUMO%20DE%20MICRONUTRIENTES%20PARA%20PREVENIR%20LA%20ANEMIA%20FERROP%C3%89NICA.pdf
23. Vela Quico A. Las costumbres alimentarias - Monografias.com [Internet]. [citado 8 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos89/costumbres-alimentarias/costumbres-alimentarias.shtml>
24. Thompson EP. Costumbres en común [Internet]. [citado 8 de julio de 2021]. Disponible en: <https://capitanswing.com/libros/costumbres-en-comun/>
25. Vilaplana M. La alimentación como signo de cultura. *Offarm*. 1 de abril de 2003;22(4):111-4.
26. Murillo-Godínez G, Pérez-Escamilla LM, Murillo-Godínez G, Pérez-Escamilla LM. Los mitos alimentarios y su efecto en la salud humana. *Med Interna México*. junio de 2017;33(3):392-402.
27. Castro Ríos A. Familias rurales y sus procesos de transformación: Estudio de casos en un escenario de ruralidad en tensión. *Psicoperspectivas Individuo Soc*. 10 de enero de 2012;11(1):180-203.
28. Mejía LD, López L. La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. *Index Enferm*. septiembre de 2010;19(2-3):138-42.
29. Crespo ML, Moreno MFV. Origen y desarrollo de los hábitos y costumbres alimentarias como recurso sociocultural del ser humano: una aproximación a la historia y antropología de los cuidados en la alimentación. *Cult Los Cuid*. 29 de junio de 2012;(11):61-5.
30. Aportes de la sociología al estudio de la alimentación familiar. *Luna Azul* [Internet]. 12 de septiembre de 2010 [citado 8 de julio de 2021];(31). Disponible en: <http://lunazul.ucaldas.edu.co/index.php?option=content&task=view&id=575>
31. García NF. Anemias en la infancia. *Anemia ferropénica*. 2006;46:7.

32. Anemia infantil | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 22 de marzo de 2019 [citado 8 de julio de 2021]; Disponible en:
<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/118>
33. Comité Nacional de Hematología. Sociedad Argentina de Pediatría. Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento. 2009;IV:353-61.
34. cnp. ¿Cómo combatir la anemia de los niños con una dieta diaria? | [Internet]. 2018 [citado 9 de julio de 2021]. Disponible en: <https://cnp.org.pe/combatar-la-anemia-los-ninos-una-dieta-diaria/>
35. Ministerio de Salud, Diario la República, Organización Mundial de la Salud. Más vida. 17.ª ed. diciembre de 2014; Disponible en:
<https://www.minsa.gob.pe/web2015/images/publicaciones/masVida/17-Vida-Anemia.pdf>
36. de Lima C. Efectividad de estrategias de implementación de políticas, programas o intervenciones para prevenir y/o tratar anemia en niños menores de cinco años. :28.
37. Mendoza Suxe TL, Cieza Ruiz CF. Creencias y costumbres en nutrición infantil en madres de niños menores de 5 años con desórdenes nutricionales en dos distritos con alta prevalencia de la provincia de Chiclayo - 2015 [Internet] [Cualitativo]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; Disponible en:
https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/786/1/TL_CiezaRuizCinthya_MendozaSuxeTatiana.pdf
38. Choquehuanca Cárdenas. “Prácticas alimentarias y anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses del centro de salud Perú 3era zona, Lima - 2018” [Internet] [Cuantitativo]. [Lima]: Universidad Privada Norbert Wiener; Disponible en:
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2392/TITULO%20-%20FALCON%20-%20CHOQUEHUANCA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
39. Sedano Leon MD. Nivel de conocimiento de las madres sobre anemia ferropénica y prácticas alimenticias relacionado con la prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses en el puesto de salud Cocharcas- 2017 [Internet]. [Huancayo- Perú]; 2018. Disponible en:
[https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/ROOSEVELT/95/Nivel%20de%20conocimiento%20de%20las%20madres%20sobre%20anemia%20ferrop%c3%a9nica%20y%20pr%c3%a1cticas%20alimenticias%20relacionado%20con%20la%20prevalencia%](https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/ROOSEVELT/95/Nivel%20de%20conocimiento%20de%20las%20madres%20sobre%20anemia%20ferrop%c3%a9nica%20y%20pr%c3%a1cticas%20alimenticias%20relacionado%20con%20la%20prevalencia%20)

20de%20anemia%20en%20ni%C3%B1os%20de%206%20a%2035%20meses%20en%20el%20puesto%20de%20salud%20Cocharcas-%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

40. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. En: Metodología de la investigación [Internet]. 6.^a ed. México; 2014. p. 88-101. Disponible en:
http://euaem1.uaem.mx/bitstream/handle/123456789/2792/510_06_color.pdf?sequence=1&isAllowed=y
41. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciênc Saúde Coletiva*. marzo de 2012;17:613-9.
42. Taylor, SJ, R. Bogdan. Introducción a los métodos cualitativos de investigación [Internet]. Nueva York; 1990. 344 p. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>
43. Urra E, Muñoz A, Peña J. El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enferm Univ*. abril de 2013;10(2):50-7.
44. De Souza Minayo MC, Ferreira Deslandes S, Cruz Neto O, Gomez R. Teoría, Método e Criatividade [Internet]. 21.^a ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1994. 81 p. Disponible en: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>
45. Alvarado Borgoño M. Análisis de Discurso. Principios y procedimientos, Eni Orlandi, Elba Soto (traductora). *Univers Talca*. 2012;27(2):261-5.
46. Valencia MMA, Mora CVG. El rigor científico en la investigación cualitativa. diciembre de 2011;29:16.
47. Tran TD, Biggs B-A, Tran T, Simpson JA, Hanieh S, Dwyer T, et al. Impact on Infants' Cognitive Development of Antenatal Exposure to Iron Deficiency Disorder and Common Mental Disorders. *PLOS ONE*. 23 de septiembre de 2013;8(9):e74876.
48. UNICEF. Niños, alimentos y nutrición; crecer bien en un mundo de transformación [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/61091/file/Estado-mundial-infancia-2019-resumen-ejecutivo.pdf>

49. Trelles S, Munayco CV. Impacto y adherencia de la suplementación con multimicronutrientes en niños de Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 11 de marzo de 2019;36(1):147-8.
50. Dávila Silva S, Flores Salazar LJ. 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]. [Ichocan]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2013. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/693/T%20641.3%20D259%202013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
51. Olivares M, Walter T. Causas y consecuencias de la deficiencia de hierro. *Rev Nutr*. marzo de 2004;17:05-14.
52. Firmino Bezerra ST, Mesquita Lemos A, Costa de Sousa SM, Lima Carvalho CM de, Carvalho Fernandes AF, Santos Alves MD. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. *Enferm Glob*. octubre de 2013;12(32):260-9.
53. Barrial Martínez AM, Barrial Martínez AM. La educación alimentaria y nutricional desde una dimensión sociocultural como contribución a la seguridad alimentaria y nutricional [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/red-icean/docs/Colombia%3BIceanenla%20familia%3BEAN%20sociocultural%20para%20SAN%3B2012.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Consentimiento Informado para las madres de niños menores de 5 años con diagnóstico de anemia del distrito de Santa Cruz, Cajamarca

Mi nombre es Cleyder Rodrigo Milian, egresado de la escuela profesional de enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, y estoy realizando este cuestionario para realizar mi trabajo de tesis con fines de titulación, denominado: **Creencias y costumbres de madres con niños menores de cinco años con diagnóstico de anemia, Provincia Santa Cruz, Cajamarca. Perú. 2020**; a la vez el estudio permitirá conocer que saben y que practicas realizan en su comunidad para curar o recuperar a sus hijos de la anemia. Sus mensajes ayudarán al profesional de salud del centro de Salud Santa Cruz, a realizar su trabajo de acuerdo a lo que ustedes saben y conoce, y así se ayudará también a otras madres y prevenir la anemia y curar a sus niños. voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación.

En este sentido, le solicito su participación con la respuesta a algunas preguntas que le voy a realizar, y usted contestará todo lo que conoce y hace para sanar a su hijo.

También decirle que su participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas y, por lo tanto, serán anónimas. La información solo será de conocimiento del investigador. Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, usted tiene el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre:

Firma del Participante:

Fecha:

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado.

ANEXO 2

GUÍA DE DISCUSIÓN PARA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD CON MADRES DE FAMILIA

Objetivo:

Recoger información mediante la técnica de entrevistas en profundidad, para explorar creencias y costumbres sobre anemia de las madres con niños menores de cinco años con diagnóstico de anemia nutricional, en el distrito de Santa Cruz. Cajamarca.

Instrucciones:

Una fecha antes de la entrevista, se realizará una visita previa para coordinar la fecha y hora de la intervención, explicando a la participante el tema a tratar. El día de la entrevista, presentarse e informar sobre la reunión y la importancia de su opinión.

Para el desarrollo de la entrevista en profundidad se identificará un ambiente apropiado, tranquilo, ventilado, alejado de los ruidos y neutral. Se procurará que sea en el domicilio de la madre.

Las sillas ubicadas a una distancia de 1 metro y medio respetando la distancia social por la coyuntura de la pandemia covid 19. Entrevistado y entrevistador utilizarán mascarilla quirúrgica.

Se empleará un equipo de grabación digital.

Al finalizar la entrevista, agradecer a la participante por su tiempo y colaboración.

Datos personales

¿Cómo se llama? ¿Cuántos años tiene? ¿Cuántos hijos menores de 5 años tiene? ¿Cuáles son sus edades? ¿sus años de estudio? ¿a qué se dedica?

*Solo el primer nombre, para guardar confidencialidad de la participante.

Preguntas para la discusión:

1. Cuénteme, ¿qué representa para Ud. la Anemia en su hijo? ¿por qué cree que su niño está con anemia?
2. ¿Qué alimentos cree Ud. ¿son adecuados para combatir la anemia? ¿Existe algún alimento en especial o planta medicinal que conoce y le da a su niño para combatir la anemia? ¿qué acostumbran a dar a sus niños para que se recupere?
3. ¿Qué piensa, de los suplementos nutricionales que recibe su niño?