

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

FILIAL CHOTA



TESIS

**BARRERAS CULTURALES PERCIBIDAS POR LAS MADRES
PARA RECUPERAR LA ANEMIA INFANTIL. CENTRO
ESTUDIANTIL “JHIRE” 531 IGLESIA EL NAZARENO - SAN
ANTONIO. BAMBAMARCA, 2020.**

**Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Autora:

Bachiller en Enfermería Gonzales Gavidia Lucina

Asesoras:

Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

M.Cs. María Eloísa Ticlla Rafael

CHOTA, PERÚ

2022

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



TESIS

**BARRERAS CULTURALES PERCIBIDAS POR LAS MADRES
PARA RECUPERAR LA ANEMIA INFANTIL. CENTRO
ESTUDIANTIL “JHIRE” 531 IGLESIA EL NAZARENO - SAN
ANTONIO. BAMBAMARCA, 2020.**

**Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**Autora:
Bachiller en Enfermería Gonzales Gavidia Lucina**

**Asesoras:
Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez
M.Cs. María Eloísa Ticlla Rafael**

CHOTA, PERÚ

2022

COPYRIGHT© 2021 by
GONZALES GAVIDIA LUCINA
Todos los derechos reservados

Gonzales L. 2020. BARRERAS CULTURALES PERCIBIDAS POR LAS MADRES PARA RECUPERAR LA ANEMIA INFANTIL. CENTRO ESTUDIANTIL “JHIRE” 531 IGLESIA EL NAZARENO - SAN ANTONIO. BAMBAMARCA, 2020.

Gonzales Gavidia Lucina

67 páginas

Asesoras:

Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

M.Cs. María Eloísa Ticlla Rafael

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería- UNC 2021.

JURADO EVALUADOR

PRESIDENTA: Dra. Martha Vicenta Abanto Villar

SECRETARIA: M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro

VOCAL: M.Cs. Katia Maribel Pérez Cieza

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Anexo 1

Universidad Nacional de Cajamarca

Facultad de Ciencias de la Salud

Acta de sustentación de tesis virtual, basado en el Reglamento de sustentación de tesis virtuales Resolución 944-2020 artículo 8

Siendo las 15:00 horas del día 31 de marzo del año 2022 se procedió a iniciar la sustentación virtual de la tesis titulada: "Barreras culturales percibidas por las madres para recuperar la anemia infantil. Centro estudiantil "JHIRE" 531 Iglesia El Nazareno – San Antonio Bambamarca, 2020" presentada por el(la) Bachiller en Enfermería

Nombres y Apellidos: Lucina Gonzales Gavidia

El Jurado Evaluador está integrado por:

Presidente: Dra. Martha Vicenta Abanto Villar

Secretaria: M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro

Vocal: Mg. Katia Maribel Pérez Cieza

Asesoras: Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

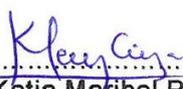
M.Cs. María Eloísa Ticlla Rafael

Terminado el tiempo de sustentación estipulado en el Reglamento.

El(la) tesista ha obtenido el siguiente calificativo: Diecisiete (17). Siendo las 16:50 horas del día 31 mes de marzo del año 2022 se dio por concluido el proceso de Sustentación Virtual de Tesis.


.....
Martha Vicenta Abanto Villar
Presidente


.....
M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro
Secretaria


.....
Mg. Katia Maribel Pérez Cieza
Vocal


.....
Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez
Asesora


.....
M.Cs. María Eloísa Ticlla Rafael
Asesora


.....
Tesisista
Lucina Gonzales Gavidia

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso por darme la vida e iluminarme para salir adelante y por haberme otorgado sabiduría y la fortaleza para terminar con éxito este trabajo de investigación.

A mis queridos padres Idolma y Francisco por darme la vida, su amor, por estar conmigo en todo momento y apoyarme incondicionalmente, durante toda mi formación profesional.

A mi querido esposo Henry por su apoyo constante para lograr mi objetivo, a mis hijos Hendry y Andrea que son mi felicidad y motor para crecer profesionalmente.

Lucina

AGRADECIMIENTO

A mis asesoras Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez y M.Cs. María Eloísa Ticlla Rafael, por su disponibilidad para la elaboración de este trabajo, sus conocimientos y experiencia ha enriquecido este documento.

A todas las madres participantes de las comunidades de San Antonio Alto y Bajo por el tiempo brindado y permitirme entrar en sus hogares para ser entrevistadas, haciendo posible la culminación de este trabajo de investigación.

Al pastor de la iglesia “JHERID” 531 por el apoyo brindado y las facilidades para entrevistar a las madres del grupo.

INDICE CONTENIDOS

DEDICATORIA	viii
AGRADECIMIENTO.....	ix
INDICE CONTENIDOS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
CAPITULO I.....	13
INTRODUCCION	13
1.1. Presentación del problema de investigación	13
1.2. Pregunta orientadora.....	16
1.3. Objeto de estudio.....	16
1.4. Objetivo.....	16
1.5. Justificación.....	16
CAPÍTULO II	18
REFERENCIA TEÓRICO Y EMPÍRICO	18
2.1. Referentes teóricos	18
2.2. Antecedentes del estudio	34
CAPÍTULO III.....	37
TRAYECTORIA METODOLÓGICA	37
3.1. Tipo de investigación	37
3.2. Área de estudio.....	38
3.3. Sujetos de investigación	38
3.4. Escenario de estudio.....	39
3.5. Técnica e instrumento de recolección de información	40
3.6. Procedimientos para la recolección de información	41
3.7. Interpretación y análisis de la información.....	41
3.8. Rigor científico del estudio	42
3.9. Consideraciones éticas del estudio consentimiento informado	42
CAPÍTULO IV.....	44
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	44
CONSIDERACIONES FINALES	57
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXO 01.....	63
ANEXO 02.....	64
ANEXO 03.....	65
ANEXO 04.....	67

RESUMEN

La investigación titulada: Barreras culturales percibidas por las madres para recuperar la anemia infantil. Centro Estudiantil “JHERI” 531 Iglesia El Nazareno - San Antonio. Bambamarca, 2020; con el objetivo de describir las barreras culturales percibidas por las madres para recuperar la anemia infantil. De abordaje cualitativo. La muestra se alcanzó por saturación de información. Se utilizó la entrevista semiestructurada. Del análisis del contenido de discursos han emergido dos categorías que cuentan con subcategorías. La primera: Alimentación inadecuada e indiferencia ante la anemia, los elementos que configuran esta categoría son: alimentos con hierro no incluidos en la dieta diaria, el problema de los multimicronutrientes, las madres no le dan importancia a la anemia. La segunda categoría: La anemia en el tiempo: Hábitos y costumbres alimentarias ayer y hoy, los elementos que configuran esta categoría son: Antes se comía mejor y no había anemia, el desconocimiento como barrera para identificar y tratar la anemia.

Palabras clave: anemia infantil, madre, barreras, culturales

ABSTRACT

The research entitled: "Cultural barriers perceived by mothers to recover childhood anemia in the student center "JHERI" 531 Iglesia El Nazareno - San Antonio. Bambamarca, 2020" had the objective of describing the cultural barriers perceived by mothers to recover infant anemia. Qualitative approach. The sample was reached by saturation of information. A semi-structured interview was used. Two categories with subcategories emerged from the analysis of the content of the discourses. The first one. Causes of anemia, the elements that make up this category are: she has anemia because she does not eat foods with iron, multimicronutrients harm her, mothers do not give importance to anemia. The second category: Anemia over time, the elements that make up this category are: before there was better food and no anemia, before there was no post and no anemia, the child must recover the anemia to be healthy".

Palabras clave: childhood anemia, mother, cultural barriers.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1. Presentación del problema de investigación

La Organización Mundial Salud (OMS), señala que los niños son particularmente vulnerables a la anemia ferropénica debido a sus mayores necesidades de hierro en los períodos de crecimiento rápido, sobre todo en los primeros cinco años de vida. La anemia ferropénica en niños se ha relacionado con el aumento de la morbilidad infantil y trastornos del desarrollo cognitivo y el rendimiento escolar. Las pruebas muestran que la administración diaria de suplementos de hierro a niños de 6 a 23 meses de edad se asocia con un menor riesgo de deficiencia de hierro y anemia (1).

De otro lado, el Ministerio de Salud (MINSA), refiere que la anemia es la disminución de la hemoglobina por debajo de los límites inferiores considerados como normales de acuerdo a la edad y el sexo e indica que la hemoglobina es una sustancia presente en los glóbulos rojos de la sangre, éstos se encargan de transportar el oxígeno a todos los tejidos y órganos del cuerpo. En la actualidad se considera como anemia en niños, un valor de hemoglobina por debajo de los 11 g/dl (2).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2019, revela que en el Perú la anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses de edad según el área de residencia, el porcentaje de las niñas y niños con anemia es mayor en los que residen en el área rural 49,0% que en el área urbana 36,7%. Asimismo, es más frecuente en aquellas o aquellos cuyas madres se sitúan en el quintil inferior de riqueza (50,9%) y cuando la madre tiene educación primaria o menos (49,7%). En el grupo de niñas y niños de 6 a 59 meses de edad la anemia afectó más a las niñas y niños del área rural (37,9%); del mismo modo, por tipo de anemia los porcentajes son mayores en el área rural (3).

En la provincia de Hualgayoc, según la Dirección de Salud de Bambamarca en el año 2018 el 42,3% de niños hasta los cinco años de edad tuvieron anemia. Para el año 2019 el 36,7% presentaron esta afección (4).

Las madres y niños que residen en la comunidad de San Antonio que pertenece a Bambamarca, son beneficiarios del Centro Estudiantil “JHIRE” 531 de la Iglesia el Nazareno San Antonio, programa financiado por la ONG Compasión perteneciente a la Iglesia del Nazareno, esta organización, viene desarrollando actividades de promoción de salud en comunidades catalogadas como pobres y muy pobres hace más de 8 años.

La Dirección de Salud Hualgayoc informa que en el año 2019 los niños menores de 5 años residentes de esta comunidad presentaron un alto índice de anemia (42%), desnutrición crónica 36%, además de otras enfermedades como parasitosis intestinal, afecciones de la piel, problemas oculares; y en las mujeres HTA, cefalea, dolores articulares, entre otras (5).

Como responsable del trabajo en salud en esta comunidad se ha establecido una estrecha relación con las madres beneficiarias de ésta ONG; hasta el año 2019 el grupo contaba con 120 niños menores de 5 años. Entre las actividades que se realizan usualmente son control de CRED, dosaje de hemoglobina y seguimiento a los hogares, además, de otras actividades de promoción de la salud como sesiones educativas y orientación y consejería haciendo uso de material didáctico preparado por la propia organización.

En los primeros contactos se encontró resistencia de algunas madres y no participaban en las actividades aduciendo que perdían el tiempo al asistir a las reuniones mensuales, y otras mujeres especulaban que estas actividades eran demoniacas y en otros casos aducían que su ausencia se debía a que sus esposos no les permitían participar. Actualmente la relación entre la investigadora y las madres es cordial, existe una comunicación fluida y bastante confianza, esta relación ha sido de gran ayuda en el acercamiento a las madres de niños con anemia.

También es frecuente el seguimiento mensual del personal de salud que labora en el Centro estudiantil a los niños con desnutrición y anemia, para conocer sus hábitos alimenticios y prácticas de higiene, realizar el despistaje de anemia a través del dosaje de hemoglobina que se realiza en un laboratorio particular de Chota. Se debe indicar que los niños reciben apoyo constante de la iglesia, son

evaluados por un Médico Pediatra, contratado exclusivamente para ese fin, además el medicamento prescrito (Forticau, Maltofer, Noxon) es adquirido de una farmacia particular y costeadó por la iglesia.

Se considera que la anemia infantil de los niños beneficiarios del Centro Estudiantil “JHIRE” 531 de la Comunidad San Antonio, se relaciona principalmente con la cultura de la población, en cuanto a sus hábitos de alimentación, de higiene, prácticas del cuidado en casa de las enfermedades diarreicas y respiratorias, etc.; se debe indicar que en esta zona las familias son beneficiarias del Programa Juntos, Vaso de Leche, Pensión 65.

Las barreras culturales que limitan la recuperación de la anemia infantil llevan implícitos hábitos y costumbres en cuanto a alimentación y cuidado de los niños de la Comunidad de San Antonio; las madres son influenciadas tanto por el aspecto religioso al pertenecer a la Iglesia El Nazareno donde no se acepta el consumo de sangre, ni carne de algunos animales; otra costumbre es el número de comidas de los niños que no superan las tres al día; así mismo, las madres jóvenes son influenciadas y en algunas casos presionadas por las abuelas quienes asumen a la anemia como una enfermedad pasajera de fácil curación y sin complicaciones.

La anemia en los niños es un problema de salud pública y los esfuerzos del estado, así como de organismos privados para su control y disminución, son poco eficaces en muchas zonas del Perú, se puede discernir que las barreras que limitan la recuperación de la anemia en los niños tienen principalmente una connotación cultural, mediada por hábitos y costumbres alimentarias supeditadas a la producción agrícola de la zona como a las fuertes creencias religiosas que limitan el acceso de los niños a alimentos ricos en hierro; también existen barreras geográficas, económicas y de acceso a los servicios de salud. Por tanto, el conocer las barreras que limitan la recuperación de la anemia en los niños menores de 5 años beneficiarios del Centro Estudiantil “JHIRE” 531 iglesia El Nazareno, San Antonio es un tema interesante si tenemos en cuenta la idiosincrasia de la población de la zona rural y la religión del grupo.

1.2. Pregunta orientadora

¿Cuáles son las barreras culturales percibidas por las madres para recuperar de la anemia infantil. Centro Estudiantil “JHIRE” 531, iglesia El Nazareno San Antonio. Bambamarca, 2020?

1.3. Objeto de estudio

Barreras culturales percibidas por las madres para recuperar la anemia infantil.

1.4. Objetivo

Describir y analizar las barreras culturales percibidas por las madres para recuperar la anemia infantil. Centro Estudiantil “JHIRE” 531 iglesia El Nazareno San Antonio, Comunidad de San Antonio. Bambamarca, 2020.

1.5. Justificación

Los hallazgos del estudio beneficiarán a las madres, porque a través de la identificación de las barreras culturales que limitan la recuperación de la anemia infantil la enfermera encargada del programa de crecimiento y desarrollo puede iniciar un proceso de sensibilización y empoderamiento a las mujeres en la toma de decisiones que permitan mejorar la salud de sus hijos, aprovechando los beneficios que brinda el Centro Estudiantil “JHIRE” 531 de la iglesia El Nazareno que desarrolla sus actividades en esta comunidad.

Los resultados son importantes para el responsable del centro estudiantil “JHIRE” 531 iglesia El Nazareno de la Comunidad de San Antonio y para el personal de salud que ejecuta las acciones con las madres y niños beneficiarios, ya que, puede servir como medio de evaluación de las actividades educativas, seguimiento y tratamiento con la finalidad de identificar falencias y puntos débiles y fortalecer el desarrollo de las actividades preventivo promocionales y de esta manera disminuir la presencia e impacto de las barreras culturales en la salud de los niños.

La relevancia del estudio reside en que los descubrimientos del estudio al ser cualitativo, y no puedan ser generalizados pueden complementar los datos cuantitativos sobre anemia infantil recabados regularmente por el MINSA.

De otro lado, el estudio puede servir como base para investigaciones futuras que cubran más población identificando las barreras culturales que limitan la

recuperación de la anemia, desnutrición y parasitosis infantil, incluyendo nuevos métodos y enfoques de investigación que estudien a profundidad el aspecto cultural de los problemas sociales y especialmente sanitarios.

CAPÍTULO II

REFERENCIA TEÓRICO Y EMPÍRICO

2.1. Referentes teóricos

2.1.1. Teoría de interculturalidad de Madeline Leininger

Madeline Leininger define a la persona como: “ser humano, que cuida, ser cultural, familia, grupo, comunidad, institución social, cultura y subcultura”.

La teoría transcultural se puede visualizar a través del “modelo del sol naciente” el cual describe al ser humano como un ente integral, que no puede separarse de su procedencia cultural ni de su estructura social, de su concepción del mundo, lo que constituye uno de los principios fundamentales de la teoría de Leininger, el cual se divide en cuatro niveles”: Estos niveles van de más a menos abstracto y los tres primeros niveles proporcionan conocimientos para brindar cuidados culturalmente coherentes (6).

Madeline Leininger insta a buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado. En esa búsqueda juiciosa las mismas personas se comprometen con los profesionales de enfermería, a develar sus significados y a enseñar propositivamente las creencias y prácticas que guían sus modos de pensar y de actuar frente al cuidado de su salud.

Según Leininger son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

Leininger, se refiere a la enfermera como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas; de otro lado, la cultura representa los modos de vida sistematizados y los

valores de las personas que influyen en sus decisiones y en sus acciones.

Por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran conocimientos acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y su práctica, todo con la ética adecuada (conocimiento profesional), como bases para que las acciones realizadas y las decisiones tomadas en el marco profesional sean coherentes con la cultura (7).

El cuidado cultural es una teoría de la enfermería amplia, puesto que tiene en cuenta la vida humana desde una perspectiva holística en un período de tiempo concreto, e incluye los factores de la estructura social, el punto de vista del mundo, la trayectoria cultural y los valores, el contexto del entorno, las expresiones lingüísticas y los modelos tradicionales (genéricos) y profesionales contemplados en términos de la cultura. Estas son algunas de las bases imprescindibles para descubrir que el conocimiento principal del cuidado es la esencia de la enfermería que puede devolver el bienestar a los pacientes y puede guiar las prácticas terapéuticas de enfermería (8).

Principales conceptos:

Cuidados y prestación de cuidados humanos

Hacen referencia a los fenómenos abstractos y concretos que están relacionados con experiencias de asistencia, apoyo y autorización o con conductas para con los demás que reflejen la necesidad evidente o prevista de mejora del estado de salud de la persona o de los estilos de vida o para afrontar discapacidades o la muerte (8).

Cultura

Hace referencia a los valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de individuos, grupos o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra (8).

Cuidados culturales

Actos de prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación o

capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás, centrados en necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar del cliente o para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas (8).

Concepción del mundo

Se refiere a la forma en que las personas o los grupos tienden a mirar hacia su mundo o universo para formarse una imagen o un punto de vista sobre sus vidas o sobre el mundo que les rodea (8).

Dimensiones culturales y de la estructura social

Hacen referencia a los modelos y características dinámicas, holísticas e interrelacionadas de los factores de estructura y organización de una cultura (o subcultura) determinada, donde se incluyen la religión (o espiritualidad), parentesco (sociedad), características políticas (ley), economía, educación, tecnología, valores culturales, filosofía, historia y lengua (8).

Contexto del entorno

Se refiere a la totalidad de un entorno (físico, geográfico y sociocultural), situación o hecho con experiencias relacionadas, que otorgan significados que guían las expresiones y decisiones humanas con referencia a un entorno o situación particular (8).

Etnohistoria

Hace referencia a la secuencia de hechos o desarrollos conocidos, presenciados o documentados sobre una población diseñada de una cultura (8).

Salud

Significa el estado de bienestar o recuperación que se define, valora y practica culturalmente por parte de individuos o grupos que les permite funcionar en sus vidas cotidianas (8).

Persona

Cada cultura humana tiene conocimientos y prácticas de los cuidados genéricos (profanos, tradicionales o indígenas) y, normalmente, conocimientos y prácticas de los cuidados profesionales que varían de forma transcultural e individual (8).

Los valores, creencias y prácticas de los cuidados culturales tienden a estar arraigados y están influidos por los contextos del punto de vista del mundo, lengua, filosofía, religión (o espiritualidad), parentesco, sociedad, política, educación, economía, tecnología, etnohistoria y entorno de las culturas (8).

2.1.2. Barreras culturales en salud

Las barreras culturales, están determinadas por las características (diferencias) entre la cultura del “proveedor” y la cultura o “culturas” de los usuarios de los servicios, limitando y/o dificultando el acceso “real” de estos últimos a los servicios. En términos generales, estas barreras han sido poco abordadas y atendidas (9).

Están determinadas por el género, el grupo étnico, la clase social, la edad, la preferencia y orientación sexual, la asociación gremial, entre muchos otros factores.

Desde diferentes ámbitos se han expresado quejas y frustraciones por la manera en la que se imparte la atención médica, por el trato recibido de parte del personal de los servicios de salud, calificándolo como falta de sensibilidad, respeto y discriminatorio. Acudir a los servicios médicos aparece como fuente de tensiones y malestar psico-social, en especial con los indígenas y campesinos, las mujeres, los ancianos, los niños, las personas con orientaciones y preferencias sexuales diferentes, los enfermos de VIH-Sida, entre otros (9).

Esto ha propiciado, la resistencia al uso de los servicios, que en casos extremos ha llegado a la confrontación y el choque cultural. En muchos casos se ha llegado al atropello de los derechos humanos de los pacientes.

Desde la perspectiva del prestador de servicios, los conceptos de los usuarios en torno a su salud, se perciben como elementos que entorpecen el servicio, toda vez que dificultan la comunicación, retrasan el tratamiento, confrontan al prestador y condicionan riesgos a la salud del usuario. Por ello la “cultura” se considera como negativa y causa de problemas que impiden: (9).

- Establecer un diagnóstico certero.
- Explicar adecuadamente las indicaciones médicas.
- Establecer la suficiente confianza en el seguimiento de las medidas profilácticas y terapéuticas indicadas.
- Entablar una empatía que posibilite una relación personal de salud paciente respetuosa y cercana.
- Obtener un impacto eficaz de las acciones educativas.

Esto explica en parte como a pesar de los grandes avances en el desarrollo científico, tecnológico y de ampliación de cobertura de los servicios de salud, tienen un impacto limitado. Así también, explica porque otros modelos de atención a la salud, como la medicina tradicional sigan vigentes en las preferencias de la población (9).

Las “barreras culturales” pueden clasificarse desde cuatro ámbitos:

a. En la estructura de los servicios (el sistema)

Los factores que pueden jugar como barreras culturales tienen que ver con la organización de los servicios, la dirección de los mismos, intersectorialidad, marcos éticos, ejercicio del poder, programas, planes, normas, prejuicios, valores, participación de los usuarios y ejercicio de la ciudadanía en ellos. En tanto, el sistema, las relaciones que establece la institución de salud con los usuarios, están determinados “culturalmente” por el desbalance de poder y la valoración peyorativa sobre la percepción que poseen los usuarios (9).

b. En el establecimiento o espacio de salud

Tienen que ver principalmente con la concepción del confort de parte del usuario con respecto a: El aspecto, diseño, clima, señalizaciones, mobiliario, dieta para enfermos, espacios para los niños, para el hospedaje de familiares, y para la “paz espiritual” (capillas) (9).

c. En los prestadores del servicio

Las principales barreras que se presentan en este ámbito son: Ubicación social y status, ejercicio del poder, capacidad de comunicación, valores, prejuicios, condiciones de trabajo, forma de ejercer el poder, lengua, capacidad de comprensión de códigos culturales de los usuarios. Las personas prestadoras interactúan con los y las consultantes en función de su propia cultura, formación profesional (o deformación) y género. En la relación ponen en juego sus capacidades y carencias (9).

d. En los usuarios

Los elementos que intervienen como barreras culturales tienen que ver con la percepción de la salud y la enfermedad; conciencia de derechos, conocimientos, ubicación social, experiencias negativas con los servicios de salud, lengua, capacidad de comprensión de códigos culturales de los prestadores, prejuicios, normas sociales, experiencia reproductiva, sexual, laboral y ciudadana (9).

2.1.3. Anemia

Se define como una reducción de la concentración de hemoglobina o del volumen de eritrocitos por debajo de los valores registrados en las personas sanas. Los valores <<normales>> de hemoglobina y hematocrito (volumen de eritrocitos concentrados) varían considerablemente en función de la edad y sexo (10).

En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar (11).

En la actualidad se considera como anemia en niños, un valor de hemoglobina por debajo de los 11 g/dl. De acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud) los criterios de severidad son: (3)

- Anemia leve: Hemoglobina 10 – 10,9 g/dl.
- Anemia moderada: Hemoglobina entre 7 – 9,9 g/dl.
- Anemia severa: Hemoglobina menor de 7 g/dl

a. Anemia ferropénica

La Academia Americana de Pediatría, sostiene que para afirmar que es ferropénica deben determinarse valores de hemoglobina, hematocrito, presencia de microcitosis, hipocromía y respuesta a la terapia con hierro (3).

La carencia de hierro tiene tres estadios bien definidos. La ferropenia induce una anemia hipocrómica microcítica. Simultáneamente, la depleción de enzimas esenciales que contienen hierro puede causar otras alteraciones, incluyendo la coiloniquia, alopecia, alteraciones tróficas en la lengua y en la mucosa gástrica y mala absorción intestinal. Al inicio de la deficiencia las reservas en forma de ferritina y hemosiderina pueden ser inadecuadas para mantener niveles normales de hemoglobina y hematocrito, así como los de hierro sérico y de transferrina, pero todavía no causa anemia. Hasta esta fase, existe un aumento de la actividad eritroide de la médula ósea. Después al persistir el balance negativo, aparece anemia microcítica e hipocrómica (3).

b. Anemia por deficiencia de hierro

Es la disminución de los niveles de hemoglobina a causa de la carencia de hierro en el organismo, en la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos que son los que proporcionan el oxígeno a los tejidos corporales, llamada también anemia ferropénica (AF) (12).

En los niños, la deficiencia de hierro se asocia con retraso del

crecimiento y desarrollo, así como disminución estadísticamente significativa de la función cognitiva, incluidas alteraciones conductuales que persisten hasta 10 años después de corregida la deficiencia. La ADH, se produce cuando se rompe el balance entre el hierro ingerido, sus reservas, necesidades y pérdidas corporales, lo que hace imposible mantener el suministro del mineral para la eritropoyesis. La ADH, es también reconocida por causar disfunción cognitiva.

El daño neurológico es particularmente relevante en la infancia, durante el desarrollo cerebral. Se ha planteado que las alteraciones cognitivas perduran, a pesar de la terapia (13).

c. Manifestaciones clínicas

La mayor parte de los niños con déficit de hierro se encuentran asintomáticos y son identificados por las pruebas de laboratorio recomendadas para la detección selectiva a los 12 meses de edad o antes si existen factores de riesgo.

El signo más importante de la deficiencia de hierro es la palidez, pero habitualmente no es visible hasta que la hemoglobina desciende a 7-8 g/dl. La palidez es más fácilmente visible en las palmas, los pliegues palmares, los lechos ungueales o la conjuntiva (13).

Los síntomas y signos clínicos de la anemia son inespecíficos cuando es de grado moderado o severo. Estos se pueden identificar a través de la anamnesis y el examen físico completo (12).

d. Etiología

La principal causa de la anemia nutricional es la deficiencia de hierro.

- Alimentación con bajo contenido y/o baja biodisponibilidad de hierro.
- Ingesta de leche de vaca en menores de 36 meses.
- Disminución de la adsorción de hierro por procesos inflamatorios intestinales.

- No se cubren los requerimientos en etapa de crecimiento acelerado.
- Pérdida de sangre
- Prematuridad y bajo peso al nacer por reservas bajas.
- Corte inmediato del condón umbilical al disminuir la transferencia de hierro durante el parto (3).

e. Cuadro clínico

La anemia puede producir diferentes síntomas de acuerdo a su severidad, pero en la mayoría de los casos, los niños anémicos presentan:

- Sensación de frío
- Palidez cutáneo-mucosa (más evidente en manos y labios)
- Fatiga
- Somnolencia (sueño excesivo y permanente)
- Irritabilidad
- Decaimiento o apatía
- Debilidad muscular
- Adelgazamiento
- Hiporexia (disminución del apetito)
- Taquicardia (aumento de la frecuencia cardíaca)
- Infecciones a repetición
- Retardo en el crecimiento y en el desarrollo psicomotor (3).

f. Valores normales de la concentración de la hemoglobina

- **Niños Prematuros:**
 - En la primera semana menor o igual a 13.0 g/dl se considera anemia y mayor a 13.0 g/dl se considera normal.
 - En la segunda semana a la 4ta semana de vida menor o igual a 10.0g/dl se considera anemia y mayor a 10.0 g/dl se considera normal.
 - De la quinta semana a 8va semana de vida menor o igual a 8.0 g/dl se considera anemia y mayor a 8.0 g/dl se considera normal (12).

- **Niños nacidos a término:**
 - Menor de 2 meses < 13.5 g/dl; se considera con anemia y 13.5 g/dl a 18.5 g/dl se considera sin anemia.
 - De 2 meses a 6 meses cumplidos < de 9.5 g/dl se considera con anemia y de 9.5 g/dl a 13.5 g/dl se considera sin anemia.
 - En niños de 6 meses a 5 años cumplidos: Anemia leve de 10.0 g/dl a 10.9 g/dl, Anemia moderada de 7.0 g/dl a 9.9 g/dl y
 - Anemia severa menor de g/dl, se considera sin anemia si el valor es mayor o igual a 11.0 g/dl (12).

2.1.4. Prevención de la anemia en niños

A. Durante gestación

- **Etapa fetal:**
Suplementación a la madre gestante con hierro y ácido fólico, control prenatal oportuno, y alimentación balanceada de la gestante (favorece mejores reservas de hierro fetal).
- **Parto:**
Corte tardío del cordón umbilical (favorece mayor transferencia de hierro al recién nacido y así reserva de hierro adicional).
- **Primeros 6 meses de vida:**
Lactancia materna exclusiva (protege la salud y nutrición del niño y garantiza ingesta de hierro).
- **Reforzar reservas de hierro:**
Entre los 4 y 6 meses de vida administrar fuente adicional de hierro con suplementos de hierro (gotas). Niños prematuros. suplementar a partir del 2º mes (dado que no cuentan con reservas adecuadas) (3).

B. A partir de los 6 meses de edad

- Promover la alimentación complementaria rica en hierro

de origen animal, variada y frutas y verduras a través de educación alimentaria demostrativa de preparación de alimentos.

- Reforzar la alimentación administrando suplementos de hierro (en gotas, jarabe o fortificación casera de multimicronutrientes en polvo), dado el bajo consumo de hierro en la dieta infantil.
- Si está disponible en el hogar, ofrecer alimento infantil fortificado con hierro.
- Agua segura, saneamiento básico y hábitos de higiene (reduce riesgos de enfermedad).
- Uso de antiparasitarios a partir de 2 años con énfasis en zonas críticas.
- Control de crecimiento y desarrollo y atención de salud de calidad y oportuna (12).

2.1.5. Tratamiento de anemia en los niños

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

- **Gotas:** Tenemos el sulfato ferroso donde 1 gota es igual a 1.25 mg de hierro elemental y el complejo polimaltosado férrico donde 1 gota es igual a 2.5 mg de hierro elemental.
- **Jarabe:** Tenemos el sulfato ferroso donde 1 ml es igual a 3 mg de hierro elemental y el complejo polimaltosado férrico donde 1 ml es igual a 10 mg de hierro elemental.
- **Tabletas:** Tenemos el sulfato ferroso donde 1 tableta es igual a 60 mg de hierro elemental y el complejo polimaltosado férrico donde 1 tableta es igual a 100 mg de hierro elemental.
- **Polvo:** Tenemos los micronutrientes cuya composición es hierro elemental:
 - 12.5 mg, zinc 5mg, ácido fólico 160 ug, vitamina A 300 ug (retinol equivalente), vitamina C 30 mg (12).

- Sobre el tratamiento de la anemia con suplementos de hierro:
 - Debe realizarse con dosis diarias, según la edad y condición del paciente.
 - Debe realizarse durante 6 meses continuos.
 - Durante el tratamiento los niveles de hemoglobina deben elevarse entre el diagnóstico y el primer control. De no ser así, y a pesar de tener una adherencia mayor a 75%, derivar al paciente a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, donde un especialista determinará los exámenes auxiliares a realizarse.

Una vez que los valores de hemoglobina han alcanzado el rango normal, y por indicación del médico o personal de salud tratante, el paciente será contra referido al establecimiento de origen, para continuar con su tratamiento (12).

2.1.6. Manejo terapéutico de la anemia

Los niños que tienen diagnóstico de anemia según los valores de la OMS deberán recibir hierro y dependerá de la edad (menores o mayores de 6 meses) o si han sido prematuros con bajo peso al nacer o de adecuado peso al nacer (14).

a. Tratamiento de la anemia en niños menores de 6 meses de edad:

– Niños prematuros y/o con bajo peso al nacer:

- El tratamiento con hierro a niños prematuros y niños con bajo peso al nacer se iniciará a los 30 días de nacido, asegurando que hayan concluido la alimentación enteral.
- Se administrará tratamiento con hierro en dosis de 4 mg/kg/día, y se ofrecerá durante 6 meses continuos.
- Se realizará el control de hemoglobina a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro (12).

– **Niños nacidos a término y/o con buen peso al nacer menores de 6 meses:**

- El tratamiento de anemia en menores de 6 meses se hará a partir del primer diagnóstico de anemia
- Se administrará el tratamiento con suplementos de hierro, en dosis de 3 mg/kg/día, y se ofrecerá durante 6 meses continuos.
- Se realizará el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro (12).

b. Tratamiento de la anemia en niños de 6 meses a 11 años de edad

- El tratamiento con hierro en los niños, que tienen entre 6 meses y 11 años de edad, y han sido diagnosticados con anemia, se realiza con una dosis de 3mg/kg/día.
- Se administrará el suplemento de hierro durante 6 meses continuos.
- Se realizará el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro (12).

c. Efectos adversos o colaterales del uso de suplementos de hierro:

Los efectos colaterales son generalmente temporales y pueden presentarse según el suplemento utilizado.

- **Sulfato Ferroso:** Se absorbe mejor entre comidas, pero se incrementan las manifestaciones de intolerancia digestiva (rechazo a la ingesta, náuseas, vómitos, constipación, diarrea, dolor abdominal), lo que puede limitar su adherencia y eficacia. Se recomienda consumirlos 1 o 2 horas después de las comidas.
- **Hierro Polimaltosado:** En condiciones fisiológicas es estable y su interacción con otros componentes de la dieta parecen ser menores que la del Sulfato Ferroso. Ante la sospecha de reacciones adversas a medicamentos, el personal de salud debe

reportarla en el Formato de Notificación de Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos y remitirla al órgano competente en su ámbito asistencial (11).

2.1.7. Efectos de la anemia en el desarrollo infantil

A. Posibles mecanismos del impacto de la anemia en el desarrollo cerebral

El hierro es un mineral contenido en enzimas que participan en la síntesis de lípidos que, a su vez, son insumo para las membranas celulares y para la síntesis de mielina en el cerebro y, por tanto, las funciones cognitivas y motoras se afectan negativamente ante un problema en la mielinización. El hierro también es parte de los procesos metabólicos de neurotransmisores principalmente dopaminérgicos y serotoninérgicos que tendrían un impacto en la conducta. Todos estos procesos se llevan a cabo en el hipocampo, que es la región cerebral en la que se procesa el aprendizaje y la memoria, así como comportamientos afectivos como la depresión y ansiedad.

La anemia y la deficiencia de hierro, en especial, en periodos de rápido crecimiento como la etapa fetal y la infancia, afecta el desarrollo del hipocampo y la corteza frontal, alterando el sistema de neurotransmisión dopaminérgico. Es por ello que las etapas fetal y neonatal son consideradas cada vez más importantes en el desarrollo de la persona (15).

B. Efecto de la anemia en el desarrollo motor

El área motora se relaciona a la habilidad de los niños para controlar el movimiento de sus músculos, clasificándose en habilidades motoras finas y gruesas. El desarrollo motor del niño es el resultado de muchos factores, propios del niño y otros de su entorno, siendo un riesgo muy importante la presencia de anemia durante el período crítico de los primeros años o meses de vida. En una revisión

sistemática del 2001, se encontró que los niños que fueron anémicos durante los primeros años de vida, tuvieron luego un bajo desarrollo motor, caracterizado por deficientes habilidades motoras finas y gruesas. Sin embargo, sus efectos no necesariamente fueron reversibles luego del tratamiento de suplementación y a pesar que dicha deficiencia de hierro se había disipado. Con ese análisis se concluyó que, posiblemente, algunas variables ambientales expliquen parte o la totalidad de dichos resultados negativos, luego de la superación de la anemia (15).

C. Efectos de la anemia en el desarrollo mental

El desarrollo mental o cognitivo incluye funciones de ejecución del pensamiento, memoria, razonamiento, atención, procesamiento visual, así como solución de problemas. De manera similar que, con el desarrollo motor, la anemia en la infancia reduce las habilidades cognitivas de los niños. Sin embargo, un meta análisis, del 2010, que cuenta con menos limitaciones metodológicas, se encontró que la suplementación de hierro en niños de 0 a 3 años podría no influenciar positivamente en su desarrollo mental. En base a una revisión sistemática del 2014, se sabe que tanto la deficiencia de hierro, como la anemia con o sin deficiencia de hierro causan algún déficit cognitivo (15).

D. Efectos de la anemia en la conducta

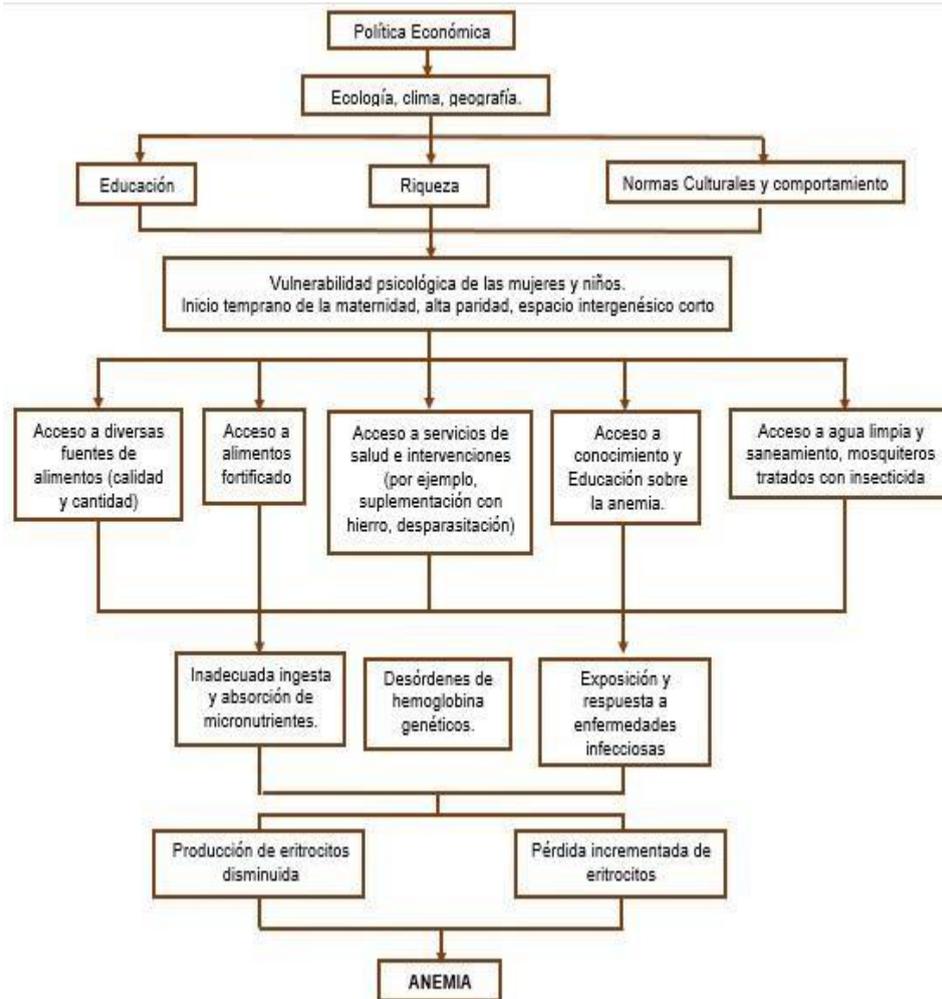
La conducta socioemocional es otra de las áreas del desarrollo infantil, y comprende el establecimiento de relaciones con otras personas usando sus emociones, así como la regulación de sí mismo y su interés hacia el exterior. En niños que tuvieron anemia en el primer año de vida (a los 6, 12 y 18 meses), y que luego fue corregida mediante suplementación, se encontró que, a los 10 años de seguimiento, tuvieron tiempos de reacción más lentos y menor capacidad para controlar respuestas impulsivas, lo que se le denomina como pobre control inhibitorio. Esta dificultad es uno de

los déficits conductuales que se relaciona con trastornos como déficit de atención e hiperactividad, entre otros. Estos comportamientos no deseados y problemas de conducta tienen un impacto no solo dentro de cada hogar, sino también en las escuelas, y posiblemente, con el tiempo, generen algún tipo de problema social mayor (15).

E. Efectos de la anemia a largo plazo en salud, educación y otros

La anemia genera al Estado Peruano un costo alto. Casi la mitad del costo que genera la anemia al Estado Peruano (46,3%) es por pérdida cognitiva, un 12,7 y 18,2% por pérdidas de escolaridad y productividad en el adulto, respectivamente. Esto afecta, principalmente, a los sectores de educación, empleo, producción, agricultura y minería, ya que la anemia resta capacidades en el trabajo, ocasionando pérdidas en la productividad, lo que se traduce en un menor acceso a puestos de trabajo, o en un menor salario.

Todo ello va a influir en la cantidad de dinero que el Estado recauda a través del pago de impuestos. El 13% del costo de estas pérdidas por anemia corresponden a la atención de partos prematuros, 9% debido al retraso escolar, y 0,6 y 0,2% por el tratamiento de la anemia de menores de 6 a 36 meses y en gestantes, respectivamente. Esto puede generar costos elevados en el sector Salud, lo que resta la posibilidad de brindar servicios de calidad, o que no se mejore la cobertura en las prestaciones de salud (15)



Modelo causal de la anemia en el Perú (3).

2.2. Antecedentes del estudio

Guevara, H., en su estudio: Percepción de las madres sobre la anemia en niños menores de un año. Centro de Salud Patrona de Chota. 2019. tuvo como objetivo: Describir la percepción de las madres sobre la anemia en niños menores de un año. El método elegido fue el descriptivo, la muestra estuvo constituida por once madres. La información fue recolectada a través de la entrevista a profundidad. Los resultados fueron: en Categoría 01: La anemia en la vida del niño: las madres reconocen como causas de ésta a la anemia gestacional, alimentación inadecuada o higiene deficiente en la preparación de alimentos. En la Categoría 02: Papel del sulfato ferroso en el tratamiento de la anemia: Las participantes reconocen que ayuda a su recuperación, aumenta su apetito y es un complemento a la

alimentación diaria. En la categoría 03: Impacto de la anemia en el futuro del niño. Las participantes identifican al bajo rendimiento en el colegio, sueño y la debilidad (11).

Ángeles M, en su estudio 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. Tuvo como objetivo: Comprender la cultura de las familias frente al consumo de micronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en los niños menores de 3 años en la Micro red Encañada. El enfoque de investigación usado fue cualitativo, método etnográfico, muestreo por saturación, las técnicas empleadas observación, análisis de contenido y entrevistas en profundidad. También se empleó instrumentos los cuales ayudaron anotar características y captar lo que narraban las madres de familia. La investigación de campo reflejó que la cultura no solo es el estilo de vida de las madres de familia con niños que consumen micronutrientes frente a la anemia, sino que abarca: conocimientos de las “chispitas”, aspectos sociodemográficos como el hacinamiento en los hogares, los mitos y costumbres como el no consumo de frutas porque producen caries, consumo exclusivo de carbohidratos y las vísceras no consumidas por temas religiosos (14).

Mayca J, Medina A, Velázquez J, Llanos L, en el estudio titulado: Representaciones sociales relacionadas a la anemia en niños menores de tres años en comunidades Awajún y Wampis, Perú. 2015. El objetivo fue 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, la relación con sus simbolismos, constructos y tipo de alimentación. Estudio cualitativo que incluyó entrevistas en profundidad (EP) para personal de salud, autoridades de la comunidad y padres de familia, y grupos focales (GF) para madres de familia. Se realizaron 38 EP y 13 GF. Los resultados fueron que la población no tuvo un significado claro sobre la anemia, ni manejaba la misma descripción del personal de salud; sino que lo relacionaba con una sintomatología en base a sus representaciones sociales y manifestaciones culturales. Las conclusiones encontradas fueron que las representaciones sociales y prácticas tradicionales continúan existiendo y poseen sistemas interpretativos sobre la salud, la

enfermedad y su manejo, con lógicas, sentidos y coherencia según grupo cultural. El putsumat o putsuju es un modelo interpretativo equivalente para la anemia, con una sintomatología presentada por los niños con palidez, delgadez, cansancio, sustentado en el sistema cultural simbólico de las poblaciones awajún y wampis (16).

CAPÍTULO III

TRAYECTORIA METODOLÓGICA

3.1. Tipo de investigación

El estudio tiene un abordaje cualitativo que, según Hernández, R. se enfoca a comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto. El enfoque cualitativo se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados (17).

El investigador debe familiarizarse con el tema en cuestión, necesitamos conocer con mayor profundidad el “terreno que estamos pisando”. Imaginemos que estamos interesados en realizar una investigación sobre una cultura indígena, sus valores, ritos y costumbres. En este caso debemos saber a fondo dónde radica tal cultura, su historia, sus características esenciales (17).

Se eligió este abordaje para la ejecución del estudio considerando que el objeto de estudio emerge del contexto de estudio y la subjetividad de los participantes está inmersa en las experiencias y vivencias de las madres en el cuidado de los niños con anemia.

Para el desarrollo de la investigación, se eligió el método descriptivo que, según Tello, C. se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de las participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto, acerca de los fenómenos que los rodea, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que las participantes perciben subjetivamente la realidad (18).

Por tanto, la investigadora buscó comprender la perspectiva de las participantes (las madres con niños que tienen anemia) acerca de los fenómenos que los rodean, se buscará profundizar sus experiencias, perspectivas y opiniones de cómo perciben subjetivamente su realidad con sus niños.

3.2. Área de estudio

La investigación se realizó en la comunidad San Antonio que se encuentra aproximadamente 20 minutos de Bambamarca en auto, ubicado al oeste de la ciudad de Bambamarca.

3.3. Sujetos de investigación

La población de estudio fueron las madres de niños con diagnóstico de anemia (35 niños), beneficiarios del Centro Estudiantil “JHIRE” 531 iglesia el Nazareno quienes reciben una prueba de descarte de anemia cada 3 meses, los resultados de este tamizaje constan en el registro de niños del proyecto que se encuentra en el local de la ONG ubicado en la Comunidad de San Antonio Bajo.

Las participantes fueron seleccionados a través del muestro por conveniencia y la muestra se obtuvo a través de la técnica de saturación de la información, es decir, hasta el punto en que ya no se obtiene nueva información y esta comienza hacer redundante, al continuar con las entrevistas a las mujeres (19).

El muestreo orienta la forma en la que empieza a buscarse a los participantes, pero su incorporación se hace en forma iterativa, de acuerdo con la información que va surgiendo en el trabajo de campo. Como lo subrayan los expertos lo decisivo aquí no es el tamaño de la muestra, sino la riqueza de los datos provistos por los participantes, y las habilidades de observación y análisis del investigador (20).

De allí, que para el presente estudio luego que la investigadora dio inicio a las entrevistas, alcanzó saturación de información con 14 madres, que cumplieron con los criterios de inclusión.

La unidad de análisis fue cada una de las madres de niños (menores de tres años) con anemia inscritos en el Centro Estudiantil “JHIRE” 531 iglesia el Nazareno San Antonio, que cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

- Madres con niños menores de cinco años con anemia
- Madres beneficiarias del Centro Estudiantil “JHIRE” 531 San Antonio y que vivan de forma permanente en la comunidad.
- Madres sin alteraciones mentales, orientadas en tiempo, espacio y persona.
- Que aceptaron voluntariamente participar en el trabajo de investigación.

Cuadro de participantes

Participante	Edad	Grado de instrucción	Domicilio	Fecha de entrevista
Participante 1	25 años	Secundaria incompleta	San Antonio Bajo	15 - 07 - 2021
Participante 2	23 años	Secundaria completa	San Antonio alto	15 - 07 - 2021
Participante 3	27 años	Secundaria incompleta	San Antonio Bajo	16 - 07 - 2021
Participante 4	37 años	Secundaria completa	San Antonio Bajo	16 - 07 - 2021
Participante 5	24 años	Secundaria completa	San Antonio Alto	17 - 07 - 2021
Participante 6	37 años	Primaria incompleta	San Antonio Alto	19 - 07 - 2021
Participante 7	32 años	Secundaria completa	San Antonio Bajo	19 - 07 - 2021
Participante 8	32 años	Primaria completa	San Antonio Bajo	19 - 07 - 2021
Participante 9	22 años	Superior	San Antonio Alto	20 - 07 - 2021
Participante 10	30 años	Primaria incompleta	San Antonio Alto	20 - 07 - 2021
Participante 11	49 años	Sin instrucción	San Antonio Alto	21 - 07 - 2021
Participante 12	27 años	Secundaria incompleta	San Antonio Bajo	21 - 07 - 2021
Participante 13	36 años	Superior completa	San Antonio Alto	22 - 07 - 2021
Participante 14	25 años	Secundaria completa	San Antonio Alto	22 - 07 - 2021

3.4. Escenario de estudio

En el centro estudiantil “JHIRE” 531 San Antonio iglesia El Nazareno Bambamarca, cuentan con un personal de apoyo: 1 director, 1 tesorera, 1 secretaria de cartas de niños patrocinados, 1 secretaria general, 1 coordinadora educativa, 1 promotora de supervivencia menores de un año, 4 promotoras de visita hogar niños 1 año a 5 años, 15 disimuladoras que atienden a niños del nivel I al nivel IV, 2 personales de limpieza, 3 cocineras que cocinan para todos niños que son beneficiarios.

El presente trabajo de investigación se realizó en el centro estudiantil “JHIRE” 531 San Antonio iglesia El Nazareno, Bambamarca ubicada en el centro poblado de San Antonio Alto, dicho centro estudiantil cuenta con beneficiarios de

extrema pobreza de las diferentes comunidades de su alrededor: San Antonio Bajo, Samangay, El Porvenir, los niños beneficiarios son de la zona rural.

San Antonio es una comunidad de fácil acceso geográfico, está situada al margen de la carretera Chota - Bambamarca, la población acude a atenderse al establecimiento de salud, no se coordinan actividades conjuntas de promoción y prevención lo que representa una debilidad en el trabajo realizado.

La entrevista a las madres se realizó en sus hogares, de acuerdo a una fecha programada con anticipación.

3.5. Técnica e instrumento de recolección de información

La información fue recogida a través de la entrevista a profundidad, que establece una relación recíproca entre el entrevistador y el entrevistado, la información proviene de una cuidadosa reflexión de una persona ayudada por el intercambio con el entrevistador: es el punto de vista de una sola persona (21).

La investigadora al desarrollar la entrevista a profundidad en la interacción con las madres participantes estableció una comunicación horizontal donde el intercambio de ideas fue constante en relación al objeto de estudio, la entrevista tuvo una duración de 45 minutos de conversación amical y respetuosa.

El cuestionario consta de 3 partes: la primera parte es una introducción e instrucciones, la segunda parte son datos informativos que se le pidió a las madres y la tercera y última parte las preguntas relacionadas al tema de anemia infantil que respondieron las madres.

Las preguntas planteadas fueron las siguientes:

- ¿La anemia de su niño, porque no mejora?
- ¿Por qué en su comunidad tantos niños tienen anemia?
- ¿Cuáles son las creencias sobre la anemia en su comunidad?
- ¿Es importante para usted que su niño se recupere de la anemia?

Con la finalidad de evaluar la validez del instrumento de recolección de información, se realizó una prueba piloto, luego de la cual, se hicieron algunos ajustes a las preguntas abiertas de recopilación de información, se entrevistó a

cuatro madres que formaban parte del grupo en estudio.

3.6. Procedimientos para la recolección de información

- Se solicitó autorización al pastor de la iglesia El Nazareno – Filial San Antonio Alto para acceder a las madres y entrevistarlas.
- Se coordinó con el director del Centro Estudiantil “JHIRE” 531 Iglesia el Nazareno San Antonio y también con la enfermera responsable del control de CRED para que brinde las facilidades del registro de citas.
- A las madres con niños con anemia fueron citadas en una fecha previamente acordada donde se explicó el objetivo del estudio y los beneficios, luego que aceptaron participar voluntariamente se desarrolló la entrevista.
- Teniendo en cuenta la actual pandemia de Covid 19 para la recopilación de información la investigadora tuvo las siguientes precauciones:
 - Se realizó una prueba de descarte de coronavirus.
 - Se usó doble mascarilla durante toda la entrevista.
 - Se respetó en todo momento el distanciamiento social de al menos 1.5 metros.

3.7. Interpretación y análisis de la información

Se utilizó el análisis de contenido, que según Schettini P., es una técnica de interpretación y comprensión de textos – escritos, orales, filmados, fotográficos, transcripciones de entrevistas y observaciones, discursos, documentos, es decir, todo tipo de registro teniendo en cuenta el contexto en el que se produce tanto lo manifestado como lo latente de los discursos, y posible de realizar análisis tanto cuanti como cualitativo. Requiere un marco de referencia conceptual que abarque: los datos, tal como se lo comunican al analista, el contexto de los datos, la forma en que el conocimiento del analista lo obliga a dividir su realidad y el objetivo de un análisis de contenido.

Las ventajas del análisis de contenido es la de ser una técnica no intrusiva, que analiza tanto materiales estructurados como no estructurados y que tiene en cuenta el contexto propio del lugar de la investigación; es de carácter interpretativo (20).

3.8. Rigor científico del estudio

Credibilidad: El método es riguroso y coherente, los investigadores tienen experiencia y son confiables (22).

El presente estudio desde el planteamiento guardó rigurosidad, así como en el proceso de recolección de información y el análisis.

Confiabilidad: Existe consistencia entre la pregunta de investigación y el análisis propuesto, además los discursos o producciones de los participantes son reconocidos como propios (22).

Luego de la recolección de datos, los participantes reconocieron los discursos como suyos, además existió coherencia entre objeto, objetivo y pregunta orientadora.

Adecuación epistemológica: La pregunta de investigación determina si el método seguido es coherente con el paradigma. El análisis de datos se relaciona con lo que se indaga (22).

La presente investigación tiene abordaje cualitativo, tiene relación con el método de estudio y con el instrumento de recolección de información, además el análisis se realizó usando las herramientas del análisis de contenido.

3.9. Consideraciones éticas del estudio consentimiento informado

Es importante hacerle saber al participante el objetivo de la misma y sus implicaciones, a modo de que este a través de su autonomía, decida libremente si desea participar en ella. Es imprescindible hacer del conocimiento a los involucrados, dando sustentación y coherencia al primer punto argumentado que parte del derecho humano y su relevancia ante todas las cosas, incluso de la misma ciencia (23).

En el estudio se dio a conocer el objetivo del estudio, los riesgos y beneficios, de tal modo que las madres participaron voluntariamente de la investigación.

Confidencialidad de los datos

En relación a asegurar el manejo de la información y en caso de que lo requiera el participante el cambio de identidad, el investigador guardará total confidencialidad ya que el participante puede comunicar sus confidencias e intimidades que en algún momento pudieron afectar a terceros (23).

La información recolectada a través de la entrevista fue de uso exclusivo de la investigación, se guardó total anonimato y para identificar a los participantes se usó un seudónimo y luego los discursos fueron eliminados.

En relación a la confianza

Se establece entre la persona a investigar y el investigador, quien en todo momento debe preservar su integridad profesional, fijando límites que no lo hagan ver como pseudo-terapeuta. Por eso es importante no emitir juicios de valor, peyorativos o que desprestigien el argumento del sujeto, dado que esto podría condicionar sus respuestas y por lo tanto carentes de valor (23).

La investigadora evitó en todo momento dar una opinión sobre el tema en estudio.

Investigación aplicada a sujetos vulnerables

Para ello se debe entender aquellas personas que, por su condición física, mental y/o edad, se deben tener en cuenta dos aspectos importantes; el primero de ellos es que esta solo se aplicó si el beneficio se considera mayor a los riesgos que de ella deriven y el segundo ante personas vulnerables el consentimiento informado debe ser autorizado por los tutelares.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La anemia en niños menores de tres años es un problema de salud pública en el Perú y el mundo. Se estima que la causa principal de la anemia, aunque no la única, es la deficiencia de hierro. Existen muchos estudios y revisiones sobre cómo esta carencia en los infantes impacta negativamente en el desarrollo, a pesar de corregirse la anemia, los niños con este antecedente presentan, a largo plazo, un menor desempeño en las áreas cognitiva, social y emocional. La anemia puede disminuir el desempeño escolar, y la productividad en la vida adulta, afectando la calidad de vida, y en general la economía de las personas afectadas. Se describen algunos posibles mecanismos de cómo la deficiencia de hierro, con o sin anemia, podría afectar el desarrollo en la infancia; por ello, causa preocupación la alta prevalencia de anemia que se observa en este grupo de edad (15).

Los elementos que intervienen como barreras culturales tienen que ver con la percepción de la salud y la enfermedad; conciencia de derechos, conocimientos, ubicación social, experiencias negativas con los servicios de salud, lengua, capacidad de comprensión de códigos culturales de los prestadores, prejuicios, normas sociales, experiencia reproductiva, sexual, laboral y ciudadana (9).

Para el presente estudio los discursos fueron recopilados a través de la entrevista a profundidad, la muestra estuvo constituida por 14 madres beneficiarias del Programa JHIRE, que viven en la comunidad de San Antonio, quienes cumplieron los criterios de inclusión planteados en los aspectos metodológicos.

Luego de la transcripción de los discursos, y el paso del texto ETIC al EMIC y realizado el análisis de contenido han emergido 02 grandes categorías donde cada categoría tienen subcategorías:

- CATEGORÍA 01: Alimentación inadecuada e indiferencia ante la anemia
- CATEGORÍA 02: La anemia en el tiempo: Hábitos y costumbres alimentarias ayer y hoy

CATEGORIA 01:

ALIMENTACIÓN INADECUADA E INDIFERENCIA ANTE LA ANEMIA

Entre las causas inmediatas de la anemia infantil se reconoce el consumo inadecuado de hierro y de otros micronutrientes a partir de los alimentos. Esta carencia de hierro y vitaminas no permitiría una apropiada formación de los glóbulos rojos y de la hemoglobina. Otras causas inmediatas de la anemia son la alta morbilidad por infecciones como la diarrea, parasitosis, malaria, etc. Esta situación está asociada a inadecuadas prácticas de higiene, de lavado de manos, limitado acceso a agua segura y saneamiento básico. Se reconoce también que la vitamina A, la vitamina B2, las vitaminas B6, B12 y el ácido fólico intervienen en la formación de los glóbulos rojos en la médula ósea. Las vitaminas A, C y riboflavina favorecerían la absorción del hierro a nivel intestinal, cumpliendo un rol movilizador del mineral a partir de las reservas; mientras que las vitaminas C y E tienen una función antioxidante para la protección de los glóbulos rojos (3).

Esta categoría se ha desdoblado en tres subcategorías.

Subcategoría 01: Alimentos con hierro no incluidos en la dieta diaria

El consumo de hierro en la alimentación humana puede proceder de dos fuentes; hierro hemínico (hem), presente en productos como el hígado, sangrecita, bazo, carnes rojas, pescado y hierro no hemínico, presente en los productos de origen vegetal que se encuentran en las menestras como las lentejas, habas, frejoles, arvejas, y en verduras como la espinaca y en algunos productos de origen animal, como la leche y los huevos.

También se encuentra en la harina de trigo fortificada. Debe aumentarse el consumo de fijadores en la absorción de hierro tales como alimentos ricos en vitamina C como las frutas cítricas, en las comidas y reducir el consumo de inhibidores de la absorción de hierro tales como mates, té o infusiones o café con las comidas, también consumir productos lácteos (leche, yogurt, queso) alejados de las comidas principales (14).

A continuación, se presenta los discursos relacionados:

Participante 1: *_Quizás porque no ha estado consumiendo alimentos que contiene hierro*

Participante 2: *_No recupera, aunque le doy higadito de vez en cuando, sulechecita, quesillo, su huevito no diario, pero a ver voy a darle diario...*

Participante 3: *_Porque esta débil al estómago porque no come mucho alimento... las menestras no quieren comer..... lo que pide son dulces y las galletas... eso quiere comer todo el día*

Participante 7: *_Está enfermo porque no le he dado desde chiquito sus papillas, dicen que he debido alimentarle desde pequeñito, pero como no habido posibilidad de darle no lo hemos dado...*

Participante 9: *_Será por la mala alimentación... come huevos arroz, pero no come menestras, solo quiere arroz y fideos... esa es nuestra comida: arroz fideos chochoca le damos leche a veces...*

Participante 10: *_No sé porque tiene anemia... le doy higadito pescadito, huevos, quesillo, leche también ... come su pipiancito, su arroz, sus papas...*

Participante 11: *_De repente no lo estoy alimentando bien por eso tiene anemia desde pequeño... nació con anemia... porque no le doy los alimentos adecuados... el niño no quiere comer el hígado... lo aplasto bien suavcito en la sopa y come una cucharita dos y ya no quiere.*

Participante 12: *_A veces por el descuido de las comidas cuando no cumplimos con lo que nos dicen en la posta, aparece la anemia ahí es donde nos preocuparnos a darle lo que debe ser o como debe ser... tres veces al día y también su refrigerio... su camote con leche, y menestra, a veces lo come, pero muchas veces come poquito o no quiere nada.*

Participante 13: *_Porque no comía hasta el año dos meses solo seno y tomaba agüita... después intentaba prepararle higadito, pero no lo comía y no le daba mi seno y al año 3 meses empezó a comer... tampoco come ningún tipo de carne, solo come el pescado nada mas*

Los discursos de las participantes identifican como causa principal de la anemia al escaso consumo de alimentos con hierro, las madres refieren que le brindan en su dieta leche, huevos pero no todos los días, señalan que los niños se inclinan a comer dulces y galletas antes que los alimentos de la olla familiar; otra causa según ellas es la

incorrecta alimentación durante los primeros meses de su hijo/a; otras afirman que la anemia apareció porque han iniciado la alimentación complementaria muy tarde.

La alimentación complementaria es tal vez uno de los procesos con mayor vulnerabilidad para el estado nutricional de la población menor de dos años de edad. Por tal razón, la importancia que adquieren los alimentos, la consistencia y el proceso de introducción en la alimentación (3).

En la comunidad de San Antonia se ha observado durante las visitas a las madres en sus domicilios que la dieta de los niños es mayormente a base de carbohidrato de su producción agrícola como de los alimentos que obtienen del mercado o de las pequeñas bodegas cercanas siendo frecuente el consumo de fideos, arroz y papa, dejando de lado las carnes y leche, al respecto CENAN menciona que en la zona rural del Perú, la alimentación en los niños está basada principalmente con cereales y tubérculos, porque existe una accesibilidad limitada a los alimentos ricos en micronutrientes, principalmente el hierro de origen animal, que difícilmente es dado a los lactantes que están iniciando su alimentación complementaria, dando como consecuencia anemia (24).

Según Unicef, la dieta del niño con anemia debe contener alimentos de origen animal como la carne, hígado, sangrecita, menestra, pescado, huevos y los productos lácteos, que les aportan nutrientes esenciales y vitamina A, hierro, zinc y calcio, tan necesarios entre los 6 y los 36 meses de edad, con una frecuencia de tres veces al día (25). Las familias de la comunidad San Antonio consumen como alimento base a los carbohidratos por costumbre adquirida de su entorno familiar, es decir, las participantes alimentan a sus hijos como les enseñaron sus madres, pueden escuchar atentas los consejos de la enfermera durante el Control CRED sobre como alimentar a su hijo con anemia pero no cumplen con las indicaciones muchas veces por presión familiar o por costumbre, la FAO menciona que las razones por la que los niños están malnutridos a distintas edades son reflejo de una combinación de factores de índole individual, familiar y social (25).

Subcategoría 02: El problema de los multimicronutrientes

La recomendación del Ministerio de Salud para el consumo de suplemento con

multimicronutriente por el niño es mezclarlo con alimentos sólidos o semisólidos, pues el hierro que contiene el suplemento se encuentra recubierto con lípidos para enmascarar el sabor metálico del mineral. Los suplementos con multimicronutriente deben ser mezclados en la preparación alimentaria a una temperatura tibia, ya que a una temperatura mayor de 60° C se derretiría el recubrimiento lipídico del suplemento con MMN y el hierro quedaría expuesto, lo que trae como consecuencia un cambio en el color de la comida y un sabor más fuerte (26).

Lo mencionado se puede evidenciar en los siguientes discursos:

Participante 1: *_No toma el micronutriente por eso ha bajado su hemoglobina... algunos días salíamos y nos olvidamos de darle su jarabe.*

Participante 2: *_No cumplimos lo que nos dicen en el puesto de salud a veces no le doy su multimicronutriente como debe ser. ...o me olvido, pero no quiere recibirlo por el mal sabor*

Participante 4: *_Ese polvito que dan en la posta no lo come por nada, le daba en su comida, pero lo vota... y ya no le doy, la enfermera me dijo que le dé mezclado con su comida, pero lo saboreaba y no me recibía... tiene un olorcito raro por eso no lo quería comer*

Participante 5: *_Debe ser porque no consume hierro por eso tiene anemia, le doy el micronutriente con su juguito de naranja engañándole... sube, pero lentito... la enfermera dice que puede tener parásitos, tiene que recuperarse de a pocos*

Participante 6: *_El micronutriente no le he dado en los últimos meses...no quería lo botaba, lo veía el pomito y corría...apretaba los dientes a la fuerza le abríamos la boca, pero lo escupía es que es feo también...*

Participante 7: *_El micronutriente le hace daño... al principio una vez le di después ya no quería comer nada y le quitamos solo le doy sus comiditas...*

Participante 9: *_La enfermera me dio micronutriente, pero no lo toma le da náusea y hasta vomita... ya no le doy que por ese motivo...parece que peor le hace.*

Participante 10: *_En la posta me dijeron que debía darle el micronutriente para que mejore...yo le doy a las 11 a veces las 3 de la tarde cuando no le doy en las mañanas... no le doy diario, no lo quiere comer tengo que darle con engaños.*

Las madres no dan a sus hijos/as el tratamiento con multimicronutriente que fue indicado en el puesto de salud y posiblemente por eso continúan anémicos, aducen olvido cuando salen de sus domicilios, otro motivo es el rechazo del niño cuando lo saborea en la comida o en el jugo por el sabor metálico que tiene y por su olor raro. Reconocen el valor del medicamento en el proceso de recuperación de la anemia, sin embargo, si el niño lo rechaza ellas no insisten o buscan otras maneras de que lo ingiera, otras madres refieren que su hijo/a lo ingiere el multimicronutriente, pero la hemoglobina aumenta muy lentamente y eso las desmotiva.

La mayoría manifiestan que cuando mezclan la comida de sus niños con los multimicronutriente el sabor es desagradable, así como el olor a hierro que es percibido y no quieren comer incluso puede provocar náuseas y vómitos. Esta negativa de los niños a comer lleva a la madre a dos opciones o les obliga a comer, aunque lloren o simplemente dejan de darle el medicamento para evitarse problemas y discontinúa la suplementación, situación corroborada por Sota, M., donde la no adherencia a los micronutrientes está condicionada por los efectos adversos un 88%, las creencias un 55% no condiciona (27).

El MINSA indica que el hierro en general es bien tolerado y los trastornos gastrointestinales son raros. Puede haber estreñimiento, diarrea, heces oscuras, náuseas y/o dolor abdominal, pero carecen de importancia clínica (26), sin embargo, las participantes refieren lo contrario los multimicronutriente que ofrece el MINSA, no tienen buen sabor, caso contrario se presenta en los preparados que venden en las farmacias que tienen un sabor agradable, menos complicaciones, pero de difícil acceso económico.

Según el MINSA, existe un compromiso activo y voluntario de los padres de los niños y niñas al cumplimiento del esquema de suplementación (26), los discursos de las participantes no son coherentes con el decir de esta institución gubernamental, ya que la mayoría de las madres manifestaron que los niños no consumen el multimicronutriente por los efectos adversos y cambia el sabor a las comidas.

Subcategoría 03: Las madres no le dan importancia a la anemia

La sensibilización de los padres de familia es un aspecto fundamental en la lucha contra la anemia infantil. Si no se logra que los adultos responsables del cuidado de los

menores realicen cambios de conducta en relación al cuidado de su salud y alimentación sana, las intervenciones por parte del Estado terminarán aportando solo resultados momentáneos, sin generar el impacto necesario en la población. Es imprescindible su participación activa en las diversas acciones para la lucha contra la anemia, ya que son los responsables de brindarle a los menores los productos preventivos (micronutrientes), y los medicamentos de tratamiento (sulfato ferroso en gotas o jarabe), sino que hacen frente a la enfermedad, con una alimentación adecuada y de calidad, con alimentos ricos en hierro que deben ser consumidos tanto en la etapa preventiva como cuando ya tienen la enfermedad (28).

Los discursos relacionados son los siguientes:

Participante 2: *_Cuando lo veo a mi hijito parece que no tuviera anemia porque esta gordito, pero está bajo su hemoglobina, en la posta dicen para darle sus huevitos, lechecita, su leche, su quesillo, si sigue así no va aprender a escribir a leer no se desarrolla bien*

Participante 5: *_La mayoría de niños están con baja hemoglobina y bajo peso... algunas madres dicen que ya se engordará cuando avance en edad... cada que llevo a mi hija a la posta nunca me dirán que esta sana ya me tienen corcuncha... las madres dicen que su hijo también tenía anemia, pero más grande engorda... también debe ser porque tienen parásitos...*

Participante 10: *_Varias señoras no saben qué hacer para sanarlo a los niños de la anemia... dicen que de grandes se quita que no nos preocupemos... la anemia no es una enfermedad que había antes ni siquiera había posta y todos se han hecho grandes sin saber que tienen anemia o no... dicen que es una pérdida de tiempo cuando están rogando a sus hijos para que tome su jarabe... no le dan importancia porque dicen que se quita sola*

Participante 13: *_Antes no había anemia... a veces pienso que es mentira... y que la anemia no es tan grave como dicen en la posta... se va a sanar solito... dándole su comida y cuidando que no se enferme, las chispitas lo enferman y yo no quiero que mi hijo llore, me da pena, dejo todo en manos de Dios.*

Según los discursos de las madres el hecho que su hijo/a este gordo/a significa que tiene buena salud por tanto, cuando se someten al tamizaje y aparece la anemia no pueden

creerlo, además, existe el hecho comprobado de la poca adherencia al consumo de multimicronutrientes y sulfato ferroso, este comportamiento puede indicar que las madres no le dan la debida importancia a la anemia; además señalan que conforme va creciendo el niño ya no tendrá anemia, y se sienten agotadas de escuchar en todos los controles que sigue con anemia y aseguran que no debe haber preocupación si cuando crezcan ya no tendrán esta afección.

Las madres tienen una actitud conformista frente a la anemia, conocen que tiene consecuencias serias, como pueden prevenir o recuperar esta afección de sus niños, pero se puede notar en algunas participantes cansancio de esta situación, según Gamarra R., la actitud es la predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente, aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante una situación (29).

Este desinterés por parte de la madre que es la responsable de la alimentación y el tratamiento farmacológico del niño con anemia, puede estar condicionada por el desconocimiento, creencias y expectativas de la mejoría de su hijo o hija, las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, el entender mal y no aceptar la enfermedad; la incredulidad en el diagnóstico; la falta de percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad, dificultará el cambio ya que no hay persistencia para mejorar la alimentación de sus niños, si no anida la esperanza que desaparecerá con el tiempo.

CATEGORIA 02:

LA ANEMIA EN EL TIEMPO: HÁBITOS Y COSTUMBRES ALIMENTARIAS AYER Y HOY

En el Perú la anemia es un problema que afecta a la población del área urbana y del área rural, sin discriminar si se trata de población con menores ingresos o de población con ingresos medianos y altos. Teniendo en cuenta esta situación, y en la búsqueda de mejorar las condiciones de salud de la población infantil principalmente, el Ministerio de Salud ha establecido la universalización de la suplementación con multimicronutrientes para la prevención de anemia en niñas y niños de 06 a 35 meses de edad como una de las líneas de acción prioritarias en el marco del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia (30).

Esta categoría se ha desdoblado en tres subcategorías:

Subcategoría 01: Antes se comía mejor y no había anemia

La anemia infantil es un problema de salud pública ligado a la dieta que el niño menor de 36 meses recibe en casa, según Mendoza T, 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 (31).

A continuación, se presentan los discursos relacionados

Participante 1: *_Mi mama cuenta que antes no había anemia porque la comida era más natural y no había mucho medicamento... no sabían si hay anemia o no... dicen que la anemia es por no comen bien, no quieren verduras, menestras solo comen frituras...*

Participante 2: *_Antes no existía anemia porque han comido sano, pero ha cambiado el tiempo ahora todo comprado y de la chacara no lo comen... había habas, lenteja, ahora todo es arroz, papa y fideo que no alimenta, ...*

Participante 3: *_Antes en ayunas el niño comía su caldo verde con quesillo, huevos, mote, humas, no había bischocho ni galletas, se comía bien y los niños estaban bien con*

su peso...

Participante 5: *Los antiguos dicen que antes la comida era más sana; con menestras, lenteja, frijol, leche, huevos, pero ahora le doy a mi hija quesillo o lechey no lo toma...*

Participante 6: *La anemia es por la comida... mi mamá dice que antes no se conocía que era anemia porque no habido control y el niño si come normal no puede tener anemia...*

Participante 16: *Antes han sufrido poco con anemia porque se comía lo que ha producido la chacra y si tenían anemia les daban el bazo, sangrecita... que se va a recuperar sola, dice que le dé habas, lenteja...pero a mi hijita sus vacunas le llevo puntual, aunque se enferme... cumplo con su medicamento para que salga de la anemia.*

Las participantes en sus discursos describen como era la alimentación años atrás, según las narraciones de sus madres y otras mujeres de la comunidad, según sus costumbres antiguamente para evitar la enfermedad lo principal era una buena alimentación, es decir, consumir lo que produce la tierra (papas, ollucos, maíz, trigo, cebada); desconocían sobre la anemia infantil o se le daba poca importancia, identifican a los alimentos propios de la zona como beneficiosos para la salud, también reconocen la comida no saludable como: frituras, fideo, arroz, etc. Es así, que las abuelas pueden tener cierta influencia en cuanto a la alimentación de sus nietos, pero se puede notar preocupación de algunas madres por la anemia que sufren sus hijos.

Las madres conocen el valor nutritivo de algunos alimentos como las menestras para mejorar la salud de los niños, posiblemente la información y consejería que brinda el personal de salud haya contribuido, por su parte el MINSA, señala que, para evitar la anemia, las madres 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 % (3).

Es claro que los hábitos alimentarios de la población de zona rural se relacionan con su cultura y acceso a los alimentos; las madres enseñan a cocinar a sus hijas de tal forma, que para éstas es complicado o difícil cambiar esos hábitos cuando su hijo/a tiene anemia, Roncal S.; al respecto afirma que nuestras formas de pensar, de sentir y de actuar, la lengua que hablamos, nuestras creencias sobre la comida, son algunas

expresiones de nuestra cultura. Este conjunto de saberes y experiencias se transmite de generación en generación por diferentes medios (32).

Las participantes tienen algún conocimiento sobre las causas y consecuencias de la anemia infantil y como debe ser la alimentación para su recuperación, pero encuentran resistencia de la familia como del propio niño cuando quieren hacer cambios en la dieta donde prevalece alimentos ricos en carbohidratos (maíz, trigo, papas, etc.) y existe escasa presencia de proteínas de origen animal esencial para el normal crecimiento y desarrollo de los niños menores de 36 meses; de tal forma que en muchas ocasiones la familia opta por continuar con la dieta habitual menoscabando la salud del menor, en este sentido Crespo M, señala que en la perspectiva social, los alimentos representan mucho más que un recurso para el proceso de nutrición, se encuentran encastrados dentro de los aspectos religiosos, económicos y sociales de la vida diaria (33).

Subcategoría 02: El desconocimiento como barrera para identificar y tratar la anemia

En los últimos años el MINSA y el MIDIS aprobaron normas específicas para la reducción de la anemia infantil, asimismo, en el 2017, ambos sectores aprobaron planes sectoriales para combatir esta enfermedad. Sin embargo, su prevalencia no se ha logrado revertir, pues de acuerdo a la ENDES 2017, la anemia en menores de tres (3) años se mantiene en 43,6%. Es necesario que el Estado replantee su intervención, no solo para cautelar la atención de la salud de los niños y las niñas del Perú, a través de la entrega de los micronutrientes para prevención o del sulfato ferroso durante el tratamiento, sino para atender todos los factores determinantes de la salud, como el acceso a agua y saneamiento, alimentación saludable, vivienda adecuada, entre otros (28).

Se presentan los siguientes mensajes:

Participante 7: *_Mi mamá dice que no había control de peso y nosotros normal...cuando estábamos muy enfermos íbamos al doctor a Chota...las mayores dicen que comíamos chochoca, huevos, no le ponían medicina a las papas ahorita todo es medicina y las cosechas salen malas y enferman a los niños.*

Participante 8: *_Los mayores no sabían de anemia, en la casa éramos varios hermanos y nunca nos llevaban a la posta, así nos han criado con alimentos de las chacras...*

cuando era pequeña nos daban un caldo de paico para los parásitos cuando no queríamos comer, así nos curaba...

Participante 9: *Antes las madres no estaban tan pendientes del peso o de las vacunas de los niños como ahora...hemos crecido sin control de nada... cuando no teníamos apetito nos daban alguna hierva y con eso recuperábamos, mi mama dice que antes no sabían si tendríamos o no anemia...*

Participante 10: *No hemos escuchado antes anemia...antes no había vacunas ni controles, no se conocía enfermera o doctor.. no sabemos si hemos estado anémicos; la alimentación era chochoca, arvejas, habas... pero ahora mi hijo come huevos, leche y sigue anémico, aunque le doy hígado, pescado sigue igual...*

Participante 12: *Creencia de los mayores que la anemia no existe y que el niño así crece y no le afecta en nada; cuando los muchachos no querían comer le daban paico para las lombrices...o si estaba débil o tenía sueño decían que era susto y lo limpiaban con huevo... y el niño a veces comía a veces no...pero era normal...y no se necesitaba posta, éramos sanos sin tanta vacuna o medicina*

Los discursos refieren que antes no había anemia o desconocían si estaban enfermos, señalan que el establecimiento de salud y el personal no era necesario para estar sanos, se valoraba y usaban los remedios caseros en la cura de las enfermedades, y tenían poco valor las vacunas o control CRED, y que para sus padres esta carencia es normal y pasajera sin complicaciones. Muchas participantes conocieron por primera vez la anemia infantil cuando fueron al Control CRED y la enfermera hizo el tamizaje encontrando la hemoglobina del niño menor de 9.5 g/dl, este hecho al parecer ha marcado un antes y un después en la vida de la madre que debe cambiar y complementar la dieta de su hijo/a, enfrentarse diariamente al llanto y negativa del niño a consumir el multimicronutrientes que estrañen y tienen mal sabor.

La dieta del niño menor de 36 meses con escaso hierro suele ser una causa de anemia, sin embargo, al ser un problema de salud pública multicausal, los factores sociales y culturales son preponderantes, así como el nivel de pobreza de la zona y de la familia en particular. En este sentido el MINSA, afirma que entre los determinantes sociales de la anemia según el MINSA se encuentran la falta de acceso a alimentos de calidad y en cantidad adecuadas, producto de la inseguridad alimentaria que afecta a gran parte de la población; malos hábitos de alimentación y nutrición. Así mismo, el acceso a servicios

desalud que brinden una atención de calidad donde los usuarios de todas las edades se sientan satisfechos (3)

Al parecer los pobladores tenían cierta tranquilidad al desconocer la presencia de anemia de los niños en la comunidad de San Antonio antes de las diferentes campañas de tamizaje del MINSA, además es posible que muchos padres y madres en la actualidad también hayan tenido este déficit nutricional en su infancia; de tal forma, que para las abuelas el hecho de que un niño esté anémico no implica alarma; es posible entonces que algunas madres sientan temor de llevar a su hijo/a al establecimiento de salud y recibir la noticia que están desnutridos o tienen anemia y únicamente asisten al puesto de salud por exigencia de un programa social, existe el temor de un cambio en el estilo de vida provocado por la enfermedad de sus hijos, según la Revista Innovando en Salud asevera que los elementos que intervienen como barreras culturales tienen que ver con la percepción de la salud y la enfermedad; conciencia de derechos, conocimientos, ubicación social, experiencias negativas con los servicios de salud, lengua, capacidad de comprensión de códigos culturales de los prestadores, prejuicios, normas sociales, experiencia reproductiva, sexual, laboral y ciudadana (9).

CONSIDERACIONES FINALES

CATEGORIA 01:

ALIMENTACIÓN INADECUADA E INDIFERENCIA ANTE LA ANEMIA

Subcategoría 01: Alimentos con hierro no incluidos en la dieta diaria

Las participantes identifican como causa principal de la anemia el escaso consumo de alimentos con hierro; así como la incorrecta alimentación en los primeros meses de vida y el inicio tardío de la alimentación complementaria.

Subcategoría 02: El problema de los multimicronutrientes

Las madres no dan a sus hijos/as el multimicronutriente por olvido y rechazo del niño cuando por su mal sabor. Reconocen el valor del medicamento en la recuperación de la anemia.

Subcategoría 03: Las madres no le dan importancia a la anemia

Las madres no le reconocen las complicaciones de la anemia en el futuro de su hijo/hija, dudan del diagnóstico; además señalan que conforme va creciendo el niño va a recuperarse.

CATEGORIA 02:

LA ANEMIA EN EL TIEMPO: HÁBITOS Y COSTUMBRES ALIMENTARIAS AYER Y HOY

Subcategoría 01: Antes se comía mejor y no había anemia

Para las participantes la anemia infantil tiene poca importancia, identifican a los alimentos propios de la zona como beneficiosos para la salud, también reconocen la comida no saludable como: frituras, fideo, arroz, etc.

Subcategoría 02: El desconocimiento como barrera para identificar y tratar la anemia

Los discursos refieren que antes no había anemia, se valoraba y usaban los remedios caseros en la cura de las enfermedades, y tenían poco valor las vacunas o control CRED, y que para sus padres esta carencia es normal y pasajera sin complicaciones.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Al personal de salud responsable de la atención del niño menor de cinco años, se recomienda conocer las diversas costumbres, creencias y prácticas vigentes con respecto a las tradiciones de alimentación que aprendieron, al tipo de alimentos que consumen considerando lo que produce el lugar y las condiciones económicas de las familias.

A los futuros profesionales de enfermería realizar investigaciones con enfoque cualitativo para comprender la cultura y significados acerca de la anemia que tienen las madres, a partir de los conocimientos impartidos por sus familiares, amigos o vecinos, afianzando las creencias en torno a que la anemia desaparece cuando el niño crece y la poca importancia para cumplir con la suplementación del multimicronutriente.

El personal de salud debe considerar en la atención al niño menor de cinco años programas interculturales de formación e información para remover las barreras que impiden la adopción de prácticas útiles en la prevención de la anemia; tema aún poco estudiado y considerado en nuestro país.

A los directivos de la ONG Compasión y Centro estudiantil “JHERI” 531 de iglesia El Nazareno: Fortalecer la coordinación con los establecimientos de salud, para no duplicar esfuerzos, dando a conocer los resultados de las actividades producto de los controles antropométricos y otros exámenes (dosaje de hemoglobina), mejorar la focalización y selección de los pobladores beneficiarios para identificar a las familias más vulnerables y así disminuir el paternalismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Administración diaria de suplementos de hierro a niños de 6 a 23 meses de edad, 2018. (Acceso febrero 2021), disponible en URL: <https://www.who.int/elena/titles/iron-children-6to23/es/>
2. Ministerio de Salud. Norma técnica - Plan nacional para la reducción y control de la anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil. 2017-2021. (Acceso enero 2021). Disponible en URL: <http://bvs.minsa.gob.pe/LOCAL/MINSA/4189.PDF>.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática Estadística. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2019. (fecha de acceso marzo 2021). Disponible en URL: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/
4. Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES). Primer semestre 2017-INEI. (fecha de acceso febrero 2021). Disponible en URL: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Indicadores_Resultados_PPR_Primer_Semestre_2017.pdf
5. Dirección de Salud Hualgayoc Bambamarca, Oficina de Estadística. Base de datos anemia 2019.
6. Leininger M. La Teoría de El Cuidado. (fecha de acceso enero 2021). Disponible en URL: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/madeleine-leininger.html>.
7. Leininger, M. Un análisis de sus fundamentos teóricos, México 2007, Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM (Fecha de acceso febrero 2021) Disponible en URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v38n4s2/v38n4s2a11.pdf>
8. Raile, M. Modelo y Teorías en enfermería. 8ava edición. Edit. Elsevier. España 2015.
9. Innovando en Salud. Las Barreras Culturales en los servicios de salud su papel en el acceso de la población usuaria a los servicios. Fortaleciendo los servicios de salud. Dirección general de planeación y desarrollo en salud DGPLADES. Dirección de Medicina Tradicional y desarrollo intercultural. (fecha de acceso febrero 2021). Disponible en URL: <https://cuidadoalternativo.files.wordpress.com/2016/06/barreras-culturales-en-los-sesa.pdf>
10. Robert M.; Kliegman MD. Nelson. Tratado de Pediatría. Edit. Elsevier. Ed. 20 Vol. 1. 2016.
11. Guevara, H. Percepción de las madres sobre la anemia en niños menores de un año. Centro de Salud Patrona de Chota. 2019. Tesis para optar el título de

Licenciada en Enfermería, de la Universidad Nacional de Cajamarca. Perú. (Fecha de acceso enero 2021). Disponible en:
<http://190.116.36.86/bitstream/handle/UNC/3968/GUEVRA%20VARGAS%20L.UZ.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

12. Ministerio de Salud. Manejo Terapéutico de la anemia en niños, adolescentes, gestantes y puérperas. 1era edición. 2017. (fecha de acceso 27 de agosto de 2020). Disponible en URL: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
13. Carrero M; Oróstegui M; Escorcía L. Barros D. Anemia Infantil: Desarrollo cognitivo y Rendimiento académico. (fecha de acceso 27 de agosto de 2020). Disponible en URL: http://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft_4_2018/19_anemia_infantil.pdf
14. Ángeles M, Cultura de las familias frente al consumo de micronutrientes para prevenirla anemia ferropénica en niños menores de 3 años. Microred Encañada Cajamarca, 2017. Universidad Nacional de Cajamarca para optar el grado Académico de Maestra en Ciencias. Cajamarca. 2028. (fecha de acceso marzo de 2021) Disponible en URL: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2255/CULTURA%20DE%20LAS%20FAMILIAS%20FRENTE%20AL%20CONSUMO%20DE%20MICRONUTRIENTES%20PARA%20PREVENIR%20LA%20ANEMIA%20FERROPENICA%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Zavaleta N. Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: Consecuencias a largo plazo. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2017;34(4):716-22. (Fecha de acceso marzo 2021). Disponible en URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v34n4/a20v34n4.pdf>
16. Mayca J, Medina A, Velázquez J, Llanos L, en el estudio titulado: Representaciones sociales relacionadas a la anemia en niños menores de tres años en comunidades Awajún y Wampis, Perú. 2015. Artículo original. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. (fecha de acceso febrero 2021) Disponible en URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v34n3/a07v34n3.pdf>
17. Hernández P. Los enfoques cuantitativo y cualitativo en la investigación científica. 6th ed. México; Editorial: McGraw-Hill / S.A 2014.
18. Tello, C. La investigación cualitativa: Aportes para su operacionalización. Universidad Nacional de Trujillo. Perú 2004.
19. Schettini, I. Análisis de datos cualitativos en la investigación social. Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa. Universidad Nacional de la Plata. 1era ed. Editorial de la Universidad de la Plata. 2015. (fecha de acceso enero 2021). Disponible en URL: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/49017/Documento_completo.pdf?sequence=1

20. Martínez C. El muestreo de la investigación cualitativa, principios básicos y algunas controversias. revista de ciencia y saude colectiva. 2012 (fecha de acceso febrero 2021). Disponible en URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>
21. Tello, C. Métodos y técnicas de análisis cualitativo. Universidad Nacional de Trujillo. Perú. 2009.
22. Bedregal, P. La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. Rev Med Chile 2017; 145: 373-379. (fecha de acceso marzo 2021). Disponible en URL: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000300012.
23. Viorato, N. La Ética en la Investigación Cualitativa. (fecha de acceso febrero 2021). Disponible en URL: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cuidarte/cui-2019/cui1916e.pdf>
24. Creed-Kanashiro H, Espinola N, Prain G. Desarrollo de una papilla a base de camote Fortaleciendo la nutrición infantil en Perú. 2007. 106 p. (fecha de acceso setiembre del 2021). Disponible en URL: <http://cipotato.org/wp-content/uploads/2014/08/003795.pdf>
25. Estado Mundial de la Infancia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF. Niños, Alimentos y Nutrición. Crecer bien en un mundo de transformación. 2019.(fecha de acceso agosto 2021). Disponible en URL: <https://www.unicef.org/media/62486/file/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf>
26. Ministerio de Salud. Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses. Perú: Ministerio de Salud; 2014. (fecha de acceso setiembre del 2021). Disponible en URL: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3933.pdf>
27. Sota M. Factores que condicionan la adherencia a los micronutrientes en madres de niños de 6 a 35 meses, centro de salud Carmen Medio – Comas, 2018. Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería. Lima. 2018.. Universidad César Vallejo. (fecha de acceso agosto del 2021). Disponible en URL: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/18094/Sota_EML.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Defensoría del Pueblo. Intervención del Estado para a reducción de la anemia infantil. Resultados de la Supervisión Nacional. Series de informes de Adjuntía 012-2018-DP/AAE. (fecha de acceso setiembre del 2021). Disponible en URL: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-de-Adjunt%C3%ADa-012-2018-DP-AAE-Intervenci%C3%B3n-del-Estado-para-la-reducci%C3%B3n-de-la-anemia-infantil.pdf>

29. Gamarra R, Porroa M, Quintana M. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. Revista Anales. 2011. Fecha de acceso septiembre del 2021) Disponible en URL:
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/92>

30. Ángeles L. Cultura de las familias frente al consumo de micronutrientes para prevenir la anemia ferropénica en niños menores de 3 años. Microred Encañada. Cajamarca, 2017. Tesis para optar el grado académico de Maestro en Ciencias. Universidad Nacional de Cajamarca. 2018. (fecha de acceso setiembre del 2021). Disponible en URL: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2255>

31. Mendoza T, Cieza C. 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. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Chiclayo. 2017. (fecha de acceso setiembre del 2021). Disponible en URL:
https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/786/1/TL_CiezaRuizCinthya_Mendoza_SuxeTatiana.pdf

32. Roncal S. Estudio Documental de la Cultura y Sociedad 1ra ed. Cajamarca. 2007. Pp 20-53 (fecha de acceso setiembre del 2021). Disponible en URL:
https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/5996/Silva_Santis_teban_Antropologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

33. 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. (fecha de acceso agosto del 2021). Disponible en URL:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4892/1/CC_11_11.pdf

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEMIA INFANTIL: BARRERAS CULTURALES PERCIBIDAS POR LAS MADRES PARA SU RECUPERACION. COMUNIDAD DE SAN ANTONIO. BAMBAMARCA. 2020

Buenas tardes (señora), soy Bachiller en Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, estoy realizando una investigación sobre la anemia infantil titulada: Barreras culturales percibidas por las madres para su recuperación, por ese motivo solicito su consentimiento para participar o no en el estudio, con la seguridad de que no se afectará en absoluto su integridad física ni moralde su menor hijo.

Le informo, además, toda observación obtenida será manejada de forma confidencial o privada de uso exclusivo por la investigadora y destruidas posteriormente. Si tuviera alguna duda solicite aclaración que gustosamente la responderé.

Firma del consentimiento:

Mediante el presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación habiendo sido informada de los objetivos, deposito la plena confianza que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de investigación asegurándome la máxima confidencialidad y que mi identidad no será revelada.

FIRMA

ANEXO 02

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA FILIAL CHOTA

CUESTIONARIO SEMIESTRUCCTURADO

El presente cuestionario tiene por finalidad recolectar información real. Le pedimos la mayor sinceridad en sus respuestas, ya que con su participación contribuirá el desarrollo del presente trabajo de investigación. Este es anónimo.

A. DATOS INFORMATIVOS

1. Seudónimo.....
2. Localidad.....
3. Procedencia.....
4. Domicilio.....
5. Fecha de entrevista.....
6. Edad.....

B. PREGUNTAS GENERADORAS DEL DEBATE

1. ¿La anemia de su niño, porque no mejora?
2. ¿Por qué en su comunidad tantos niños tienen anemia?
3. ¿Cuáles son las creencias sobre la anemia en su comunidad?
4. ¿Es importante para usted que su niño se recupere de la anemia?

ANEXO 03

REPORTE DE URKUND



Document Information

Analyzed document	TESIS LUCINA GONZALES GAVIDIA.doc (D116154021)
Submitted	2021-10-24T01:17:00.0000000
Submitted by	Yrene
Submitter email	cyupanquiv@unc.edu.pe
Similarity	13%
Analysis address	cyupanquiv.undc@analysis.orkund.com

Sources included in the report

SA	LIMA CARRION FRIDA WORD.docx Document LIMA CARRION FRIDA WORD.docx (D112208809)		1
W	URL: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000584.htm Fetched: 2021-10-24T01:18:00.0000000		1
SA	17.JARAMILLO Bardales Ingrid.docx Document 17.JARAMILLO Bardales Ingrid.docx (D62841536)		1
SA	PROYECTO FINAL. iris.docx Document PROYECTO FINAL. iris.docx (D110711800)		2
SA	Universidad Nacional de Cajamarca / TESIS HELIANA GUEVARA VARGAS.doc Document TESIS HELIANA GUEVARA VARGAS.doc (D89068139) Submitted by: cyupanquiv@unc.edu.pe Receiver: cyupanquiv.undc@analysis.orkund.com		5
W	URL: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf Fetched: 2021-10-24T01:18:00.0000000		4
SA	trabajo de LUZ RAMIREZ.docx Document trabajo de LUZ RAMIREZ.docx (D107721840)		3
W	URL: https://www.researchgate.net/publication/322558254_Effect_of_anemia_on_child_development_Long-term_consequences Fetched: 2021-10-24T01:18:00.0000000		2
W	URL: https://rpmpesp.ins.gob.pe/index.php/rpmpesp/article/view/3346/2924 Fetched: 2021-10-24T01:18:00.0000000		3
W	URL: https://www.scielosp.org/article/rpmpesp/2017.v34n4/716-722/es/ Fetched: 2021-10-24T01:18:00.0000000		1
SA	Universidad Nacional de Cajamarca / Tesis final HELIANA.doc Document Tesis final HELIANA.doc (D89065823) Submitted by: cyupanquiv@unc.edu.pe Receiver: cyupanquiv.undc@analysis.orkund.com		2
Universidad Nacional de Cajamarca / Tesis Clevder UNKURD.docx			

SA	Document Tesis Cleyder UNKURD.docx (D106452677) Submitted by: jninatanta@unc.edu.pe Receiver: jninatanta.undc@analysis.orkund.com	 5
SA	PROYECTO DE TESIS OLINDA TATAJE LEON.docx Document PROYECTO DE TESIS OLINDA TATAJE LEON.docx (D93675946)	 7
SA	INFORME FINAL LICENCIADAS DIGNA & DINA 2020 PARA IMPRIMIR.pdf Document INFORME FINAL LICENCIADAS DIGNA & DINA 2020 PARA IMPRIMIR.pdf (D63850505)	 1
W	URL: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/plan_multisectorial_de_lucha_contra_la_anemia_2018.pdf Fetched: 2021-10-24T01:18:00.0000000	 1

ANEXO 04

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TESIS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

Fundada por Ley 14015 del 13 de febrero de 1962

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Av. Atahualpa 1050 – Pabellón 1I – 101 Teléfono N° 076-599227



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TESIS REVISADA EN EL SOFTWARE ANTIPLAGIO URKUND DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

El director (a) de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, hace constar que:

La Tesis titulada: **BARRERAS CULTURALES PERCIBIDAS POR LAS MADRES PARA RECUPERAR LA ANEMIA INFANTIL. CENTRO ESTUDIANTIL “JHIRE” 531 IGLESIA EL NAZARENO - SAN ANTONIO. BAMBAMARCA, 2020.** Sustentada por la Tesista. **Bac. Enf. GONZALES GAVIDIA LUCINA**, la misma que ha sido revisada en el Software Antiplagio **URKUND** de la Universidad Nacional de Cajamarca, obteniendo el puntaje del 13% de similitud, considerado dentro de los parámetros. Teniendo como **Asesora: Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez.**

Se expide la presente, a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

Cajamarca, 11 de abril del 2022.

